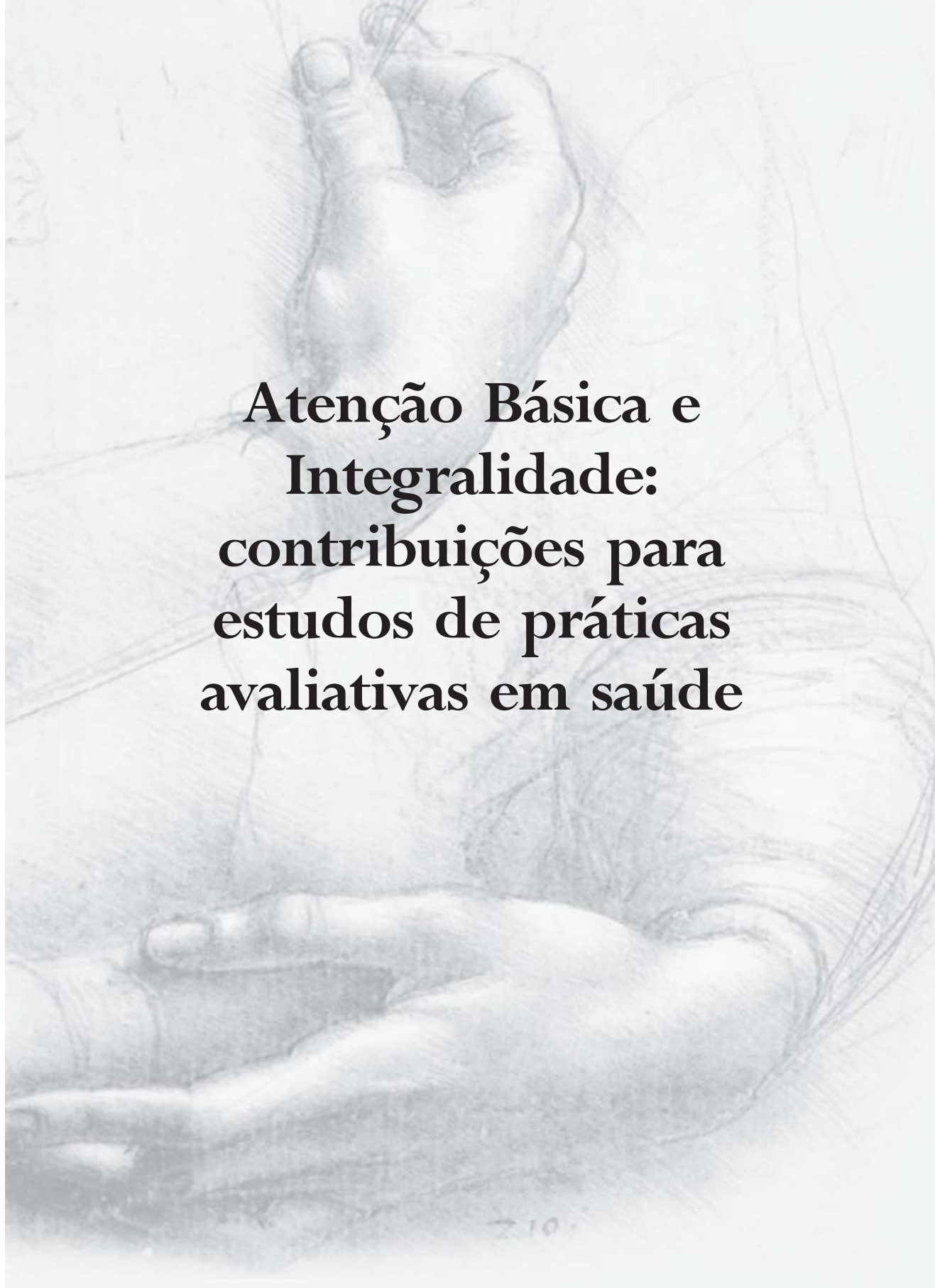
Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro
Vice-reitora: Maria Christina Paixão Maioli

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
Diretor: Cid Manso de Mello Vianna
Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE
Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA
Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Presidente: José da Rocha Carvalheiro (USP)

Conselho Editorial
Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)
Andrea Caprara (UECE)
Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)
José Ricardo de C. M. Ayres (USP)
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)
Lilian Koifman (UFF)
Madel Therezinha Luz (UERJ)
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)
Mary Jane Spink (PUC-SP)
Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)
Roseni Pinheiro (UERJ)
Ruben Araujo de Mattos (UERJ)
Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Saúde Participativa

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva
Rua São Francisco Xavier, 524 – 7° andar bl. E
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900
Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308
Fax: (xx-21) 2264-1142
URL:www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc
Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL)

ORGANIZADORES
Roseni Pinheiro
Aluisio Gomes da Silva Junior
Ruben Araujo de Mattos

Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde

1ª Edição

CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO

Rio de Janeiro
2008

Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde
Organizadores: Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior e Ruben Araujo de Mattos
1ª edição / outubro 2008

Copyright © 2008 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: Mauro Corrêa Filho
Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira
Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho
Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Indexação na base de dados LILACS.

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

A864 Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde / Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, Ruben Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.
360 p.

ISBN: 978-85-89737-46-3

1. Cuidados médicos – Avaliação. 2. Serviços de saúde pública – Avaliação. 3. Assistência integral à saúde – Avaliação. 4. I. Pinheiro, Roseni. II. Silva Junior, Aluisio Gomes da. III. Mattos, Ruben Araujo de, 1957- IV. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. V. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. VI. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.39

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

O real não está na saída e nem na chegada, está na travessia.
Guimarães Rosa

Agradecemos à Professora e Mestre Zulmira Hartz,
por nos possibilitar construir nossa travessia.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO
Por uma rede solidária e plural de saberes e práticas no cotidiano dos serviços e das universidades **11**
Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes da Silva Junior

PARTE I - Pressupostos teóricos, trajetória metodológica e noções fundantes

Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica **17**
Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes da Silva Junior

Construindo caminhos analíticos e redes solidárias de pesquisa: a escolha de estratégias metodológicas e sua operacionalização **43**
Roseni Pinheiro e Aluisio da Silva Gomes

Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde **59**
Eronildo Felisberto, Cinthia Kalyne de Almeida Alves, Luciana Caroline de Albuquerque, Isabella Samico, Luciana Santos Dubeux e Eduardo Freese

PARTE II – Gestão e organização dos serviços, conhecimentos e práticas dos trabalhadores: as dimensões de análise das práticas avaliativas e integralidade na Atenção Básica

Experiência do Acre
Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na atenção básica em Rio Branco **75**
Rodrigo Silveira, Juliana Lofego, Osvaldo Leal, Lidianni Cruz Souza, Adônidas Feitosa, Lyvia Rodrigues e Lucianni Cruz Souza

Experiência de Mato Grosso
As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá **105**
Maria Angélica dos Santos Spinelli, Júlio Strubing Müller Neto, Fátima Ticianel Schrader e Valdelírio Venites

Experiência de Minas Gerais
Tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na Atenção Básica: a experiência do município de Juiz de Fora **129**
Estela Márcia Saraiva Campos, Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Hellen Bedim Bonin, Luciana Zimmermann de Oliveira, Camila Nunes de Lima Cruzeiro, Neuza Marina Mauad e Cláudia Medina Coeli

Experiência do Rio de Janeiro
A integralidade como eixo das práticas avaliativas: o caso de Piraí **153**
Valéria Marinho Nascimento Silva, Aluisio Gomes da Silva Junior, Roseni Pinheiro, Carla Almeida Alves e Rosana Freitas Arantes

PARTE III – Itinerários Terapêuticos e Trajetórias Assistenciais: desenhos interdisciplinares para avaliação em saúde

O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde **167**
Roseney Bellato, Laura Filomena Santos de Araújo e Phaedra Castro

Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações **189**
Fátima Regina Gomes Tavares e Octavio Bonet

Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado **197**
Tatiana Engel Gerhardt, Adriana Rotoli e Deise Lisboa Riquinho

Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco **215**
Rodrigo Silveira, Adônidas Feitosa, Juliana Lofego e Lidianni Cruz Souza

Trajetória assistencial em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à integralidade **225**
Valéria Marinho Nascimento Silva, Aluisio Gomes da Silva Junior, Roseni Pinheiro e Carla Almeida Alves

PARTE IV – Agentes Comunitários de Saúde e indicadores de avaliação: discursos e práticas sobre processos saúde-doença e suas repercussões sobre o trabalho

Itinerários terapêuticos e Estratégia de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde **235**
Ana Lúcia de Moura Pontes, Simoni Furtado, Carla Martins, Gustavo C. Matta e Márcia Valéria C. G. Morosini

Avaliação do trabalho educativo do Agente Comunitário de Saúde: desafios para o setor saúde **255**
Angélica Ferreira Fonseca, Felipe Rangel de Souza Machado e Carlos Maurício Guimarães Barreto

Elementos para a discussão sobre avaliação do trabalho educativo em saúde **273**
Felipe Rangel de Souza Machado, Angélica Ferreira Fonseca, Isabel Brasil Pereira e Maria Cecília Araújo de Carvalho

Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica **295**
Ruben Araujo de Mattos, Jaqueline Rodrigues Robaina e Natalia Netto de Siqueira

Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre potenciais e limites de alguns indicadores propostos pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica **313**
Ruben Araujo de Mattos, Jaqueline Rodrigues Robaina e Natalia Netto de Siqueira

ANEXOS **349**

SOBRE OS AUTORES **355**

APRESENTAÇÃO

Por uma rede solidária e plural de saberes e práticas no cotidiano dos serviços e das universidades

Esta coletânea visa a apresentar os resultados de mais um projeto de pesquisa desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, que se insere na série Saúde Participativa, sendo aqui desenhadas a lógica de sua construção e a composição de suas partes.

Foi um percurso que não se fez com teorias tranqüilas, tampouco monótonas foram as discussões para definir os caminhos epistemológicos de sua produção. Adotar abordagens compreensivas, construcionistas, nos pareceu uma vertente mais profícua e acolhedora de nossa proposta de investigação, e nos permitiu assumir um posicionamento coerente com nossas produções e escolhas teórico-metodológicas. Com isso pareceu-nos claro que realizar um estudo sobre os temas integralidade, atenção básica e práticas avaliativas exigiu-nos uma ação em rede, de pesquisa solidária e plural de saberes e práticas, capazes de contemplar as especificidades de cada nicho local.

Responsabilidade, vínculo e compromisso foram alguns dos valores enaltecidos e praticados pelo conjunto dos pesquisadores durante a pesquisa. Valores que mantêm reciprocidade afirmativa daqueles definidos por nosso próprio objeto de estudo, ou seja, integralidade, atenção básica e avaliação. Sabíamos que começar ou terminar não poderia ser o objetivo primeiro, mas atravessar. Atravessar as diferentes disciplinas, transpô-las, revitalizá-las e em alguns momentos superá-las, na sua potência de formação e produção de lições aprendidas.

Nos três anos de trabalho, esta pesquisa foi atravessada por tantas outras atividades do LAPPIS, desde seminários temáticos de outros projetos de nosso grupo, até disciplinas e publicações. Com isso imbuímos uma organicidade coerente com nosso entendimento sobre pesquisa, ou seja, a pesquisa que prima pela razão pública de sua existência não se faz sem ensinar, pois não se ensina sem pesquisar e nem se faz ambos sem intervir ou dialogar com a comunidade.

Com esse posicionamento, tivemos como primeira constatação que tratar dos temas da integralidade, atenção básica e práticas avaliativas, no sentido das relações e interações, nos exige um esforço de transversalidade de seus objetos e pluralidade metodológica. Na esteira de sua operacionalização, observamos uma intensa discussão que culminou na produção de conhecimentos híbridos, não menos críticos. Com isso parecia-nos claro que analisar as práticas avaliativas e de integralidade na atenção básica exigia-nos

uma prática de pesquisa em rede, com diferentes vertentes de pensamento, disciplinas oriundas das ciências sociais e humanas, tais como a filosofia, sociologia, psicologia, direito, medicina e antropologia. Produzir a tessitura metodológica para análise dos dados da pesquisa requereu o efetivo exercício da transdisciplinaridade, cujo resultado final foi a realização de um "trabalho acadêmico em rede", longe de não ter conflitos, mas pedagógico, sobretudo uma estratégia metodológica específica, na qual nos víamos profundamente implicados.

As equipes de trabalho entrevistadas em cada localidade desenvolveram uma maneira própria de lidar com a necessidade, quase imperativa, de que os profissionais assumam um posicionamento crítico sobre o próprio agir em busca de novas formas de produção do cuidado, sem ignorar ou negar o protagonismo dos usuários. Ressignificando saberes e fazeres e implicando-se com o processo de trabalho, as equipes produziram formas singulares e inovadoras de atuação no cotidiano dos serviços. Mais que isso, as práticas analisadas apresentam uma potência formativa na integralidade das ações, para a qual as práticas avaliativas na atenção básica poderiam trazer contribuições importantes como dispositivos instituintes de práticas humanizantes de interação entre práticas de integralidade e avaliativas.

Vale destacar a importância de se realizar as devolutivas de nossas análises aos serviços locais do estudo. Ao mesmo tempo em que reiterávamos o compromisso da universidade de prestar conta de seu trabalho à sociedade que a mantém, podemos também realizar uma espécie de validade dialógica sobre as análises realizadas. As devolutivas foram realizadas durante os anos de 2006, 2007 e 2008.

Os 17 trabalhos inéditos aqui reunidos refletem as etapas de formulação da pesquisa e o acolhimento de contribuições concernentes à análise sobre as práticas avaliativas amistosas à integralidade, os quais foram reagrupados em quatro partes.

Na primeira, encontramos os pressupostos teóricos, a trajetória metodológica e as noções fundantes que serviram de alicerce teórico às experiências cotidianas em quatro localidades nas diferentes regiões do país. Pinheiro e Silva Junior, em seus dois textos, dissertam sobre a proposta de estudo de processos avaliativos na atenção básica e os caminhos analíticos e operacionais de sua construção. Felisberto et al. traz uma contribuição relevante e inovadora sobre o uso da avaliação sobre a formação profissional, destacando a necessidade de desenvolver capacidades avaliativas.

Na segunda parte, são apresentadas as experiências de análise das práticas avaliativas e suas relações com as práticas de integralidade na atenção básica nos sistemas de saúde das localidades de Rio Branco, Juiz de Fora, Cuiabá e Piraí, a partir da matriz multidimensional proposta pela pesquisa, que se concentra em dois dos três eixos específicos: gestão e reorganização dos serviços de saúde e conhecimentos e práticas dos trabalhadores em quatro localidades em diferentes regiões do país.

A terceira parte apresenta as contribuições mais diretamente relacionadas com o terceiro eixo da pesquisa – direito à saúde – que consiste em apresentar desenhos interdisciplinares para avaliação em saúde, a partir do estudo sobre experiência de adoecimento e as contribuições dos estudos sobre itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais como ferramentas metodológicas traçadoras a serem utilizadas em estudos avaliativos sobre práticas de integralidade na atenção básica.

Por fim, a quarta parte se concentra em análises sobre concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde e dos indicadores de avaliação nos processos saúde e doença e suas repercussões sobre o trabalho educativo e limites das avaliações institucionalizadas vigentes.

Esperamos que esta coletânea possa oferecer ao leitor possibilidades teórico-metodológico-práticas de compreender a complexidade dos processos de institucionalização da avaliação da atenção básica naquilo que há de mais legítimo em sua configuração: democratização das informações, dos julgamentos e das tomadas de decisões. Buscamos apresentar um dos retratos dessa travessia de pesquisar que confere materialidade àquilo que pensamos, onde o real se constitui no lugar do exercício do imperativo ético do qual não podemos, como pesquisadores, gestores, trabalhadores, estudantes e usuários, nos serviços e nas universidades, nos furtar: afirmar a vida como algo que possui valores como responsabilidade, vínculo e resolução dos problemas, as bases de uma ética do futuro, ética do cuidado, ética da integralidade.

Roseni Pinheiro
Aluisio Gomes da Silva Jr.

PARTE I

Pressupostos teóricos, trajetória metodológica e noções fundantes

Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica

ROSENI PINHEIRO
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

O processo de institucionalização da avaliação promovido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica, vem avançando e trazendo no seu interior novas demandas, perspectivas e limites ainda não superados.

A institucionalização é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito, neste caso, de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos. Trata-se de uma compreensão da avaliação que vai muito além da obrigação de prestar contas a organismos financiadores ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais (FELISBERTO, 2006, p. 554).

Compartilhamos da leitura desse autor, quando afirma que a avaliação no âmbito do SUS vem sendo institucionalizada a partir do processo de indução pelo gestor federal, de uma estratégia chamada de "aculturamento" da avaliação. Tal estratégia consiste, em grande parte, na inclusão da avaliação na rotina da atenção básica, que por sua vez é orientada por uma política nacional a ser desenvolvida

> por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho bem equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007, p. 12).

Parece-nos evidente que, para pensar a institucionalização de processos avaliativos, torna-se necessário realizar mediações com o princípio da integralidade, sobretudo no que concerne à construção de possibilidades de combinações de referenciais analíticos capazes de considerar suas práticas, assim como os saberes que as sustentam, refletindo assim sobre os caminhos de efetivar a estratégia de aculturamento da avaliação. Partimos do pressuposto de que um dos principais desafios que se coloca está na necessidade de se conhecer as práticas de gestão e de cuidado existentes no cotidiano dos serviços de

saúde. Conhecer no sentido de observar práticas avaliativas como uma ferramenta útil no cumprimento do principal desígnio proposto pela Política Nacional de Atenção Básica:

> considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Entretanto, historicamente predominam no Brasil práticas avaliativas pouco sistematizadas e articuladas, instituídas verticalmente numa lógica de controle do nível federal de gestão sobre os níveis estadual e municipal. Persiste a predominância dos aspectos normativos privilegiados nas práticas avaliativas dos programas e projetos, em detrimento de aspectos que evidenciem movimentos de mudança no sentido de realização do ideário do SUS – ou seja, universalidade, equidade e integralidade. Na maioria dos casos, é flagrante a desconsideração das diversidades de contextos, condições de operação e de situações de saúde no vasto território nacional.

A premissa de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas são apropriados socialmente (gerando aprimoramento institucional e profissional) é outro ponto que merece consideração. Isto porque já existem evidências de que as equipes de saúde locais têm dificuldades de se apropriar dos processos avaliativos, devido ao desconhecimento de suas abordagens e à sobrecarga de tarefas exigidas pelos próprios programas, principalmente as de coleta de dados. Na maioria das vezes, esses dados não são processados por quem os coleta e nem os resultado das análises chegam a tempo útil para ajudar na reflexão de práticas e na conseqüente mudança necessária (CONILL, 2006).

Com efeito, os resultados das avaliações muitas vezes são utilizados em processos decisórios de alocação de recursos ou implementação de programas, sem levar em consideração o cotidiano das equipes de saúde responsáveis pela execução das ações (TANAKA, 2006). Essas dificuldades e lacunas nos estimularam a buscar um diálogo com alguns autores do campo da avaliação em saúde, na perspectiva de apontar possíveis caminhos na construção de práticas avaliativas socialmente efetivas e mais "amistosas" à integralidade.

Os debates promovidos pelo LAPPIS, assim como suas publicações, plasmam o esforço de sistematização do conhecimento acerca do tema da integralidade. A partir de estudos sobre experiências em diferentes estados e municípios brasileiros, desenvolvemos desenhos interdisciplinares capazes de identificar atributos da integralidade emergentes das práticas inovadoras na organização da atenção e no cuidado prestado como expressões concretas da política nacional de saúde, o SUS (PINHEIRO, 2001).

Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004) têm a compreensão de que assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde significa entender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade. Nesse sentido, os estudos sobre as experiências com potencial inovador permitem refletir criticamente sobre os saberes e práticas que subjazem sua efetivação como eixo orientador da política nacional de saúde (MATTOS, 2002; PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Tais inovações são construídas cotidianamente com permanentes interações democráticas dos sujeitos *nos* e *entre* os serviços de saúde, sempre pautadas por valores emancipatórios. Valores como garantia de respeito à alteridade com o usuário, exercício da solidariedade, reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). O controle pela sociedade é construído com mecanismos de participação social, vocalização de atores em assimetrias de poderes e capacidade coletiva de avaliar o desempenho das políticas públicas. Os serviços de saúde são compreendidos como espaços públicos onde vivem sujeitos coletivos ("resultantes da intersubjetividade que somos") ainda carentes de um agir político, compartilhado e sociabilizado (AYRES, 2001).

A integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas sociais de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade – práticas estas que produzam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvam melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, medeiem negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção.

O cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). A ação integral é também entendida como a "entre-relações" das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997).

Quando nos referimos às experiências com potencial inovador, não as classificamos como *best practices*, tampouco falamos em modelos ideais, prescritivos, mas de práticas eficazes que buscam transformações na melhoria de saúde das pessoas, seja na reorganização da gestão, seja nos processos de trabalhos. Nesse sentido, a pluralidade de atores e contextos não permite que façamos generalizações, mas propicia um intercâmbio de lições e aprendizagens que, sem dúvida, entendemos ser um dos motivos de se avaliar.

Algumas aproximações da discussão da integralidade com a de avaliação em saúde já foram feitas pelo grupo de pesquisadores do LAPPIS no campo da Atenção Básica; da Saúde Mental e das Redes Assistenciais no setor público e suplementar de saúde (MASCARENHAS, 2003; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004; CAMARGO JUNIOR et al., 2005; SILVA JUNIOR et al., 2006; PINHEIRO; MATTOS; SILVA JUNIOR, 2007; PINHEIRO et al., 2007).

Encontramos muitos desafios e limites quanto à busca de referenciais teóricos mais adequados que possam pavimentar o solo epistemológico da construção de práticas avaliativas voltadas para a integralidade, sem abrir mão de seus valores. Para superá-los, entendemos que a principal estratégia consiste em conhecer as práticas avaliativas em cursos, sejam elas formais ou informais, no sentido de construir um mapa dessas configurações, pretendendo compreendê-las e compartilhá-las em suas possibilidades, limites e desafios. Tal estratégia foi inscrita no desenvolvimento de um estudo multicêntrico

sobre tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na atenção básica, que teve como objetivo principal analisar as práticas avaliativas desenvolvidas na atenção básica em sistemas municipais, a partir do estudo das práticas de integralidade na gestão e organização dos serviços de saúde e nos conhecimentos e práticas dos trabalhadores. Este estudo contou com apoio do CNPq, FAPERJ e UERJ para sua execução, e é a partir de seus resultados e produtos gerados, por diferentes nichos locais de ensino e pesquisa, que apresentamos aqui nossas reflexões. Temos como horizonte contribuir para a construção de estudos sobre práticas avaliativas e suas mediações com a integralidade, no sentido de identificar evidências capazes de induzir a reorganização da gestão e da atenção voltadas para os princípios e diretrizes do SUS.

Mediações com o campo da avaliação em saúde

As dificuldades e (por que não?) as possibilidades começam na própria definição de avaliação em saúde, devido à polissemia conceitual do termo e à multiplicidade de construções teóricas e técnicas que permitem múltiplos recortes e análises de seus objetos (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A autora afirma que o conceito de campo, enquanto rede de relações entre agentes e instituições, no sentido atribuído a Bourdieu (1979; BOURDIEU; WACQUANT, 1992) é útil para delinear os debates em torno da avaliação. O maior grau de consenso entre as definições existentes está naquelas referentes à avaliação de programas. (SCRIVEN, 1991; PATTON, 1997; ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Destaca-se a definição de Contandriopoulos, que considera a avaliação como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Entretanto, Vieira-da-Silva aponta como limitante deste conceito a noção de intervenção que reduz a avaliação a uma dimensão instrumental da ação. Propõe uma substituição do termo *intervenção* para o de *práticas sociais*, adequando a definição à noção de campo da avaliação proposta anteriormente, no qual as práticas de saúde são tipos especiais de práticas sociais e sua avaliação abrangeria desde práticas cotidianas dos serviços de saúde até intervenções sociais planejadas mais amplamente.

A autora justifica esta ampliação da definição de Contandriopoulos na perspectiva de consolidação do campo científico da avaliação com sua produção diversificada e inúmeros agentes envolvidos. Destaca aqueles agentes especializados que conformam a avaliação como disciplina. A autora pondera, entretanto, a necessidade de fazer uma distinção entre monitoramento e avaliação pontual. O monitoramento é entendido como acompanhamento sistemático sobre alguma característica dos serviços; e a avaliação pontual, como o julgamento sobre os serviços em determinado ponto do tempo. Esta distinção é feita para chamar atenção para o fato de que o monitoramento pode produzir informações, sem contudo gerar avaliações. A otimização dos sistemas de informação para fins de avaliação, assim como a indicação adequada acerca da necessidade ou não da realização de avaliações pontuais ou pesquisas avaliativas mais amplas, são determinadas a partir do grau de institucionalização da avaliação no âmbito dos serviços e da política (HARTZ, 1997).

Em que pesem os esforços de buscar a melhor definição e distinção sobre os diferentes usos da avaliação, sobretudo no que diz respeito às influências das práticas avaliativas

sobre as outras práticas – no nosso caso, práticas de integralidade –, ainda carecemos de evidências para o uso preciso dos referenciais de avaliação, tão exigido pelos avaliadores especialistas. Entretanto, outros especialistas apontam para lacunas existentes, constatação que compartilhamos com a assertiva de Cristie (1997), quando afirma:

> se o uso da avaliação é comprovadamente o tema mais investigado, recebendo considerável atenção em sua base teórica, a literatura empírica sobre a influência da avaliação é escassa, sendo limitado o número de pesquisas acerca da influência da avaliação sobre o aprimoramento do programa, da política e dos participantes. (HARTZ; FELIBERTO; VIEIRA-DA-SILVA, 2008, p. 326).

Com vistas ao atendimento do objetivo principal de nosso estudo, buscamos realizar um exercício de compreensão dessa base teórica acerca da avaliação e sua relação com as práticas na saúde, em particular no Brasil. Realizamos um levantamento bibliográfico, por meio de consulta em duas bases bibliográficas nacionais que trabalhassem com esses temas: Bireme e Biblioteca do Ministério da Saúde. No levantamento foram utilizados como descritores principais "práticas de saúde", "atenção básica", "integralidade", sendo em seguida aplicado o *Thesaurus* para estruturar e controlar termos organizados formalmente, de maneira a explicitar as relações entre os "conceitos" apresentados. Com isso foi possível eliminar os inconvenientes da sinonímia nas pesquisas e melhorar o processo de seleção de unitermos da pesquisa, aumentando a pertinência da mesma em bases de dados. Após sucessivas aplicações, chegou-se a 39 referências (entre artigos, livros, capítulos de livros, documentos institucionais, manuais, compêndios e publicações especializadas e oficiais), sendo consultadas publicações datadas nos anos de 2003 a 2006 (BVS - Integralidade. [www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br]).

Com a leitura sistemática e a realização de debates em diferentes reuniões técnicas do grupo de pesquisadores do LAPPIS, chegamos a algumas constatações:

a) A totalidade dos autores especialistas no tema concorda que não é possível ter uma definição única de avaliação. Além disso, são apresentadas afirmações recorrentes de que há predominância expressiva de avaliações normativas, consideradas pouco eficientes para uma compreensão qualitativa dos aspectos relevantes à concreta avaliação das práticas na saúde, assim como a própria prática dos avaliadores, seja no que concerne a sua utilidade na resolução de problemas, seja no que diz respeito à identificação da direcionalidade das mudanças no modelo tecnoassistencial.
b) Em que pese alguns autores dos textos selecionados reconhecerem a importância de se considerar no rol de avaliadores externos o usuário dos serviços, terminavam por defender o *expert* acadêmico como sendo o único agente legítimo capaz de avaliar as ações/práticas adequadamente, ou seja, influenciar no julgamento de valor e na tomada de decisão acerca do cuidado prestado.
c) No que diz respeito às pesquisas avaliativas produzidas por *experts*, podemos observar que poucas são porosas à participação do trabalhador da saúde nos processos avaliativos, seja no fornecimento de informações e julgamento de valor sobre suas ações, assim como na tomada de decisão sobre seu próprio trabalho. Isto é, o grau de utilidade dos processos avaliativos desenvolvidos pelos trabalhadores para reorganizar suas práticas ainda é bastante baixo.

d) Por fim, notamos a existência de um número reduzido, mas consistente, de pesquisas avaliativas que de fato incorporaram a participação dos usuários com seus conhecimentos em suas metodologias, tais como trajetórias assistenciais ou mesmo itinerários terapêuticos. Contudo, não foi considerado o surgimento de novos atores em processos avaliativos, tais como aqueles encontrados em nossa pesquisa – o Ministério Público e o Agente Comunitário de Saúde –, na medida em que se configuram como agentes usuários qualificados capazes de interferir na gestão e nos processos de trabalho na efetivação do direito à saúde.

É evidente que tais constatações não visam a esgotar o tema na literatura recente sobre a avaliação no Brasil, no que concerne aos modelos ou usos da avaliação, mas chamar a atenção para seus limites e possibilidades de aplicação concreta em um contexto de efetivação do direito à saúde. No caso brasileiro, residem na perspectiva de atender aos princípios constitutivos que regem o SUS, dentre eles o da integralidade em saúde.

Hartz, Santos e Matida (2008) realizam análise primorosa, atual e fundamental para compreender os desafios e oportunidades para se institucionalizar a avaliação em saúde. Propõem ainda um glossário que nos oferece definições sistematizadas capazes de auxiliar os pesquisadores e especialistas em avaliação na identificação de seus componentes, formatos e objetivos. Concordamos com os autores sobre a necessidade de se buscar o rigor dos processos avaliativos, mas entendemos que não se pode confundir rigor com rigidez no método, pois este, ao se apoiar no monismo metodológico, acaba por obstaculizar o desenvolvimento de abordagens mais porosas ao cotidiano dos sujeitos em suas práticas nas instituições de saúde. Talvez o maior desafio esteja no reconhecimento das práticas cotidianas (avaliativas ou não) que estão sendo operadas pelos agentes implicados na produção do cuidado na saúde, como fonte de teoria viva (GRAMSCI, 1991) capaz de alimentar a construção de referenciais analíticos dos processos avaliativos. Mais do que isso, interessa-nos saber quem são os agentes implicados, dentre os quais aqueles que consideramos os mais importantes nesses processos: o trabalhador de saúde e o usuário – este, o principal motivo da existência de um programa.

Esses agentes/sujeitos são pouco encontrados nas avaliações, sob alegação de que não possuem a *expertise* acadêmica e por isso devem executar as tarefas com suas ações orientadas por um saber científico, cujo rigor é confundido com a rigidez, que freqüentemente desperdiça a experiência que deseja "normatizar". Interessante notar que outros especialistas experientes na avaliação não recomendam essa prática avaliativa como sendo a única, justamente por seu caráter rígido de conhecimentos muitas vezes descontextualizados, enfatizando o método e não o problema que gerou a necessidade de avaliação (DEMARTEAU, 2002; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Talvez um caminho para superar esse dilema possa advir da realização de estudos que explorem o *caráter formativo da avaliação*, no sentido de propor uma releitura ampliada do seu universo de referências e modos de operação, o que se distingue em boa medida da *avaliação formativa*, bastante utilizada pelos organismos de fomento e agências governamentais. Isso porque na avaliação formativa o objetivo principal consiste em

> produzir a informação que esclarecem um organismo sobre as correções julgadas necessárias para melhorar a eficácia da intervenção em curso. A avaliação cujo objetivo é melhorar o desempenho da intervenção, realizada durante a fase de implementação de um projeto ou programa. (Glossário da Avaliação: IN: HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008, p. 390).

Quando falamos do caráter formativo da avaliação, propomos ir além das finalidades técnicas e da ênfase dos processos instituídos no próprio programa, o que significa ampliar o leque de conhecimentos, incluindo diferentes olhares que potencializem a apropriação da avaliação como uma ferramenta amistosa ao pesquisado e não somente ao pesquisador.

Com essa visão, torna-se necessário realizar movimentos analíticos de mediação ou tradução, no sentido de preencher lacunas das pesquisas que enfatizam os saberes técnicos circunscritos à lógica dos objetivos dos programas e projetos. Compartilhamos com Hartz, Santos e Matida (2008) a proposta da adoção de "abordagens promissoras para o uso da avaliação em saúde", no sentido de buscar mudanças nas práticas profissionais e na implantação ou implementação de programas sociais e de saúde. Esses autores, inspirados em Calon e Latour[1], propõem uma

> teoria de tradução que oferece uma abordagem capaz de lidar com a questão da introdução de evidências técnicas cientificas nas organizações, considerando-as como um produto que se implanta, não por suas características intrínsecas de qualidade ou formato planejado, e sim por suas transformações, de modo que atenda os diversos interesses em suas relações contextuais. (HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008, p. 333).

Reforçam, ainda, que na área da saúde pública é uma teoria aplicável, tendo em vista as características colaborativas de suas intervenções, o que exige o tempo todo o envolvimento de diferentes parceiros em sistemas não-fechados, que, negociando e pactuando os modos de organização e práticas, buscam promover arranjos institucionais mais interativos.

Entretanto, podemos ampliar essa discussão quando consideramos o campo da Saúde Coletiva, ou seja, enfatizando os conteúdos das ciências humanas e sociais nos estudos avaliativos (DESLANDES, 1997), no que diz respeito às possibilidades de construção de desenhos avaliativos interdisciplinares capazes de superar a dicotomia entre objetividade e subjetividade. Há um predomínio da primeira (objetividade) na racionalidade dos tradicionais tomadores de decisões sobre as políticas (*policy makers*). Nesse sentido, nos deparamos com um problema que advém da própria tradução, que Gramsci (2001) denominou de *tradutibilidade* de uma linguagem política, filosófica, estética ou científica em outra. Para o pensador italiano, existe a possibilidade de as experiências históricas – importantes pelo seu grau latente de universalidade – encontrarem similares em outros ambientes culturais, desde que devidamente *traduzidas*. E entendemos que, para realizar uma devida tradução, devem-se considerar as experiências históricas dos sujeitos e agentes, sendo necessário reconhecer a prática como portadora de concepções de mundo.

No contexto desses processos avaliativos, parece-nos razoável conceber que as práticas, sejam elas avaliativas ou de integralidade, são portadoras de concepções de mundo, e, por sua diferenciação intrínseca, em muitos momentos serão conflitivas. Os interesses envolvidos não necessariamente estarão em consonância com os fundamentos de uma política tão complexa e estruturante que exige responsabilização, vínculo e humanização, como a

[1] Essa teoria foi desenvolvida por Carloun e Latour, na década de 80, no campo da sociologia das inovações técnicas. Os autores enfatizam a importância de se estabelecer redes de conhecimentos unindo pesquisadores e profissionais, destacando a teoria da tradução como uma das abordagens mais interessantes para se aumentar o uso das evidências de pesquisa. As redes de inovações em saúde, orientadas por essa teoria, abririam a possibilidade de incluir aço-gestão por parte de usuários e pesquisadores, promovendo o intercâmbio, a síntese e aplicação eticamente correta do conhecimento (HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008).

Política Nacional de Atenção Básica. Nessa perspectiva, para pensarmos em institucionalizar a avaliação, há de se fazer um giro epistemológico acerca daquilo que seria uma cultura de avaliação e qual seria o seu valor (FELISBERTO, 2008), pois com a criação de novos espaços públicos de participação presentes nas experiências inovadoras do SUS, vêm-se estabelecendo novos padrões de institucionalidade, forjando novos arranjos institucionais coletivos e participativos. A noção de *policy community* (comunidade orgânica de atores-políticos), diferentemente *do policy maker*, parece-nos um atributo importante (PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 21), para reconhecer as práticas avaliativas amistosas à integralidade.

Na linha do valor, entendemos que se trata de valores ético-políticos, que não ignoram os "valores econômicos", mas os contestam quando somente eles são considerados, principalmente pela exclusão da experiência dos agentes/atores implicados. Felisberto destaca que o desenvolvimento da cultura avaliativa deverá ser motivado por importantes princípios a serem seguidos nas organizações de saúde que pretendem implementar esta prática. Primordialmente, os processos e resultados dos estudos avaliativos devem orientar *a ação*. Compartilhamos a assertiva desse autor, mas o que estamos buscando oferecer são subsídios para se (re)pensar agindo sobre os princípios que orientam essa ação em seus modos de produzir processos e resultados (PINHEIRO, 2008). Até mesmo para atingir de forma eficaz o objetivo proposto por Felisberto (2008), de que a prática avaliativa deverá ser *diversa*, *inclusiva*, *participativa*, *responsiva e fundamentalmente não-hierárquica*, enfatizando a responsabilidade e credibilidade científica, além das habilidades técnicas, de negociação e de construção de consensos entre os envolvidos no objeto de estudo.

Nessa perspectiva, parece-nos auspicioso buscar uma fusão de horizontes, como nos ensina Ayres (2004), para repensar as formas de tradução das normas em novas *normatividades* e as influências dos processos formativos no reconhecimento das capacidades avaliativas que, de diferentes maneiras, cada um dos atores/agentes possui, para utilizar as informações disponíveis, realizar o julgamento de valor e tomar decisões compartilhadas ou não. Assim, propomos realizar mais um exercício de mediação das possibilidades "práticas" de relacionar práticas avaliativas com práticas de integralidade em saúde, a partir do caráter formativo da avaliação com participação social.

O caráter formativo da avaliação com participação social: por uma fusão de horizontes

Partimos das discussões de Ayres (2004), quando propõe a interrogação das práticas avaliativas, buscando privilegiar seu caráter formativo para além (e por meio) de suas finalidades técnicas. O autor nos convida a refletir sobre as mudanças necessárias nas práticas de saúde, em especial nas de avaliação, no contexto de uma mudança paradigmática no rumo da promoção de saúde e da integralidade. Critica o cientificismo e o tecnicismo que orientam as práticas, em detrimento da "sabedoria prática" dos atores envolvidos. Sabedoria esta fruto de suas visões de mundo confrontadas com o cotidiano da relação com os outros, no seu jeito de ser no mundo.

> É necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e conseqüentemente posto em contacto com o não-técnico em cada momento assistencial. É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprio às ciências e às técnicas, há em toda ação terapêutica, em qualquer escala que se as pense, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção do si mesmo e do outro estarão presentes. A depender do quanto se os considere e aceite no âmago das práticas de saúde, tais interesses estarão instruindo, com maior ou menor liberdade e efetividade, uma contínua e mútua reconstrução de identidades, concepções, valores e, portanto, projetos positivos de felicidade e saúde no (e a partir do) encontro terapêutico (AYRES, 2004, p. 585).

É a dimensão "formativa" do encontro terapêutico, com sua natureza compreensiva e construtiva do diálogo mediado pela técnica e pela ciência nas práticas de saúde, que conforma o "cuidado". "Cuidado" este referido na concepção filosófica utilizada pelo autor.

A noção de "cuidado" proposta pelo autor pressupõe incorporar ao escopo da avaliação o projeto de felicidade dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde. Isso enriquece os aspectos normativos da avaliação para além do êxito técnico, por incorporar a percepção de um "sucesso prático", isto é, as repercussões sobre a vida daqueles que se beneficiam das ações de saúde.

> Assim é que, ao se definir um horizonte normativo para as práticas de avaliação, há que se buscar junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos e objetividades (os produtos do trabalho em saúde), critérios relativos à antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou, em outros termos, aos projetos de felicidade que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar. (AYRES, 2004, p. 586).

O caráter formativo das práticas avaliativas também é mencionado por teóricos da avaliação, tendo em vista a compreensão de problemas e situações no âmbito de programas de saúde durante os processos avaliativos. Esta compreensão é adquirida pela emergência de novas informações e pelos debates ocorridos entre os interessados na avaliação (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; SCRIVEN, 1991). Tal menção, entretanto, parece relacionar-se mais aos aspectos instrumentais da avaliação, como já salientamos.

Prevalece para nós a idéia de que os processos avaliativos podem favorecer a compreensão de problemas, levando em conta o diálogo entre interessados com pontos de vistas diversos, aquilo que poderíamos chamar de respeito à alteridade. Amplia-se assim um tipo de redes de conhecimentos que potencializem inovações a partir de saberes produzidos por teorias também advindas da experiência do praticado, que podem orientar novas práticas. Pautada pelo princípio da integralidade, essa rede, para além da perspectiva meramente funcionalista, pode-se voltar para a compreensão das necessidades da população expressas em demandas sociais, exigindo, conseqüentemente, a adequação da oferta de serviços. Esses conhecimentos servem também à articulação de serviços em redes de atenção à saúde que garantam a oferta de cuidados em níveis crescentes de densidade tecnológica. É nesse sentido que a avaliação pode ser uma ferramenta potente para lograr a participação social na efetivação do direito à saúde como um direito humano.

A chamada quarta geração de avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989) enfatiza a inclusão dos interessados (*stakeholders*) na discussão e acompanhamento do processo avaliativo, assim como no aproveitamento dos resultados. Vários autores defendem o uso de abordagens participativas na avaliação, por entenderem que os resultados destas avaliações tenham mais chance de serem efetivamente utilizados; por promoverem a participação de grupos tradicionalmente excluídos, capacitando-os e empoderando-os nas disputas políticas e decisões sobre intervenções na saúde (PATTON, 1997; SPRINGETT, 2001).

Mas a idéia de participação fica na dependência das escolhas éticas e políticas de quem conduz o processo avaliativo.

Observamos um predomínio de experiências nas quais os trabalhadores da saúde e os grupos organizados da população são chamados para referendar e legitimar as concepções técnicas dos formuladores da avaliação, normalmente *experts* externos à realidade dos serviços e das localidades, contratados por instâncias decisórias superiores. De um modo geral, consideram-se as avaliações feitas no interior dos serviços como "menores" em importância e prejudiciais ao desenvolvimento de capacidades avaliativas, sob o argumento de uma suposta garantia de "neutralidade" do processo avaliativo, evitando possíveis vieses indesejáveis.

A visão do usuário, quando é incorporada, se dá por meio de "representantes", não necessariamente representativos, e por "traduções" de suas realidades reduzidas, na maioria das vezes, à idéia de "medida de satisfação". Contandriopoulos (2006) chama atenção também para o predomínio das lógicas tecnocientíficas (profissionais e/ou econômicas) no estabelecimento dos valores de julgamento e nas decisões. Subordinam-se assim às demandas e necessidades da população em geral, o que na gramática da avaliação poderia se chamar de "interesses" dos usuários. Com efeito, a institucionalização da avaliação, como cultura, deve estar inserida em processos democratizantes e includentes da sociedade. "A institucionalização da avaliação favorece o aparecimento de uma cultura autenticamente democrática quando promove a subordinação de grupos de interesse revestidos de poder aos de indivíduos que constituem a sociedade coletivamente" (CONTANDRIOPOULOS, 1999, p. 256).

Furtado (2001), apoiando-se em Campos (1997), propõe processos avaliativos que extrapolem a função de medir, descrever e somente julgar, constituindo verdadeiros dispositivos no sentido atribuído a Baremblit (1992), ou seja, um artifício para produzir inovações, gerando acontecimentos, concretizando virtualidades, possibilitando renovações. O avaliador se reveste do papel de mediador entre os interessados na intervenção, agregando outras informações que sirvam de contraponto e reflexão sobre a realidade vivida por eles. Propicia, assim, a criação de espaços para negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos.

Na perspectiva da integralidade, a idéia de participação passa por estilos de gestão abertos ao diálogo com os trabalhadores da saúde e usuários, à criação de espaços e instâncias participativas em diferentes níveis dos serviços e proposições ou mudanças na política de saúde decorrentes dessa participação. Neste ponto, estamos em consonância com a Política Nacional de Humanização, que, seguindo os princípios do SUS, enfatiza a necessidade de se assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas (BRASIL, 2004).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam a reorganizar os processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços, além de transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a horizontalização da gestão, com a implementação de instâncias colegiadas, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

No campo da atenção, as diretrizes centrais são a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para a reconstrução de uma *clínica do sujeito*. Esta não se contenta apenas em ampliar-se, mas se modifica pelas transformações que gera e com elas pode ser aperfeiçoada, visando a lidar melhor com a relação da demanda com a oferta em saúde, centrando nos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores, para analisar e intervir em seus processos de trabalho (BRASIL, 2004).

Santos Filho (2007), referindo-se ao processo avaliativo no âmbito da Política Nacional de Humanização, enfatiza a necessidade de envolver os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde como sujeitos essenciais desse processo, na perspectiva de que eles venham a constituir uma rede de potenciais avaliadores. Tal perspectiva também é compartilhada pela proposta de institucionalização da avaliação do Ministério da Saúde e de especialistas desse campo. O autor defende ainda a escuta de opiniões de técnicos e outros atores, como prática para definir e validar padrões de avaliação, ajustando instrumentos e suas utilizações. Lembra que a informação produzida não deve ser encarada como verdade absoluta, mas como ferramenta de negociação entre interesses múltiplos. Na leitura e interpretação dos dados (indicadores), deve-se buscar coerência de análises com os contextos locais, dialogando com as interpretações dos sujeitos envolvidos.

Para a instituição da avaliação, Santos-Filho (2007) aponta investimentos de ordem político-técnico-operacional, contemplando desde a busca de estratégias de ampliação e legitimação do debate, até a discussão de instrumentos de operacionalização dos processos avaliativos adequados para os níveis locais e também de maior alcance.

Concordando com essas considerações, passamos a buscar conceitos e noções que nos ajudem a identificar as práticas cotidianas dos serviços de saúde mais porosas à integralidade. Para enfrentar tal desafio, propomos um marco teórico-lógico multidimensional para conhecer e analisar as práticas avaliativas "amistosas" à integralidade na atenção básica, em seus fundamentos já citados neste texto.

Construindo um marco teórico-lógico para análise das práticas avaliativas amistosas à integralidade

Um dos caminhos para construção de um marco teórico-lógico para análise das práticas avaliativas e destas com as práticas de integralidade consistiu na complexa tarefa de definir o "lugar epistêmico" daquilo que entendemos por práticas avaliativas. Este lugar apresenta fronteiras conceituais que se referem a diferentes termos, muitos deles os principais objetos da própria ação (prática) avaliativa, tais como as noções de técnica e de tecnologia. Isto porque entendemos que ao defini-las atravessamos diferentes campos disciplinares, que não se limitam a seus núcleos de conhecimentos, mas que os ultrapassam, configurando a transdisciplinaridade inerente aos objetos da Saúde Coletiva. Isto nos coloca a prerrogativa de que esses termos não podem ser confundidos, e, portanto, merecem ser aqui distinguidos.

Schraiber et al. (2006) e Dejours (1997) definem a técnica como sendo um ato, responsável pela materialização das relações entre o sujeito e a realidade que se apresenta. Ou seja, o ato sobre o mundo mediatizado por um instrumento demanda, em retorno,

uma aprendizagem do corpo, que deve ter certa materialidade daquilo que ela trata de transformar. A técnica é sempre uma técnica do corpo. Essa definição aponta para o entendimento sobre o conceito de técnica que se baseia num saber-fazer homologado socialmente e inscrito num campo de significados e sentidos compartilhados por um grupo social. Entretanto, técnica e prática não se confundem, pois esta admite, implementa e administra saberes e fazeres "informais", advindos da experiência (ACIOLI, 2001) e também da rotina naquilo que esta traz de inusitado. Dessa forma, o campo das práticas assume lugar significativo na idéia de tecnologia.

Por tecnologia adotamos o entendimento de Schraiber, que a define como um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. O sentido contemporâneo de tecnologia diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões (SCHRAIBER et al., 2006, p. 248).

Explicitar essas distinções nos permite delimitar uma definição de práticas capaz de produzir um solo fértil de compreensões acerca das reflexões que defendemos sobre as práticas avaliativas em saúde, e destas com as práticas de integralidade na atenção básica. Apoiados em Ayres (2006), propomos uma noção sobre *práticas* como sendo ações exercidas cotidianamente nos serviços, como referenciais ricos de análise e intervenção que não se esgotam nas ferramentas tecnológicas já existentes, nem se pretendem tornar técnicas a serem compartilhadas.

Com essa noção, as práticas avaliativas podem ser entendidas no sentido proposto por Vieira-da-Silva (2006), para quem a avaliação em saúde é uma prática social num campo em lutas. Entretanto, se consideramos a integralidade da atenção à saúde, as práticas avaliativas na atenção básica passam a abrigar as ações efetivas dos atores nas situações de encontro com a alteridade, ou seja, com a diversidade e a pluralidade humana. Significa ir além da execução de técnicas, convivendo e, por isso, sendo definidas por experiências absolutamente humanas e singulares. *O real não advém do conhecimento validado*, mas da apreensão de cada profissional faz do prescrito, de si e do curso da ação, admitindo variabilidade e contornando os fracassos da própria técnica (DEJOURS, 1997; SCHRAIBER et al., 2006).

Acrescentamos ainda, na perspectiva das práticas avaliativas de integralidade, a centralidade do usuário nos desenhos avaliativos, pois, ao ser "objeto" do que se prescreveu para disciplinar seu corpo, gera outros saberes e práticas que irão influenciar de forma substantiva esse universo de referências, pois se amplia a percepção da técnica para além de um procedimento contábil, de modo a ser compreendida também em sua dimensão ética, estética e (por que não?) afetiva. Nesse sentido, definimos como práticas avaliativas amistosas à integralidade os diferentes modos de avaliar que tomam como base as ações exercidas cotidianamente nos serviços, na medida em que forjam acoplamentos de saberes e práticas dos sujeitos implicados (gestor, trabalhador e usuário) na produção do cuidado em saúde, subsidiando sua avaliação como intervenção; não se esgotando nas ferramentas avaliativas já existentes e podendo se tornar técnicas não-compartilháveis.

A partir dessa compreensão, propomos um marco lógico-teórico de práticas avaliativas de integralidade que orientem o pensar sobre a avaliação como uma ação, representado por uma matriz multidimensional (figura 2). Nesse sentido, partimos de alguns pressupostos:

o primeiro diz respeito à não-restrição de nossa observação às práticas estruturadas de avaliação de proposição, normalmente externa aos serviços de saúde. Utilizaremos a noção de Práticas Avaliativas no seu sentido mais genérico como prática social, sendo o foco de observação as ações de Atenção Básica em Saúde. Essas práticas são portadoras de alguns atributos que as tornam mais permeáveis às práticas de integralidade, a saber:

- resultam de interações democráticas entre atores em suas práticas no cotidiano, na relação entre demanda e oferta de produção de cuidado na saúde;
- garantem a inclusão dos usuários na definição de suas necessidades e na tomada de decisão sobre a oferta de alternativas de cuidado; e
- possuem elevada potência formativa capaz de produzir conhecimentos que geram novos valores para juízos, que elaboram respostas qualificadas às necessidades e o modo mais adequado de provê-las.

Essas práticas visam a buscar uma *transversalidade inovadora*,[2] no sentido de construir e qualificar a "norma", criar potência formativa e valorizar o dialogismo no cotidiano, contribuir para a produção de conhecimento emancipatório e comprometido com a afirmação da vida. A idéia de transversalidade, aqui, diz respeito às dimensões pedagógicas da ação, que buscam relacionar conhecimento como um conjunto de temas transversais incorporados aos conteúdos a serem trabalhados em currículos (GALLO, s/d). Na perspectiva de Paulo Freire, consiste em um principio teórico inovador para os processos formativos, que ganha relevância na formação dos profissionais de saúde. No que tange às instituições de saúde, podemos nos apoiar nos estudos de Félix Guattari (1985a; 1985b), que desenvolveu a noção de transversalidade, ainda no início dos anos 1970, ao tratar das questões ligadas à terapêutica institucional, que se opõe à verticalidade das normas e propõe a horizontalidade das nossas ações em contextos de diferenças[3].

Entendemos que as situações encontradas nos ambientes institucionais da saúde, ao serem operadas por práticas avaliativas amistosas à integralidade, podem atuar como gestoras de transversalidades inovadoras. Ou seja, como práticas sociais, essas práticas portariam "valores" pautados por razões públicas, a materialidade de uma política que se propõe a afirmar a cidadania, e por isso, produzir o bem comum. Em termos analíticos, delimitamos três dimensões que permitem reconhecer os atributos habilitadores dessas práticas, a saber: a dimensão da gestão e organização dos serviços, a dimensão das práticas dos trabalhadores e a dimensão do direito à saúde. São dimensões sociais que permitem observar essas práticas orientadas por um princípio ético-político e educativo que afirmem a saúde como direito humano, no exercício da responsabilidade, do compromisso, do respeito e da alteridade com usuários na produção de cuidados de saúde.

[2] A transversalidade, bem como a transdisciplinaridade, é um princípio teórico do qual decorrem várias conseqüências práticas, tanto nas metodologias de ensino quanto na proposta curricular e pedagógica. A transversalidade aparece hoje como um princípio inovador nos sistemas de ensino de vários países, mas a idéia não é tão nova. Ela remonta aos ideais pedagógicos do início do século, quando se falava em *ensino global* e do qual trataram famosos educadores, entre eles os franceses Ovídio Decroly (1871-1932) e Celestin Freinet (1896-1966), os norte-americanos John Dewey (1852-1952) e William Kilpatrick (1871-1965) e os soviéticos Pier Blonsky (1884-1941) e Nadja Krupskaia (1869-1939). Ver Menezes (2002).

[3] Felix Guattari, em suas produções, propõe a idéia de transversalidade para substituir a noção de transferência; transversalidade em oposição a uma verticalidade que encontramos, por exemplo, nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal (chefes, subchefes etc.); uma horizontalidade como a que pode se realizar no pátio do hospital, no pavilhão dos agitados, ou, melhor ainda, no dos caducos – isto é, certa situação de fato em que as coisas e as pessoas se ajeitam como podem na situação em que se encontrem.

Enfim, atributos que se encontram em consonância com os princípios constitutivos do SUS – neste caso, com a Política Nacional de Atenção Básica.

Na dimensão da gestão e reorganização dos serviços de saúde, demanda, necessidade e oferta assumem papel fundamental como categorias temáticas transversais, pois configuram conceitos estruturantes que são aqui entendidos, no campo das práticas, como interativos e relacionais, quando vistos pela ótica do cotidiano dos serviços (PINHEIRO, 2001). Cecílio (2001, p. 106), considerando a categoria necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção à saúde, aponta para a importância, na organização dos serviços de saúde, da identificação das implicações da integralidade na gestão do SUS. Pinheiro (2001) alerta para evitar divisões ou dicotomias acerca da demanda e oferta como pólos distintos, cujos saberes e práticas ocupariam também lugares distintos na análise, impedindo sua observação como de fato relacional:

> Essa peculiar divisão entre demanda e oferta faz com que sua *relação* não seja vista, imprimindo um caráter dicotômico e até mesmo estático às duas categorias. Com isso, os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar os seus componentes *separadamente*, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores, e a oferta seja ligada somente aos serviços propriamente ditos. Há nessa forma de elaboração teórica uma estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado via consumo, acabam por manter uma distinção entre as categorias demanda e oferta, e pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para o outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos (PINHEIRO, 2001, p. 17).

Diante dessa compreensão, surge a seguinte pergunta: qual seria o modo concreto de se articular ações, dizendo-as integrais na atenção e no cuidado? Concordando com a assertiva de Cecílio, entendemos que esta articulação é que define o patamar ético e de programação e avaliação da qualidade da assistência, por meio do qual identificamos (e questionamos) os saberes e práticas constitutivos do planejamento e gestão em saúde. Assim, o modo concreto de articulação irá requerer a construção coletiva de ferramentas e tecnologias inovadoras no cotidiano das práticas de gestão em saúde – práticas essas voltadas para a negociação de diferentes pactos e acordos entre instâncias da política setorial e a sociedade civil. Ou seja, um processo dinâmico de inovação na gestão pública.

A idéia de inovação da gestão pública em saúde decorre da compreensão de sua estruturação em dois eixos principais: o tipo e conteúdo das políticas (novas políticas) e a gestão dessas políticas (novas formas de gestão, novos processos decisórios e novas formas de provisão de serviços). Por esse ângulo, a inovação consistiria na inclusão de novos atores na formulação, gestão e provisão dos serviços públicos em saúde, de modo a reunir um conjunto de práticas que denominamos de *gestão compartilhada em saúde*. Define-se a gestão compartilhada como sendo "um espaço institucional de construção de práticas solidárias que incorporem os diversos atores envolvidos com a política de saúde, mediante o estabelecimento de mecanismos participativos e permanentes de decisão, nos diferentes níveis do sistema" (PINHEIRO; SILVA; MACHADO, 2002, p. 59). Assim, forjam-se tecnologias participativas de gestão com as quais se configuram desenhos organizadores da integralidade em saúde que são constitutivos e constituintes de novas práticas de organização dos serviços de saúde. Nessas práticas são considerados os seguintes aspectos: as estratégias para a regulação do acesso às ações e serviços de saúde;

a utilização da educação permanente como dispositivo para fortalecer a gestão e a organização da atenção; a utilização de tecnologias participativas no desenho dos processos de trabalho; a permeabilidade ao controle pela sociedade na definição de prioridades etc.; a utilização integrada de sistemas de informação e o reconhecimento das características do território de referência.

Entendemos que esses aspectos contribuem para o reconhecimento de práticas avaliativas amistosas à integralidade, assim como subsidiam o desenvolvimento de metodologias de estudos avaliativos focados na atenção básica, sobretudo para sua institucionalização, que diz respeito aos processos de trabalho. Observamos em vários estudos avaliativos a carência de metodologias e instrumentos avaliativos desenvolvidos, considerando as especificidades regionais, os contextos e como esses processos se inserem na atenção básica. Acreditamos que os conhecimentos e práticas dos trabalhadores constituem uma fonte viva de conhecimento para o desenvolvimento de tecnologias de avaliação da atenção básica a serem produzidas nos e para os municípios, de modo a serem capazes de fortalecer as ações integrais e as práticas avaliativas, sem dissociar ou mesmo dicotomizar as práticas da atenção daquelas do cuidado na gestão das políticas de saúde. Com isso se criariam possibilidades de uma construção coletiva dos sujeitos envolvidos para apropriação, disseminação e divulgação dos resultados obtidos com essas práticas.

Para dar visibilidade às possibilidades, delimitamos a segunda dimensão, denominada de conhecimentos e práticas dos trabalhadores. Nesta dimensão, identificamos a capacidade dos trabalhadores de produzir práticas cuidadoras com acolhimento e desfragmentação do atendimento prestado. Se entendermos a integralidade como prática social e, por isso, em permanente construção, é possível apostar que tais práticas fomentam inovações institucionais, permitindo que os atores, em seus contextos, inventem novos padrões de *institucionalidades*. Como dito anteriormente, quando falamos de novos padrões, destacamos as experiências de participação em diferentes processos decisórios na saúde, as quais não reduzem a prática da participação exclusivamente às práticas de controle social, caracterizada pelo alto grau "fiscalizatório" coerente com a idéia de consumidor e não de cidadão. É possível observar, nessas experiências, um reposicionamento das elites de reformadores da saúde, criando uma aliança entre planejadores e gestores do cotidiano na saúde, com lideranças dos movimentos popular e sindical (PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 21).[4] Constatamos, em nossos estudos, que desta forma é possível conferir maior horizontalidade às relações entre seus participantes – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, no que concerne à autoria de novos conhecimentos a partir das práticas dos sujeitos implicados no cuidado em saúde.

O trabalho em saúde sob o eixo da integralidade se reveste de complexidade e riqueza quando trata de produzir conhecimentos e práticas, tendo em vista a variedade e heterogeneidade de seus componentes. Essa afirmação é consubstanciada por Gomes,

[4] Com esse entendimento, é possível identificar evidências que nos auxiliem a pensar sobre a centralidade das práticas dos *policy makers* e dos saberes que sustentam, em desenvolver capacidades para traduzir a complexidade das demandas, assim como definir as soluções para respondê-las. Esses novos padrões de institucionalidades, que têm nos espaços públicos de participação sua idéia-força, engendram novos padrões de sociabilidade e novos tipos de humanidades cujas regras são fundadas na democracia, tornando as instituições mais permeáveis aos valores democráticos e fundando um novo *ethos* público (PINHEIRO, 2008).

Pinheiro & Guizardi (2005), ao destacarem que, com o aumento da complexidade da organização do serviço e a presença de diferentes profissionais, este serviço não se organiza mais a partir de um único processo de trabalho, mas de um coletivo de produção em saúde (CECCIM, 2005), exigindo apreensão de seus elementos constituintes. Com isso, imprimiríamos outros modos de produção do cuidado numa perspectiva integradora, ao mesmo tempo em que se forja uma crítica à matriz hegemônica de organização das práticas no trabalho na saúde. É uma organização na qual saberes disciplinares tendem a neutralizar a história atual e local, atuando como dispositivo de poder na determinação dos saberes dos "sujeitos" sobre os saberes das "pessoas" (FOUCAULT, 2000).

Essa determinação tem provocado, no processo de trabalho em saúde, uma forma de *anomia* cultural dos trabalhadores implicados na produção do cuidado, *dessujeitando-os*, como se pode observar em alguns estudos sobre a participação do agente comunitário de saúde no trabalho da equipe de saúde da família. Diante de tal constatação, nesta dimensão centramos o olhar sobre as concepções e práticas dos atores (trabalhadores, gestores e usuários) no interior dos sistemas de saúde e seus efeitos na atenção básica – em particular daqueles envolvidos no processo de trabalho e formação dos agentes comunitários de saúde, visando a sua qualificação e educação permanente em saúde.

A terceira dimensão, que denominamos de direito à saúde, nasce da constatação de que um dos desafios de se institucionalizar a avaliação em saúde é responder às seguintes perguntas práticas: por que avaliar? E para que institucionalizar? Na perspectiva das práticas avaliativas de integralidade, esta dimensão assume caráter fundamental como estratégia para aumentar o grau de sua aceitação, e mais que isso, de sua utilidade. Trata-se aqui de uma afirmação que não se confina nesta dimensão, e sim como eixo dialógico com as outras duas dimensões propostas. No entanto, é aqui que buscamos enfatizar a centralidade do usuário no processo avaliativo, como portador de experiências com alta potência formativa oferecidas ao conjunto dos atores implicados com a produção do cuidado, qualificando-os como avaliadores.

Para responder à primeira pergunta, assumimos que é necessário avaliar para afirmar o direito à saúde, naquilo que ele tem de mais legítimo: a democratização das informações, com a explicitação dos julgamentos e tomadas de decisões sobre os cuidados oferecidos. E institucionalizar se torna necessário, como nos ensinam Hartz, Matida e Vieira-da-Silva (2008), para que se possa formalmente articular um processo avaliativo, de modo colaborativo entre gestores e avaliadores, academia e serviços de saúde (e aqui incluiríamos os trabalhadores e usuários), no apoio às tomadas de decisões, por meio da participação, difusão e uso das investigações. Entendemos que a participação do usuário, a incorporação dos conhecimentos acerca de suas experiências e sua atuação auxiliam nas respostas aos questionamentos, e Contandriopoulos (2006) nos alerta sobre a capacidade da avaliação em produzir informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisões a melhorar o desempenho de suas ações. Nesse sentido, o caráter formativo da avaliação ganha expressão e riqueza, na medida em que essas experiências podem potencializar a capacidade avaliativa no processo de institucionalização, auxiliando nas transformações das práticas dos gestores, trabalhadores e avaliadores. Com isso, reitera-se a responsabilidade no processo de produção do cuidado, nas respostas às demandas e necessidades geradas pela busca de cuidado pelo usuário, como busca de direitos.

Isso significa que as práticas avaliativas amistosas à integralidade consistem em assumir o *ethos* público inerente à ação política, consistindo na afirmação do bem comum, cuja centralidade do usuário nas práticas avaliativas consiste no imperativo da gestão e nos conhecimentos e práticas dos trabalhadores: integrá-las em um sistema organizacional capaz de influenciar seu comportamento, utilizando modelos orientados para a ação, ligando necessariamente atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas (HARTZ, 1997, 2002; FELISBERTO, 2006). Surge daí a necessidade de se reconhecer o freqüente equívoco epistemológico do campo hegemônico da avaliação em saúde, de privilegiar exclusivamente a *expertise* acadêmico-científica como sendo *a única produtora de conhecimentos válidos* acerca do grau de resolutividade das ações de saúde ofertadas, ignorando a descontinuidade entre os *horizontes de problemas expressos* pelos diferentes atores – gestores e profissionais, e destes com usuários em suas redes sociais. Deparamo-nos, assim, com a exigência tácita de considerar *reapropriações* específicas sobre a forma de compreender esses problemas e as soluções propostas para respondê-los.

Nesse sentido, a adoção de novas abordagens analíticas em avaliação na saúde na perspectiva do direito, enfatizando o uso de metodologias avaliativas centradas nos usuários, tem no reconhecimento dos itinerários e sua relação com as redes sociais a idéia-força de afirmação da cidadania e gestão social da saúde. A apresentação e análise da experiência de adoecimento e de busca por cuidado em saúde nos oferecem contribuições importantes para estudos avaliativos sobre a gestão social de saúde.

Embora se reconheçam essas questões, ainda assim o papel dos usuários em processos avaliativos encontra-se reduzido ao "grau de sua satisfação" sobre a resposta dada a seus problemas de saúde. Ou seja, o usuário não participa de forma efetiva das informações produzidas sobre ele, nem julgamentos realizados sobre seu cuidado, tampouco das tomadas de decisões sobre ações oferecidas, sejam terapêuticas ou não.

A construção de itinerários, em seus percursos teórico-metodológicos, tem permitido apreender discursos e práticas que expressam diferentes lógicas através das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados, pois evidenciam os tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas de cuidados em saúde por usuários e suas famílias e dos modos como os serviços de saúde podem lhe dar respostas mais ou menos resolutivas (BELATO et al., 2008). Desse modo, podemos entender melhor os limites e dificuldades das linhas de cuidado, nas quais o trabalhador tem papel fundamental; entretanto, sua atuação se circunscreve à rede de serviços de saúde. Já os itinerários se referem às outras redes de relações sociais, que podem incluir ou não as redes de serviços.[5]

[5] Cecílio formula de modo absolutamente inovador o conceito de linha de cuidado, em contraposição à idéia de linha de montagem do tratamento da doença, onde se tem a cura como ideal. E acrescenta: a linha de cuidado constitui um modo de produção de ações de saúde que atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. O autor reitera essa afirmação quando destaca que as linhas de cuidado só *funcionam em rede no sistema de saúde* (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO, MERHY, 2003). De outro lado, fica claro o destaque do ator trabalhador como "disparador" da "busca por cuidado na rede de sistemas de saúde"; é o tomador de decisões e de julgamentos nos processos de atendimentos às necessidades dos usuários. Já nos IT e trajetórias assistenciais, podemos conhecer e analisar as experiências de adoecimento do usuário, como escolhe e a avalia, e se adere ou não aos tratamentos prescritos, mas em *redes sociais*, que podem incluir ou não as redes de serviços. Além disso, nos ITs e trajetórias assistenciais evidenciam outros aspectos que estão envolvidos, e freqüentemente não são considerados nas "linhas de cuidado". Denominar as linhas de cuidado como itinerários terapêuticos é subsumir os complexos processos que envolvem a escolha de um tratamento e, portanto, desconsiderar essa diferença é reduzir essa experiência humana, aquilo que Paulo César Alves chamaria de "geometria do vivido".

Os itinerários terapêuticos, como prática eficaz de avaliação, não se circunscrevem apenas aos indivíduos que agem, mas às redes de relações sociais que são construídas nessa atuação, as quais configuram o imaginário sobre o tratamento demandado. Tal imaginário expressa as experiências do adoecimento e suas diferentes formas de tratamento, o que inclui também as diferentes concepções de doença e de cura, assim como as estratégias utilizadas no acesso às terapêuticas empregadas. Essa assertiva encontra guarida em Rabelo (1993), quando afirma que essas experiências são intersubjetivamente construídas, sendo seus significados negociados entre os pacientes, suas famílias e aqueles que vivem próximos a ele.

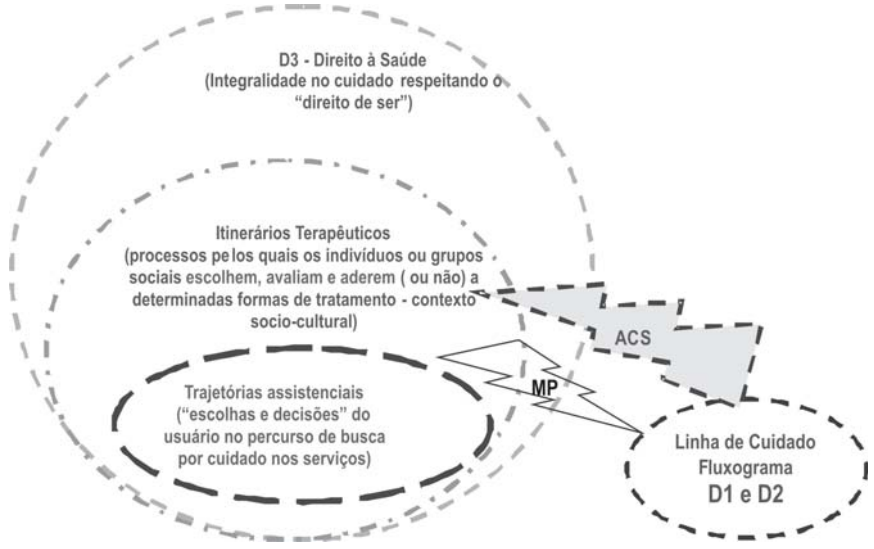
Com efeito, a incorporação dos itinerários terapêuticos como uma prática avaliativa eficaz da integralidade do cuidado, como direito à saúde, ganha ressonância com a proposição inovadora de Martins (2008, p. 140), sobre a noção de rede de usuários mediadores, que nos propõe três pontos a serem considerados: a) a desnaturalização da categoria usuário como uma categoria relacional, como uma constituição imaginária e social, a qual depende da correlação de forças envolvendo atores comunitários, agente de saúde, gestores e estrategistas. Ancora-se no entendimento do usuário mediante uma teoria relacional de rede como aquela oferecida pelo dom, pois permite criticar as visões reducionistas dominantes sobre o usuário do serviço público; b) o usuário dos serviços de saúde no Brasil vem-se constituindo mediante associações públicas híbridas que podem se tornar esferas públicas democráticas. As direções de tal processo dependem de uma série de fatores, entre os quais se deve ressaltar a valorização do usuário como identificador privilegiado de seus determinantes em saúde, tanto nos plano micro como macrossociológico; e c) as redes de usuários dos serviços públicos são geridas e reproduzidas por mediadores colaboradores que formam redes muitas vezes invisíveis que denominamos de redes de usuários mediadores.

Para além de constituir um espelho sobre a política que se está implementando, acerca dos modos como está sendo gerida, defendermos a inclusão desta dimensão nos processos avaliativos, que é tão ou mais complexa que outras definidas *a priori* no campo da avaliação, e por reunir um conjunto de atributos habilitadores de uma fonte de conhecimento para reafirmação de sua institucionalização. Cabe ressaltar que não estamos falando somente da abordagem comunitária, mais incluindo outros usuários e representações dos usuários de outros setores, como por exemplo da Justiça, como o Ministério Público.

Nesta pesquisa, a utilização de estudos de itinerários terapêuticos nos permitiu reunir os atributos habilitadores de uma prática avaliativa amistosa à integralidade, pois a centralidade do usuário em suas formas de relação com demais atores e os contextos em que se inserem nos permitiram realizar uma releitura do modo como buscam o cuidado, delimitando "trajetórias assistenciais" como parte inerente a esses percursos. Diferentemente da noção de linhas de cuidado, no qual o profissional médico é o *disparador* do percurso dos usuários na busca do cuidado nos serviços, a partir dele se estrutura a rede de cuidados. As trajetórias assistenciais consistem nos momentos das "escolhas e decisões" do usuário no percurso de busca por cuidado nos serviços, incluindo as redes sociais em que se inserem (figura 1). Assim, podemos apreender essas trajetórias como práticas que se operam com redes de mediadores sociais, podendo ser atravessadas por outros itinerários, como aqueles encontrados em nossas pesquisa, que denominamos de itinerários de Justiça, no qual o Ministério Público assume protagonismo importante.

Demarteau (2002), ao construir uma tipologia de práticas avaliativas na análise de relatórios de avaliadores de programas de educação, promoção e prevenção na saúde, na Bélgica, caracterizou as avaliações/análises realizadas por agentes da Justiça como prática avaliativa importante a ser considerada pelos avaliadores, tendo em vista seu impacto social, sobretudo complementar a outras práticas avaliativas. Afinal, os atributos legais atribuídos ao Ministério Público, de representar a sociedade na defesa do cumprimento constitucional do direito à saúde na legislação brasileira, têm mostrado efeitos positivos e negativos que vêm influenciando de maneira decisiva a gestão dos serviços e revelando descontinuidades no processo de trabalho, muitas vezes expressas pela ausência de vínculo, acolhimento e responsabilização.

Figura 1 – Dimensão Direito à Saúde e suas subdimensões de análise

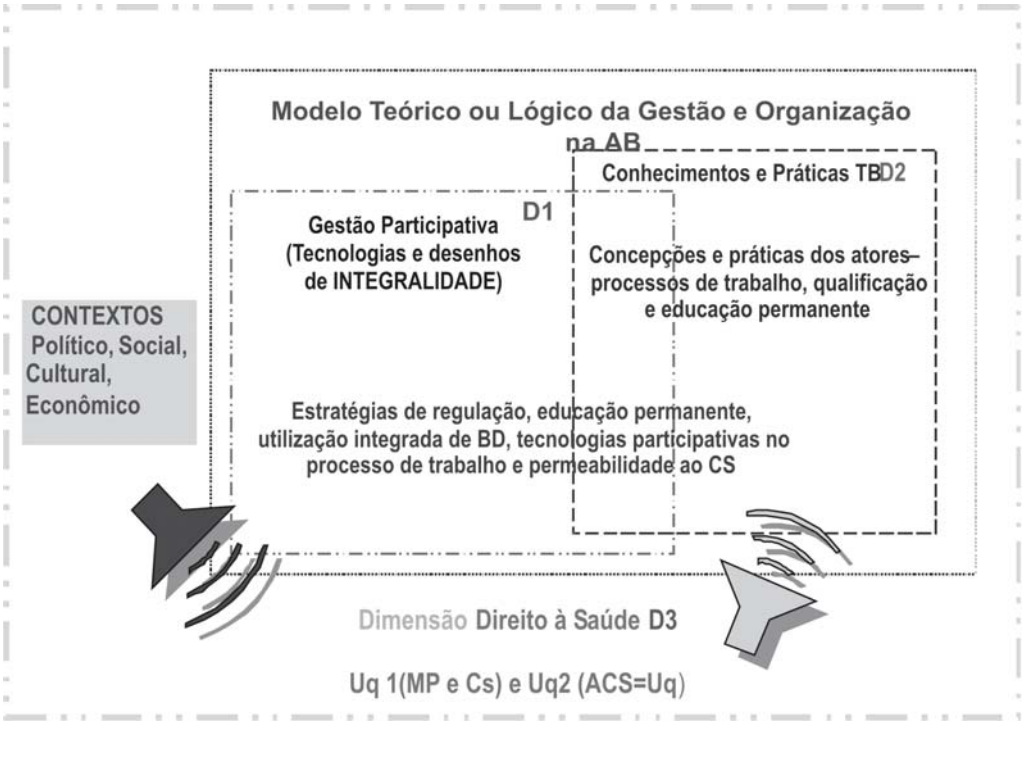


Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2004).

Construímos denominações que pudessem qualificar atores que operam práticas nesta dimensão face aos outros, buscando respeitar as singularidades, de modo a conferir os atributos que os habilitam como atores fundamentais na análise. Entendemos que a denominação de "usuários qualificados"[6] (Uq1=pacientes, conselheiros, Uq2=promotores públicos e ACS), nesta pesquisa, tensiona as linhas de cuidado no interior das organizações de saúde em movimentos sinérgicos, muitas vezes contraditórios, influenciando e avaliando as práticas dos atores na relação entre demanda e oferta nos serviços prestados. Tal dimensão opera no escopo desta pesquisa como a unidade metodológica integradora do conjunto de enunciados produzidos pelos atores em suas práticas cotidianas, possibilitando analisar os sentidos e significados atribuídos pelos atores e suas ações, como subsídios à identificação de práticas avaliativas amistosas à integralidade em saúde.

[6] A idéia de "usuário qualificado" é uma denominação criada para atribuir mais qualidades a sua condição de ator nos processos avaliativos, portanto não existem para nós usuários "desqualificados", e sim portadores de diferenças e especificidades a serem consideradas nos estudos das práticas.

Figura 2 - Matriz multidimensional do modelo teórico das práticas avaliativas de integralidade em saúde



Considerações preliminares: limites e possibilidades das práticas avaliativas amistosas à integralidade

A discussão sobre os limites e possibilidades de se construir estudos sobre práticas avaliativas amistosas à integralidade não se esgota aqui. Estamos buscando uma abertura de possíveis diálogos entre o tema da integralidade e a avaliação acerca de suas afinidades epistemológicas no que tange aos estudos das práticas e dos saberes que as sustentam. Neste capítulo nos concentramos na produção de mediações conceituais teórico-metodológicas, a partir de nossa experiência no âmbito desta pesquisa. A construção da da matriz analítica multidimensional nos permitiu caracterizar as práticas avaliativas desenvolvidas nas redes de serviços de saúde nas localidades estudadas, no sentido de conhecê-las e compreender de que maneira elas são construídas, a que e a quem servem, quem participa, quais os juízos de valor considerados e que influências têm nas mudanças pretendidas nas ações desenvolvidas.

A seleção das estratégias metodológicas, o percurso da pesquisa e o plano de análise utilizado para sua construção estão descritos no capítulo a seguir, e reforçam a escolha da trajetória teórica aqui proposta, cujos resultados compõem cada capítulo desta coletânea em partes específicas, confeccionadas pelos pesquisadores de cada nicho local durante sua execução.

Analisar experiências municipais de organização da Atenção Básica e suas práticas avaliativas nas dimensões gerenciais, do conhecimento e prática dos trabalhadores e da garantia do direito à saúde como um direito de cidadania nos permitiu identificar evidências para a produção de tecnologias avaliativas que ajudem a delinear processos de trabalho mais dialógicos e compreensivos dos contextos e problemáticas locais.

Como nos ensinam Hartz, Matida e Vieira-da-Silva (2008, p. 335), a avaliação é um ponto de chegada, mas sempre de partida. Reiteramos a assertiva dos autores, de que os processos avaliativos requerem colaboração de todos os envolvidos e que deve fazer sentido para todos os implicados. Tampouco divergimos do desafio de se consolidar a cooperação realizada no processo de avaliação construtiva, pois o uso da avaliação não ocorre naturalmente; precisa ser facilitado e facilitar sua utilização. Entretanto, as questões que estamos buscando problematizar dizem respeito aos efetivos usuários da avaliação? Como se dará uma aprendizagem permanente, que não se restrinja aos conteúdos continuamente produzidos somente por saberes disciplinares, que desconsideram o cotidiano dos atores em suas práticas? Como garantir a devolutiva de modo formal aos pesquisados, para que experiências anteriores de avaliação não sejam desperdiçadas?

E nessa perspectiva, a dimensão pedagógico-educativa das práticas avaliativas assume potência epistemológica profícua, pois ao assumir a integralidade como princípio educativo, teríamos o agenciamento de saberes na e para a formação, em diferentes espaços-cotidianos, sejam eles em quaisquer ambientes institucionais de saúde, sustentando uma práxis responsável. Isso nos leva a repensar as implicações de transformar a avaliação como disciplina científica, como meio de resolver problemas que são atribuídos a seu não-uso. Devemos ficar atentos, no sentido de afirmar uma perspectiva crítica do papel das disciplinas no mundo contemporâneo da ciência.

Podemos aprender com Hans Jonas (2006), que em seu trabalho *O princípio da responsabilidade: um ensaio de uma ética para uma civilização tecnológica*, nos alerta: as expectativas de milagres instiladas pelo desejo ou pela necessidade, são freqüentemente alimentadas por uma crença supersticiosa na onipotência da ciência[7]. A esse tipo de crença pertence a confiança de que "a técnica" será capaz de dominar os problemas que ela mesma criou e que basta aperfeiçoá-la para descobrir o remédio contra os males que ela provoca. "Somente a espada que causou a ferida pode curá-la" (JONAS, 2006, p. 206). Acrescenta: "essas questões põem na ordem do dia a idéia de homem: também sobre ela se estende a responsabilidade do homem público, seu conteúdo último e ao mesmo tempo o mais próximo, o núcleo da sua totalidade, o verdadeiro horizonte de seu futuro".

Apostamos que conhecer as práticas de integralidade e buscar nexos constitutivos e constituintes com as práticas avaliativas pode favorecer processos de institucionalização da avaliação mais permeáveis aos valores inerentes ao Estado de direito e, no caso brasileiro, aos princípios infraconstitucionais do SUS. A institucionalização da avaliação no âmbito do SUS deve ser fortalecida na direção de práticas que produzam integralidade no cuidado, da qual não se pode subtrair o protagonismo dos trabalhadores e usuários do SUS, seus conhecimentos e práticas, suas concepções de mundo. Vemos assim a possibilidade de cumprirmos nosso legado de democracia e justiça social, e mais que isso, lutar por uma ética da responsabilidade, a ética da integralidade, a ética do futuro (PINHEIRO, 2008).

[7] Ver os trabalhos de Camargo Junior (2007), que vem desenvolvendo estudo sobre a filosofia da ciência.

Referências

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Publica*, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde. In: RABELO, Míriam C.; ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara M. (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, v. 1, p. 125-138.

ANGUILLAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAREMBLIT, G. *Compêndio de análise institucional*. São Paulo: Rosa do Ventos, 1992.

BELATO, R. et al. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Atenção Básica e Integralidade*: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

BELLATO, R.; ARAUJO. Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS REGIONAIS SUL-AMERICANOS: CONTRASTES SOCIOTERRITORIAIS E PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL, 2, 2006, Cuiabá. *Resumos...* Cuiabá: UFMT, 2006, p. 77.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde de programas de saúde*: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da Oficina HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A filosofia empírica da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Razões públicas para integralidade em saúde:* o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *A reforma da reforma*: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: as perspectivas e entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

CECCIM, R. B. Onde se lê "Recursos Humanos em Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção em Saúde". Desafios para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E. E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 113-126.

CHEN, H. T. *Issues in constructing program theory*. New directions for program evaluation. Jossey-Bassey, Fall, n. 57, p. 7-18, 1990.

CONILL, Eleonor M. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 564-566, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 253-56, 1999.

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

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRISTIE. 1997-Repported influence of evaluation data on descision maker´s actions: an empirical examination. *American Journal of Evaluation*, v. 28, n. 1, p. 8-26, 2007

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEMARTEAU, M. A theoretical framework and grid for analysis of programme-evaluation practices. *Evaluation*, London, v. 8, n. 4, p. 454-473, 2002.

DESLANDES, S. Concepções de pesquisa social: articulações com o campo da avaliação. *Cadernos de Saúde Publica*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan-mar. 1997.

FELISBERTO, E et al. Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da Integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Atenção Básica e Integralidade:* contribuições para práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 52-563, set 2006.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2000.

FURTADO, J. P. *A avaliação como dispositivo*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

GALLO, S. *Conhecimento, transversalidade e currículo*, s/d, mimeo.

GOMES, R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda:* direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

GRAMSCI, A. *Caderno do Cárcere*, v. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da História*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1991.

GUATTARI, Félix. *Revolução molecular:* pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, Félix; NEGRI, Toni. *Les Nouveaux espaces de liberté*. Paris: Dominique Bedou, 1985.

GUBA, E. G.; LINCONLN, Y. S. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. (org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 419:421, 2002.

_____. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessária complementação. *Divulgação em Saúde para debate*. Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, 2000.

HARTZ, Z. M.; SANTOS; MATIDA, A. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde*: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

JONAS, H. *O princípio responsabilidade*: um ensaio sobre a ética de uma civilização tecnológica. Contraponto: PUC-Rio, 2006.

MARTINS, P. H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas hibridas da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidar do cuidado*: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 115-142.

MASCARENHAS, M. T. Avaliando a implementação da Atenção Básica em saúde no Município de Niterói, RJ: estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção da integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2002.

MENEZES, Ebenezer T. de; SANTOS, Thais H. dos. "Transversalidade" (verbete). *Dicionário Interativo da Educação Brasileira* - EducaBrasil. São Paulo: Midiamix, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolitica do trabalho vivo em saúde: In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation*. Bervely Hills: Sage, 1997.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

_____. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidar do cuidado*: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes *versus* modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Desinstitucionalização da saúde mental*: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

_____. *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

_____. *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

_____. *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

_____. *Cuidar do cuidado*: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro. Cepesc, 2008.

_____. *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

_____. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

PINHEIRO; MATTOS; SILVA JUNIOR, A. G. (org.). *Integralidade e Saúde Suplementar*: formação e práticas avaliativas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, H.; FREEMAN, E. *Evaluation:* a systematic approach. Bervely Hills: Sage Publications, 2004.

SANTOS FILHO. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12, n. 4, jul./ago. 2007.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio & Observatório dos Técnicos em Saúde (orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

SCRIVEN, M. *Evaluation thesaurus*. New Delhi: Sage, 1991.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 241-257.

SILVA JUNIOR, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 61-90.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 241-257.

SILVA, Denise G. V. et al. Pessoas com diabetes mellitus: as escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 59, n. 3, p. 297-302, maio/jun., 2006.

SPRINGETT, Jane. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN, I. et al. *Evaluation in health promotion*: principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 83-105.

TANAKA, Oswaldo Y. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 571-572, 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, Ligia M.; HARTZ, Zulmira M. (org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia M.; HARTZ, Zulmira M. (org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Construindo caminhos analíticos e redes solidárias de conhecimento: a escolha das estratégias metodológicas e sua operacionalização

ROSENI PINHEIRO
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

O percurso de construção da matriz analítica da pesquisa consistiu em uma trajetória rica de aprendizados, e seu caminho se fez na produção coletiva do corpo de pesquisadores, cujas escolhas se mantivessem coerentes ao objeto definido.

A escolha das estratégias metodológicas para operacionalização da proposta de pesquisa configura-se concretamente no desdobramento da estratégia anterior, ou seja, aquela que utilizamos na definição do objeto: conhecer as práticas avaliativas em cursos nos sistemas de saúde das localidades, sejam elas formais ou informais, no sentido de construir um mapa dessas configurações, pretendendo compreendê-las e compartilhá-las em suas possibilidades, limites e desafios (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Isso nos exigiu lançar mão de diferentes vertentes teóricas e metodológicas de modo a promover arranjos de coleta de dados e de análises, capazes de lograr o objetivo principal da pesquisa, ou seja, conhecer as práticas avaliativas a partir do estudo das práticas de integralidade na gestão e organização dos serviços de saúde, e nos conhecimentos e práticas dos trabalhadores. Dentre essas vertentes, consideramos a perspectiva construcionista,[1] que nos oferece uma abertura de possibilidades analíticas coerentes com a proposta da pesquisa, na medida em que se assume o cotidiano com o "lugar" central de analisar as práticas.

Com efeito, assumir o cotidiano como campo de práticas e construção da integralidade das ações de saúde (PINHEIRO, 2001) consubstancia nossa assertiva de que o cotidiano oferece também subsídios para o estudo sobre as práticas avaliativas, não somente para descrever seus efeitos e repercussões observadas, mas compreender os modos como são entendidas e construídas. Na pesquisa que realizamos sobre as experiências de práticas de

[1] Na perspectiva construcionista, tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas (desconstrução), segundo Spink (1999, p. 28). Critérios, conceitos que utilizamos para descrever, explicar, escolher entre as opções que se apresentam, são construções humanas, produtos de nossas convenções, práticas e peculiaridades. No cotidiano de nossas vidas, somos de fato produtos de nossas épocas e não escapamos das convenções, das ordens morais e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. A pesquisa construcionista é um convite a imaginar as convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação (SPINK, 1999, p. 32). Impõe como contrapartida nossas posições, uma posição refletida a partir de nossos posicionamentos ético-politicos. "A investigação sócio-construcionista" preocupa-se, sobretudo, com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmo) em que vivem (Gergen, 1985, p. 266 apud SPINK, 1999).

ensino (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006), ao utilizarmos como estratégia metodológica uma proposição observacional que separa a *teorização por hipótese* de *configuração por observações*, podemos criar um "método de análise" que não se realiza por experimentos nem supõe intervenções *a priori*. Tal "método" nos ajuda a compreender que avaliar, como nos ensinam Schraiber et al. (1999), envolveria a consideração de várias ordens de problemas, o que aponta para a necessidade de superar avaliações instrumentais baseadas em normas fixas, sejam elas da clínica, da epidemiologia e, por que não, da economia.

Trata-se de nosso posicionamento frente às ferramentas metodológicas escolhidas, com as quais são requeridos diferentes manejos nos modos como vamos operacionalizá-las no sentido de responder às perguntas que fazemos quando definimos o próprio objeto. Gadamer (1997), quando nos ensina que ao delimitarmos um objeto já operamos uma aplicação, que tem no contexto no qual se insere os elementos de sua importância como problema de estudo. Com essa compreensão, optamos por estratégias metodológicas capazes de possibilitar a redefinição dos caminhos a serem utilizados na pesquisa, de modo a acolher as questões levantadas em seu processo de construção, sejam aquelas concernentes ao conjunto dos pesquisadores e grupos implicados nos processos avaliativos, sejam aquelas decorrentes do próprio objeto de avaliação.

Com isso buscamos coerência e correspondência com as realidades observadas, estabelecendo interrogações, escutas e olhares sobre essas realidades, na medida em que, ao se conhecer as práticas avaliativas e de integralidade, encontramos um solo fértil para produção de subsídios conceituais para sua compreensão. Nesse sentido, as estratégias metodológicas que nos pareceram mais apropriadas para realização da pesquisa foram *a triangulação de métodos* (MINAYO, 2005) e o *estudo multicêntrico* in loco *em múltiplos locais* (adaptado de WORTHEN et al., 2004).

No que concerne à triangulação de métodos, justificamos seu uso pela proposição de Minayo (2005), por meio da qual se tem a possibilidade de estabelecer relações entre achados/evidências obtidas por diferentes fontes, ilustrá-las e torná-las mais compreensíveis, ao mesmo tempo em que pode nos levar a paradoxos que redirecionam os problemas pesquisados. Superando a expectativa original do emprego em separado de métodos qualitativos e quantitativos, temos nessa estratégia uma potente ferramenta que nos auxilia na realização de uma análise reflexiva e crítica quanto aos saberes que sustentam esses métodos.

Já o estudo multicêntrico *in loco* de múltiplos locais foi inspirado na proposição de Worthen et al., (2004, p. 626), de avaliação multicêntrica local de múltiplos locais, que consiste num do tipo de avaliação que é feita em uma localidade, mas em diferentes locais, incluindo avaliadores externos e podendo incluir avaliadores internos, sendo a análise dos dados originais de fontes primárias e/ou secundárias. Como estratégia metodológica de pesquisa, o estudo multicêntrico *in loco* de múltiplos locais potencializou a dimensão formativa das práticas avaliativas, na medida em que incluiu vários grupos implicados. A partir de um bloco comum (protocolo), os instrumentos de coletas de dados puderam ser manejados e adaptados por cada nicho de pesquisa local, de acordo com suas especificidades loco-regionais. Esse bloco comum (anexo 1) foi construído pelo conjunto dos pesquisadores em atividades específicas, denominadas de "oficinas metodológicas integradoras", a fim de definir as categorias operatórias, os atores e os critérios/indicadores a serem considerados em cada local.

No desdobramento metodológico e prático das duas estratégias, na perspectiva da análise das práticas avaliativas e de integralidade, foi possível considerar os saberes que sustentam esses dois campos de práticas e a eles agregar os princípios básicos da sociologia compreensiva, não como superposição e sim como síntese (MINAYO, 2005). A autora nos ensina que esses se abordam de forma complementar e dialética, fazendo dialogar questões objetivas e subjetivas, privilegiando os consensos, conflitos e contradições que são indícios de transformação. Desta forma, em lugar de se apoiar em um marco disciplinar, a presente proposta amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, indicadores e relações entre micro e macro-realidade.

No que tange aos pré-requisitos da triangulação de métodos, de acordo com Minayo (2005, p. 365), podemos afirmar que cumprimos as duas condições consideradas importantes, a saber: a primeira, de ordem prática, que consiste na exigência de uma equipe formada por profissionais de várias áreas que desejam trabalhar cooperativamente. Nesse sentido, podemos contar em nossa equipe com vários pesquisadores de diferentes áreas (dentre as quais destacamos: direito, sociologia, antropologia, medicina, enfermagem, epidemiologia e comunicação), com diferentes qualificações, muitas delas em processos avaliativos. Todos integravam a equipe de estudo, "num esforço dialógico de participar de todas as etapas da investigação, desde a concepção até apresentação de resultados." A segunda condição diz respeito à competência disciplinar que advogamos como sendo a disponibilidade de promover a solidariedade do conhecimento com aqueles "diferentes" do seu campo disciplinar de origem. Nesse processo potencializávamos a transdisciplinaridade, sem desconsiderar as diferenças disciplinares, de modo que os desafios apresentados foram sendo superados pela reflexividade crítica dos próprios pesquisadores acerca de suas posições teóricas e metodológicas, no sentido de elaborar um referencial teórico e metodológico mais adequado a atingir os objetivos propostos pelo projeto.

Com esse arranjo teórico-prático, tornou-se possível chegar ao espaço *molecular* das relações dos atores, que, segundo Gramsci (1991), identifica a dinâmica societária, o modo como as pessoas vivenciam, refletem e interagem no cotidiano das instituições de saúde, cuja porosidade aos valores democráticos, emancipatórios e críticos contribui para a produção de um conhecimento de relevância social.

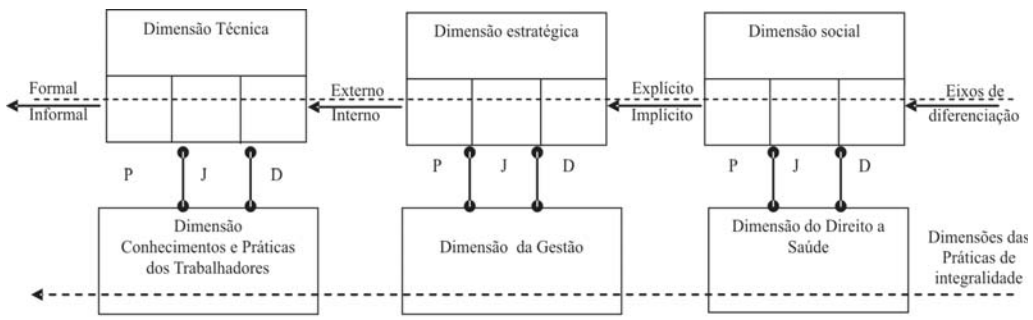
Entendemos que, ao adotarmos em nossa pesquisa a triangulação de métodos, pavimentamos um dos caminhos para novas formas de pesquisas sobre práticas avaliativas, sendo a idéia de pesquisa avaliativa definida por Hartz et al. (1997, p. 37) como a que carrega uma reciprocidade afirmativa de utilização desse método. Isto porque, para esses autores, a pesquisa avaliativa "é um procedimento que consiste em fazer julgamentos *ex-post* da intervenção, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produção, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto, ajudando na tomada de decisões".

Por sua vez, o estudo multicêntrico *in loco* de múltiplos locais se mostrou uma prática metodológica adequada e coerente com a operacionalização desta pesquisa, melhorando a *performance* de seus pesquisadores locais no cumprimento dos objetivos propostos. A realização de um estudo sobre as práticas avaliativas pelos nichos de pesquisa locais, atuando como centros colaboradores nos próprios locais, apresentou-se como uma con-

tribuição acadêmica valiosa para ajudar os serviços/programas a realizarem ao máximo o seu potencial, cumprindo os atributos formativos e somativos exigidos por processos avaliativos. O aprendizado institucional sobre processos avaliativos promovidos pelos intercâmbios configurou uma concreta rede de práticas avaliativas formais e informais, sendo as regiões Norte e Centro-Oeste aquelas que apresentaram, em curto prazo, melhorias em sua *performance*. De acordo com Worthen et al. (2004), esse tipo de estudo permite analisar alguns aspectos valiosos para a realização de pesquisas e processos avaliativos, tais como coletar dados com o instrumento do local, permitindo que possam ser redimensionadas as perguntas em função das especificidades culturais do lugar e classificar critérios específicos de cada local capazes de fornecer uma nota somativa que pode ser usada nas decisões sobre continuidade e financiamento das ações.

Do ponto de vista da operacionalização das dimensões analíticas e categorias operatórias definidas no bloco comum, entre o campo da avaliação e integralidade, apoiamo-nos em Demarteau (2002), que, na tentativa de unificar conceitos e criar uma estrutura teórica abrangente, propõe uma matriz de análises para práticas de avaliação de programas. Define avaliação de programas como um processo de coleta de informações voltado para um juízo de valor que será utilizado num processo decisório que orientará uma ação. Identifica três componentes no processo de avaliação: o processo de coleta de informações; o produto do juízo de valor e o uso final na tomada de decisão. Define três eixos (ou dimensões) de diferenciação: o enunciado social (social); a posição dos atores proponentes (estratégica; externa ou interna) e o caráter formal ou informal dos componentes da avaliação (técnica). A dimensão social é definida pelo caráter explícito ou implícito do enunciado da avaliação e sua forma de socialização. A dimensão estratégica revela o jogo de forças envolvido na avaliação quando sua determinação é feita por atores internos ou externos à intervenção avaliada. Já a dimensão técnica expõe a base metodológica da avaliação em seus componentes formais e informais. Revelam-se quais e como os critérios e juízos de valor foram acordados. Estes três eixos servem para a análise dos componentes da avaliação: processo de informação, juízo de valor e tomada de decisão conforme a figura 1.

Figura 1 – Reciprocidade entre as dimensões definidas por Dermateau sobre práticas avaliativas e as dimensões de análises das práticas de integralidade constituídas pelos componentes da avaliação P=Processo de informação; J= Julgamento de Valor; D= Tomada de decisão



A grade analítica formada pelo cruzamento dos três eixos dimensionais (social, estratégico e técnico) e dos componentes do processo de avaliação (informação, valor de julgamento e tomada de decisão) é perpassada pelas práticas avaliativas identificadas, possibilitando uma diferenciação entre elas quanto a sua proposição explícita ou implícita; quanto à natureza interna ou externa de sua formulação e o grau de sua formalização ou informalização.

Em nosso estudo, correlacionamos as dimensões analíticas propostas com os três eixos dimensionais de Demarteau. No matriciamento com os componentes da avaliação, delineia-se a grade de análise que nos permite observar as práticas identificadas e perceber graus diferentes de institucionalização de processos avaliativos, considerando suas proposições, formulações e formalizações. Essas dimensões ganham reciprocidade com as dimensões que propomos para analisar as práticas de integralidade *vis-à-vis* as dimensões e práticas avaliativas propostas no esquema de Demarteau.

Com essas estratégias e arranjos analíticos, pavimentamos um solo epistemológico para incorporação de outros. Foi utilizada predominantemente a abordagem discursiva, sendo utilizadas diferentes formas de análise de discurso (temáticas). Já a estratégia metodológica adotada para avaliar as concepções dos profissionais de saúde tem no diálogo uma perspectiva contemplada na avaliação por triangulação de métodos, explorada nas tessituras relacionais dos atores em seu cotidiano nos serviços de saúde. Por exemplo, as concepções sobre as práticas profissionais dos ACS foram levantadas em oficinas regionais com os trabalhadores de equipes de saúde da família nos serviços. A expectativa era que o diálogo fosse a tônica dominante do trabalho, seja no coletivo, seja em entrevistas individuais.

As três macrorregiões brasileiras que se distinguiram no âmbito do projeto "Material didático para a formação técnica dos agentes comunitários de saúde: melhoria da qualidade na atenção básica" foram a Região Nordeste, a Amazônia e a Centro-Sul. Esta opção busca contemplar o plano político e socioeconômico das diferentes realidades, inclusive sanitárias, em que os trabalhadores da saúde atuam. Tais diferenças retratam a regionalização de um país de grandes dimensões, que expressam uma divisão territorial do trabalho vinculada à dinâmica da acumulação capitalista internacional e brasileira.

Nesse sentido, no âmbito desta pesquisa, foram desenvolvidas três oficinas de trabalho, nas regiões Sudeste, Norte e Centro Sul, no âmbito dos serviços. Buscamos viabilizar o reconhecimento das condições concretas do trabalho em saúde, possibilitando a interlocução necessária para o conhecimento e a análise das concepções acerca da formação e da função dos ACS, por meio do diálogo com os trabalhadores da equipe de saúde da família, em serviços selecionados nas regiões. Foram sujeitos participantes das oficinas e das entrevistas: médicos, trabalhadores da enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais inseridos nas equipes ampliadas de saúde da família.

A abordagem teórico-metodológica desta análise, acerca do material lingüístico-textual reunido nas oficinas, seguiu os procedimentos já definidos no projeto "Material didático para a formação técnica dos agentes comunitários de saúde: melhoria da qualidade na atenção básica", com algumas alterações e alguns acréscimos, no sentido de adaptar a análise ao objeto ora proposto e de avançar na análise já implementada.

No projeto anterior, para a construção do material didático referido, tomamos Bakhtin (1992) como referencial, com a categoria "dialogismo", cujo conceito se refere à noção de que os sentidos do discurso são gerados em relações de várias dimensões entre os seguintes pólos: sujeito-sujeito, interlocutor-interlocutor, texto-texto, sujeito-história, sujeito-social. Para Bakhtin, o diálogo é constitutivo da própria linguagem: a língua não é ideologicamente neutra, pois a partir do uso e dos traços do discurso que nela se imprimem, instalam-se choques e contradições. Cabe apontar que, em nossa análise, o dialogismo não se traduz apenas por uma *heterogeneidade constitutiva* do discurso – que afirma que o discurso não é somente um espaço passível de ser atravessado por um discurso outro exterior, mas se constitui mesmo através do debate com a alteridade, independentemente de qualquer traço visível de citação, alusão etc. (MAINGUENEAU, 1984, p. 261).

Nossa análise incorpora a noção de *heterogeneidade mostrada* – que corresponde à presença localizável e especificável de um outro discurso, ou seja, de uma outra fonte enunciativa no próprio fio do discurso. A heterogeneidade mostrada pode ser classificada em dois formatos: a não-marcada, como o discurso indireto livre, as alusões, a ironia, e o pastiche; e a marcada, como o discurso direto e indireto, e outras glosas que indicam uma negociação com a alteridade (AUTHIER-REVUZ, 1998 e 2004).

Cabe ainda enfatizar que tanto a heterogeneidade constitutiva quanto a mostrada, em nosso projeto, se constituem no interior de um espaço discursivo social – no caso, o espaço discursivo consiste na relação entre os diferentes discursos sobre a formação e função profissional dos trabalhadores em saúde no interior das equipes de saúde, no campo da atenção básica, com os documentos oficiais sobre a qualificação profissional dos ACS. Na nossa perspectiva, tal relação entre discursos – que, na verdade, é também produto da análise – é crucial para a interpretação dos sentidos que a integralidade assume, hoje, no interior das equipes.

Assim, mais do que compilar sentidos isolados e anistóricos, o presente projeto se propôs a apontar concretamente em que consiste esse espaço – que discursos constituem o "arquivo vivo" sobre a função e formação profissional dos trabalhadores no interior das equipes de saúde da família – como uma forma de avaliar a realidade dos serviços de saúde. Nosso projeto supõe, portanto, em última instância, que não é possível produzir ou avaliar "integralidade" sem se produzir análises que tratem da produção discursiva em ação no interior da realidade do processo de trabalho.

Este "arquivo vivo" – ao mesmo tempo diretriz e produto de nossa metodologia – pressupõe que os sentidos produzidos e reproduzidos no interior do processo de trabalho das equipes profissionais de saúde não se limitam aos grupos que servirão de foco de estudo, mas que tais sentidos são gerados na história, sendo fundamentais para subsidiar avaliações consistentes e abrangentes dos serviços, na perspectiva de sua transformação.

Que sentidos adquirem, portanto, as noções de "trabalho em equipe", "comunicação" e "profissionalização" na articulação entre os discursos, no interior do campo discursivo da formação profissional (formal e em serviço) dos ACSs? Como tais sentidos fornecem subsídios para se discutir a integralidade no interior do processo de trabalho das equipes de saúde da família? Como tais sentidos se relacionam, em última instância, com os documentos oficiais sobre a qualificação profissional dos ACSs, indicando uma necessidade de reavaliação e redirecionamento das políticas de formação?

Cabe reiterar, mais uma vez, que a triangulação por métodos também valoriza a quantificação, mas compreende a quantidade como um indicador e parte da qualidade dos fenômenos, dos processos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade, culturalmente específicas de classes, grupos e segmentos profissionais, gênero, etnia e idade. Nesta pesquisa como um todo, elegemos os indicadores do pacto de atenção básica e seus usos como núcleo de questões analisadoras no que se refere à compreensão dos processos que derivam de sua construção e o reconhecimento dos sujeitos implicados, nas pactuações e negociações sobre seus usos pelo gestor e trabalhadores nos serviços de saúde.

Do ponto de vista de produzir devolutivas da pesquisa, foram executadas atividades em dois planos distintos de atuação, mas complementares na constituição de seus conteúdos e produtos: o primeiro refere-se ao *ensino* e segundo relaciona-se à *pesquisa*. No primeiro plano, destaca-se a oferta de disciplinas e curso de curta duração para os níveis de graduação (iniciação científica), pós-graduação *stricto sensu* (nível de mestrado e doutorado) e *lato sensu* (especialização).

No segundo, no que concerne à *pesquisa*, ressalta-se o cumprimento das ações/etapas relativas ao processo de trabalho da pesquisa (reuniões de pesquisa, trabalho de campo, análise de dados), que geraram produtos subdivididos na seguinte forma de apresentação: produção técnica (apresentação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais do campo da Saúde Coletiva e montagem de banco de dados) e produção científica, tais como publicações, sendo finalizada a elaboração de uma coletânea especificamente criada para apresentar os resultados finais da pesquisa.

Os principais eventos e fatos que impulsionaram a execução da pesquisa nos anos de 2006-2008 serão descritos a seguir.

Operacionalização da pesquisa

A escolha do campo de pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: a) municípios com mais de 100 mil habitantes onde tenham sido identificadas experiências de integralidade em saúde envolvendo equipes de Saúde da Família e a rede de atenção básica pautada na lógica do território (Caxias do Sul; Natal, Rio Branco, Cuiabá e Juiz de Fora); b) existência de atividades de pesquisa e ensino desenvolvidas pelas instituições partícipes nas regiões selecionadas (Centro-Oeste Sudeste, Norte, Nordeste e Sul); c) carência de parcerias interinstitucionais para o desenvolvimento de tecnologias avaliativas de gestão sistêmica no SUS capazes de apropriar as especificidades regionais, considerando o contexto do município proposto e da instituição-alvo.

Para tal, as atividades de pesquisa executadas foram subdivididas nos seguintes procedimentos, cuja execução não foi excludente entre si: procedimento I – Encontros para desenvolvimento teórico e metodológico do projeto de pesquisa (levantamento das referências bibliográficas, discussão e definição de marcos conceituais e metodológicos, elaboração de instrumento de coleta de dados); procedimento II – Trabalho de Campo – realização de entrevistas, coleta de material documental, tratamento do material empírico coletado, definição de planos de análise e avaliação dos resultados da pesquisa e procedimento III – Produção Científica (técnica e bibliográfica) e intercâmbio interinstitucional. Contudo, tivemos alguns imprevistos durante o percurso do projeto de pesquisa, que

culminaram com a redefinição do campo de investigação e cronograma de trabalho, quais sejam: no que diz respeito ao procedimento I – a impossibilidade de permanência dos centros colaboradores de Natal e Caxias do Sul. No primeiro identificamos dificuldades burocráticas e político-institucionais de concretização de parceira para execução, em tempo hábil, da pesquisa. No segundo, o centro colaborador não obteve êxito no cumprimento das tarefas definidas, particularmente na conclusão da etapa de coleta de dados e elaboração dos relatórios parciais.

Com isso, incluímos em nosso universo de análise a localidade de Piraí, no Estado do Rio de Janeiro, por fornecer subsídios à defesa da tese, por parte de agentes governamentais, da impossibilidade de institucionalizar a avaliação em municípios de pequeno porte (menos de 50 mil habitantes). No que tange aos procedimentos de pesquisa destinados ao atendimento do critério de validação dos dados e os instrumentos utilizados, optamos por estabelecer uma parceria com o Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP), Centro Colaborador da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Promovemos conjuntamente a apresentação dos resultados parciais e debate com pesquisadores daquela instituição. Foram oferecidas preciosas contribuições para avançar os trabalhos. O IMIP atuou como centro de *expertises* com experiência na institucionalização da avaliação na atenção básica. Possibilitou-nos cumprir um dos requisitos do protocolo da pesquisa, que diz respeito à validação de pesquisas avaliativas, como da natureza desta pesquisa.

É importante destacar, no que concerne à validação, a coerência de natureza deste procedimento com o posicionamento deste grupo de pesquisa sobre o objeto de estudo, ou seja, não nos basta que a validação confira atributos habilitadores científicos somente, mas sociais. Nesse sentido, a adoção de procedimentos de validação em estudos avaliativos ou não requer uma validade dialógica na sua utilização. Para tanto, realizamos devolutivas junto aos serviços locais, com o objetivo de debater e conferir atributos que reconhecessem nossas reflexões, no sentido de questioná-las, como lições a serem aprendidas. Interessava-nos estabelecer critérios compatíveis com o tipo de pesquisa desenvolvida, sem marginalizar novas epistemologias, tampouco entrar nas "novas guerras de paradigmas" (ANDERSON; HERR, 1999). A estratégia adotada aproxima-se da idéia desses autores, como defende Ludke (2001), que é melhor promover alianças produtivas (por que não, construtivas?) em cujos campos de batalha novos critérios de "validação" possam ser conferidos. Com esses critérios, seríamos capazes de incluir cada qual sua expertise, naquilo que se convencionou chamar, no campo da educação, de validade dialógica.

Utilizada em outras pesquisas que realizamos, esse procedimento nos revelou, como diriam Bourdieu e Wacquant (1999), o momento de questionar as noções ou teses com as quais argumentamos, mas sobre as quais nunca argumentamos. Além disso, a própria triangulação confere um atributo de validação (MINAYO, 2005), aliado à busca rigorosa de coerência, originalidade, consistência e objetivação consideradas como atributos de validade e verificação da pesquisa qualitativa como a nossa, com abordagem construcionista e compreensiva. Parece-nos profícua essa operação metodológica a ser refletida pelos avaliadores acerca das estratégias a serem adotadas para potencializar sua utilização.

Cabe apresentar os motivos da escolha de Piraí: em primeiro lugar, esse município mantém destacada posição socioeconômica no Estado do Rio de Janeiro, devido ao reconhecimento, pelas agências governamentais e não-governamentais, dos feitos no âmbito das políticas públicas e avaliação das mesmas, em particular na área de Saúde Pública, cujo ponto central reside no avançado desenvolvimento social alcançado. Culminou com o recebimento de premiações, dentre as quais se destaca o fato de ser o primeiro município a implementar o projeto de inclusão digital oferecido pela Presidência da República. Com isso, tornou-se possível incluir uma das localidades do estado-sede da IESP executora do projeto o Estado do Rio de Janeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), contribuindo para ampliação da pesquisa em suas diferentes regiões. Em segundo lugar, a inclusão desse município conferiu um contraponto empírico importante no âmbito da pesquisa, pois se tratava de um município de menos de cem mil habitantes, sobre os quais existia, na literatura, a crença na incapacidade de esses municípios desenvolverem processos avaliativos eficazes e auto-sustentáveis. Os resultados da pesquisa, no mínimo, produziram novas evidências que contrariam essa crença.

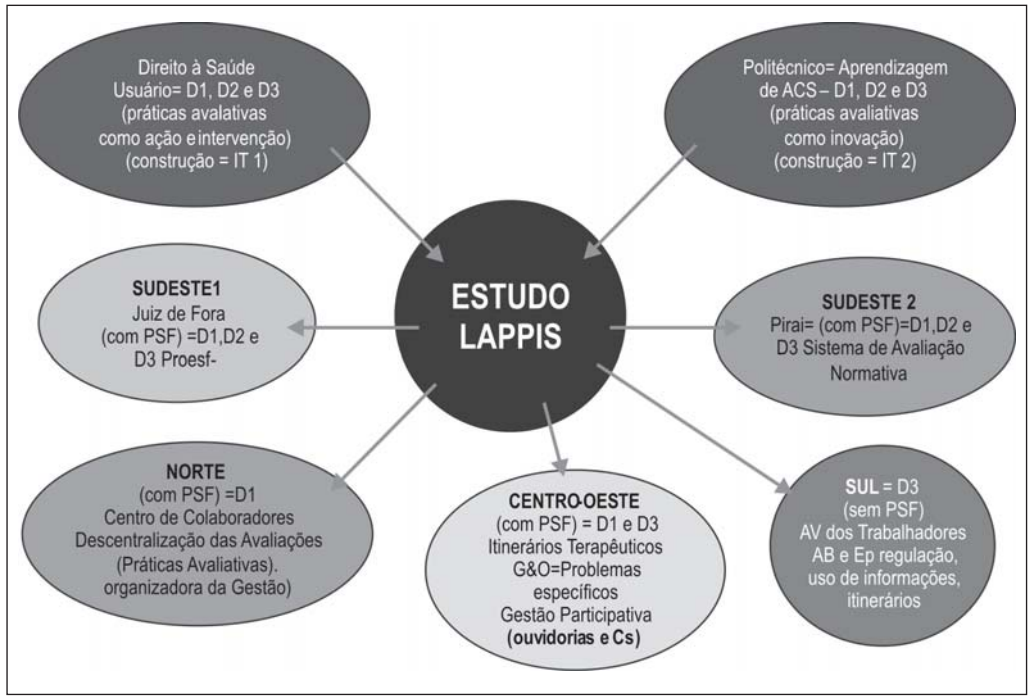
A seguir apresentamos a seqüência de eventos e encontros realizados na operacionalização da pesquisa, com os produtos gerados e apontamentos teórico-metodológicos para sua execução durante no 2006-2008.

Durante 2006

Em abril de 2006, iniciaram-se o planejamento e a organização do projeto de pesquisa, com a realização da 1ª Reunião Técnica Anual do Grupo LAPPIS, cuja pauta se constituiu de dois itens: a) definição de categorias temáticas e dimensões de análise por região; e b) divisão de responsabilidades de cada centro colaborador local integrante, de acordo com sua *expertise* acadêmica. A reunião contou com a participação de pesquisadores e docentes das seguintes instituições: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC) da Universidade Caxias do Sul, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde (NATS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Instituto de Saúde da Comunidade (ISC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Como desdobramentos dessa atividade, foram realizados processos seletivos para auxiliares de pesquisa e apoio técnico para atuarem na sede da pesquisa (IMS-UERJ) e nos centros colaboradores locais (Caxias do Sul e Juiz de Fora).

Considerando as definições previstas, foram realizadas reuniões técnicas para construção da BVS-Integralidade, com vistas à disseminação e divulgação do acervo bibliográfico da pesquisa e de referências sobre temas correlatos, tais como: gestão em saúde, atenção básica, educação permanente e processo de trabalho. Para tanto, foram convidados pesquisadores de outros centros de pesquisa com *expertises* nesses temas, para participar das atividades de formação de recursos humanos que incluíam a participação em bancas de mestrado e qualificação de doutorado, com o objetivo de aprofundar o debate sobre questões concernentes ao objeto da pesquisa. A rede multicêntrica de pesquisa formada e seus objetos podem ser observados na figura 2.

Figura 2 - Relações estabelecidas na teia de responsabilidades das instituições de ensino e pesquisa do Grupo LAPPIS, de acordo com as práticas avaliativas, por região



Atendendo à demanda dos pesquisadores da UFMT, a coordenadora da pesquisa participou de uma oficina de trabalho, realizada nos dias 1º e 2 de junho de 2006, em Cuiabá, cujo objetivo foi socializar, debater e ampliar as atividades do referido projeto junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT – único curso de pós-graduação na área da Saúde Coletiva credenciado pela CAPES na Região Centro-Oeste.

Nos dias 6 e 7 de julho de 2006, realizamos a 1ª Oficina Metodológica na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, com o objetivo de estabelecer ajustes teóricos e conceituais no sentido de compartilhar o núcleo comum de questões que nortearam a construção dos procedimentos metodológicos em cada local, respeitando as especificidades regionais. Nessa oficina contamos com pesquisadores e docentes das seguintes instituições: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC) da Universidade Caxias do Sul, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Nesse encontro contamos com as valiosas contribuições da professora Zulmira Hartz, da Fiocruz/GRIS-Quebec

Posteriormente, nos dias 7 e 8 de agosto de 2006, os pesquisadores se reuniram para a 2ª Oficina Metodológica no campus da Fiocruz, em Petrópolis, no Rio de Janeiro, para definir os critérios/indicadores e os instrumentos de coleta de dados, de modo a constituir um bloco comum de referências (anexo 1). Este foi utilizado por cada centro colaborador local para atingir os objetivos propostos pela pesquisa, a partir das necessidades de adequação dos procedimentos metodológicos às especificidades locais. Além disso, foi construído o guia de trabalho de campo, no sentido de orientar a sistematização da coleta de dados e nortear o treinamento das equipes locais. Nesse momento pactuamos sobre a necessidade de se considerar estudos recentes, amplos como os Estudos de Linha de Base e de Avaliações das Práticas nos Serviços, com um volume expressivo de dados, que poderiam ser perfeitamente incluídos como material empírico da pesquisa, sendo pactuado como fonte secundária da pesquisa. Foi pactuada pelos centros, caso julgassem necessário, a realização de outras coletas de dados complementares à análise. Esta decisão partiu da constatação do freqüente desperdício da experiência oferecida pelas pesquisas anteriores, cujos dados têm sido ignorados nos novos estudos, sob o argumento de que os objetivos são diferentes, o que poderia comprometer a análise. Ora, se defendemos o caráter formativo da avaliação é bastante coerente que aproveitemos esses dados como importante fonte de aprendizado e validação dos procedimentos e resultados alcançados pelos "novos estudos". Nesse sentido, o centro colaborador de Juiz de Fora optou por esse procedimento, sendo que os demais realizaram atividades complementares, considerando estudos anteriores.

Outra questão considerada premente para o desenvolvimento do percurso metodológico da pesquisa foi a identificação do tema da educação permanente como elemento-chave para o aprofundamento teórico-metodológico do referido projeto. Tendo em vista a organicidade das atividades de pesquisa desenvolvidas no âmbito do LAPPIS, buscou-se potencializar essa discussão com a realização do Simpósio Nacional sobre Experiências de Ensino de Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde, nos dias 9 e 10 de agosto de 2006, na UERJ, o que se configurou como espaço profícuo de troca e intercâmbio entre pesquisadores de diferentes instituições de ensino e pesquisa do país. O eixo central do debate consistiu na identificação de desafios e possibilidades na constituição de nexos analíticos entre o ensino da saúde e a oferta de cuidados à população nos diversos espaços de formação de recursos humanos. Participaram dessa atividade cerca de 500 pessoas (docentes, pesquisadores, discentes e gestores), nos quais incluímos a totalidade dos pesquisadores do referido projeto na programação, além de convidados especialistas da área e representantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS). Foram produzidas duas coletâneas, uma mostra fotográfica e um vídeo-documentário[2]. Ao finalizarmos o trabalho, encaminhamos o projeto, os instrumentos e TCLE para apreciação do Comitê de Ética na Pesquisa do IMS-UERJ, que os aprovou no dia 14/12/2006, registrado son o nº 22/2006.

Em agosto de 2006, tiveram início as primeiras ações referentes ao trabalho de campo, sendo uma das etapas previstas na execução do procedimento II, quais sejam: a) seleção de auxiliares de pesquisa, apoio técnico e supervisores responsáveis em cada localidade; b) levantamento e análise documental, entrevistas semi-estruturadas, oficinas regionais com os gestores, profissionais, formadores, usuários e a análise de dados secundários.

[2] Ver: Pinheiro, Ceccim & Mattos (2006a e 2006b); Pinheiro; Santos (2006); Pinheiro et al (2006).

A análise de documentos contemplou diversos projetos, avaliações e diagnóstico dos gestores, no sentido de buscar evidências do exercício das funções de gestão relacionadas às práticas avaliativas de integralidade (coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria). Também foram analisados os documentos legais (portarias, leis, decretos, atas dos conselhos de saúde etc.), na busca de evidências sobre a institucionalização de tecnologias de gestão para organização do sistema local de saúde. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com informantes-chave assim classificados: gestores, formadores, trabalhadores da atenção básica e conselheiros de saúde. Já as oficinas, com a técnica de grupo focal, foram realizadas nas macrorregionais de Cuiabá (MS), Rio Branco (AC) e Piraí (RJ). De 24 a 26 de setembro de 2006, realizou-se a 3ª Oficina Metodológica na cidade de Porto Alegre (RS), com o objetivo de prestar esclarecimentos e orientações sobre o treinamento de campo. Concomitantemente, nos demais centros colaboradores locais (Rio Branco e Cuiabá), realizaram-se a seleção dos auxiliares de pesquisa, treinamentos dos entrevistadores e agendamento de grupos focais.

No total foram realizadas 129 entrevistas, que contemplaram gestores, profissionais, usuários, conselheiros e promotores públicos. Setenta e quatro documentos foram analisados e três grupos focais realizados. Cadernos de campo foram amplamente utilizados pelos pesquisadores em suas análises, assim como lançamos mãos das "fontes secundárias de estudos anteriores". No que tange aos itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais, contamos com a colaboração valiosa dos pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da UFMT e da Escola Politécnica Joaquim Venâncio para a realização das oficinas macrorregionais.

Com relação à construção dos itinerários terapêuticos e delimitação das trajetórias assistenciais, estabelecemos critérios de escolha dos usuários, inicialmente nos baseando nos eventos-sentinela por grupos de população propostos pelo Ministério da Saúde (2004). Entretanto, em alguns serviços os eventos não se aplicavam, pois esse problema já tinha sido solucionado, como o caso de crianças menores de cinco anos: hospitalização por desidratação, pneumonia e meningite tuberculosa. Nesse sentido, incluímos saúde mental, diabetes e hipertensão (Rio Branco, Piraí e Cuiabá). Embora não faça parte dos eventos-sentinela propostos por esse documento, identificamos a área de saúde mental como basilar para discussão dos itinerários.

Durante 2007

Considerando a transversalidade dos procedimentos I e II, iniciamos algumas atividades do procedimento III da pesquisa, com a organização do VI Seminário Nacional do Projeto Integralidade, sobre o tema "Gestão em redes: racionalidades e novas práticas de avaliação, formação e participação em saúde", realizado nos dias 4 a 6 de outubro de 2006, que constituiu um espaço profícuo para aprofundar as discussões realizadas na pesquisa, principalmente na definição do plano de análise, cujos assuntos já vinham sendo debatidos nas reuniões técnicas e oficinas metodológicas realizadas pelos pesquisadores dos centros colaboradores locais do projeto. Na programação contamos com a valiosa contribuição do representante da Organização Panamericana da Saúde, além dos apoios do CNPq (na pesquisa realizada), da Agência Nacional de Saúde Suplementar, do IMS/UERJ e da FAPERJ.

O seminário forneceu subsídios importantes para o tratamento do material empírico a ser realizado por cada centro colaborador local. Um dos produtos gerados foi uma coletânea de textos, que contou com a participação de especialistas convidados e dos próprios pesquisadores do projeto. Aproveitamos a oportunidade para realizar dar continuidade à 3ª Oficina Metodológica, prosseguindo na coleta de dados nas localidades iniciada em setembro de 2006, sendo previsto seu término em fevereiro de 2007.

Nos dias 14 a 16 de março de 2007, realizou-se no Rio de Janeiro, a 3ª Reunião Técnica, com um duplo objetivo: a) realizar um balanço sobre o trabalho de campo executado pelos centros colaboradores locais; e b) definir o Conselho Consultivo da BVS-Integralidade, além de discutir o cumprimento dos critérios de sua certificação, com apoio do ICICT-Fiocruz e OPAS/OMS, ambos parceiros do grupo de pesquisa do CNPq LAPPIS. Nessa reunião foram demandadas ações de apoio e intercâmbio entre os centros colaboradores locais, com especial atenção para as localidades de Rio Branco e Cuiabá, que requeriam uma força-tarefa no cumprimento da fase de trabalho, tendo nos pesquisadores da UFAC, Escola Politécnica Joaquim Venâncio e Escola de Enfermagem da UFMT uma auspiciosa integração. Com isso, foi necessário prover apoio ao deslocamento dos mesmos para a otimização das atividades e produtos a serem gerados.

Outro desdobramento da reunião foi a definição do tema "Trabalho em equipe", como categoria central de discussão, a ser aprofundada em debate específico, a fim de subsidiar a construção do plano de análise final. Por fim, definiu-se que cada centro colaborar local deveria elaborar, a partir de um roteiro pactuado, um relatório de pesquisa cujo conteúdo deveria constar dos seguintes itens: identificação, introdução, notas metodológicas e os resultados da pesquisa (por dimensão de análise), a ser encaminhado para a coordenação do projeto no prazo de 60 dias, a fim de facilitar a sistematização do relatório final.

Nos dias 3 e 4 de maio de 2007, foi realizada a 4ª Reunião Técnica na Universidade Federal do Espírito Santo, entre a coordenação do projeto e os especialistas do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional dessa universidade, no sentido de organizar um evento de sistematização e debate sobre as principais questões concernentes ao tema proposto: "Trabalho em equipe".

Na esteira dos encaminhamentos e desdobramentos finais da pesquisa, de 2 a 4 de julho de 2007 realizou-se a 4ª Oficina Metodológica em Cuiabá, com o objetivo de discutir e debater os resultados finais obtidos na análise dos dados realizados pelos centros locais, produzindo a sistematização e divulgação dos resultados e objetivos alcançados. Também foram definidas as estratégias para realização de devolutivas conjuntas envolvendo gestores locais, profissionais de saúde e conselheiros. A partir de um sumário preliminar, discutiu-se a principal publicação (coletânea)[3] que apresentaria não somente os resultados finais, mas os pressupostos da pesquisa, a metodologia avaliativa desenvolvida, contando com a participação dos pesquisadores locais responsáveis, assim como especialistas convidados.

Tendo em vista a produção de resultados parciais (teóricos e conceituais), o grupo da pesquisa optou pela divulgação sistemática dos mesmos, mediante a apresentação de trabalhos em eventos importantes da Saúde Coletiva, para o qual envolveu diferentes

[3] Nesse momento nos organizamos para elaborar a presente coletânea.

pesquisadores (discentes e docentes) do referido projeto. Tais trabalhos foram apresentados no principal evento do campo, qual seja: IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde- Eqüidade, Ética e Direito à Saúde: desafios à Saúde Coletiva na Mundialização; XIV Congresso da Associação Brasileira de Políticas de Saúde (IAHP) e X Congresso Latino-Americano de Medicina Social, promovido pela Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES), realizado nos dias 13 a 18 de julho de 2007, em Salvador, cujas repercussões enfatizaram os seguintes temas: educação permanente em saúde, processos de trabalho em saúde, práticas avaliativas na Saúde Coletiva (incluindo a relação entre público e privado).

Nos dias 9 e 10 de agosto de 2007, reunimos pesquisadores dos centros colaboradores locais da pesquisa no Seminário "Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas", realizado em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo, com apoio de UFES, FAPERJ, CNPq e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Nesse evento buscou-se aprofundar a diversidade de contribuições teórico-metodológicas que se apresentava na constituição dos temas a serem debatidos na pesquisa em questão, assim como as experiências concretas que ofereceram o campo fértil para as construções analíticas. Dados das pesquisas foram discutidos, e a partir deles foram elaborados textos que resultaram em uma publicação específica.[4]

Buscando cotejar os resultados da pesquisa com outros temas de investigação desenvolvidos no LAPPIS, foram promovidos dois eventos: a) *Simpósio sobre Integralidade e Saúde Suplementar: Formação e Práticas Avaliativas*, realizado nos dias dia 5 e 6 de setembro de 2007, no Rio de Janeiro, o qual contou como apoio da ANS e da OPAS; e b) o *Simpósio sobre Necessidades e Demandas em Saúde Mental: uma proposta de práticas avaliativas para a desinstitucionalização*, organizado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói (RJ) no dia 20 de setembro de 2007. Ambos os eventos contaram com a produção de publicações específicas[5]. Um dado importante sobre o percurso promissor da pesquisa foi a certificação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Integralidade) pela BIREME (OPAS-OMS), mediante comunicação oficial desse órgão à coordenação do projeto, em outubro de 2007[6]. A importância dessa certificação evidencia o amadurecimento do grupo de pesquisa na direção de uma sistematização adequada e otimizadora da produção do conhecimento técnico-científico sobre integralidade em saúde, servindo como importante espaço de disseminação e divulgação do acervo bibliográfico da pesquisa e de temas correlatos, tais como gestão em saúde, atenção básica, educação permanente e processo de trabalho, a ser acessado em todo território nacional e América Latina.

Ainda no que concerne à divulgação e disseminação da discussão sobre as práticas avaliativas, destaca-se a realização do "VII Seminário Nacional do Projeto Integralidade. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor", nos dias 29 a 30 de novembro de 2007, na UERJ. Contamos com a participação de pesquisadores dos centros colaboradores locais desta pesquisa, assim como profissionais, gestores, pesquisadores, docentes, representantes da sociedade civil organizada, estudantes de graduação

[4] Ver Pinheiro, Barros e Mattos (2007).
[5] Ver Pinheiro, Silva Junior & Mattos (2007); Pinheiro et al. (2007).
[6] Ver http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/php/index.php

e pós-graduação. A participação desses pesquisadores e especialistas sobre o tema das práticas avaliativas propiciou um diálogo entre concepções filosóficas, políticas, jurídicas, sociais e culturais, contribuindo para a proposição de alternativas teóricas e metodológicas levantadas no âmbito da pesquisa, intensificando o debate acerca da interface entre saúde, educação e cidadania na saúde. Além disso, a discussão subsidiou a elaboração de textos que resultaram em mais uma coletânea especifica[7].

Nos dias 29 e 31 de janeiro de 2008, no Rio de Janeiro, foi realizada a Oficina Técnica sobre Práticas Avaliativas e Integralidade na Atenção Básica em Saúde, com o objetivo de compartilhar lições aprendidas e desdobramentos da pesquisa. Para tanto participaram os seguintes pesquisadores: Juliana Lofego (Universidade Federal de Rio Branco - UFAC / Secretaria de Estado de Saúde – AC), Roseney Bellato (Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT), Fátima Tavares e Estela Saraiva Campos (Ciência da Religião / Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde - NATES / Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF) e Aluisio Gomes da Silva Junior (Universidade Federal Fluminense – UFF). Contamos ainda com as valiosas participações dos seguintes convidados: Dra. Iracema Benevides (coordenadora de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica); profa. Zulmira Hartz (pesquisadora titular da Fiocruz), Bernadete Cruz (pesquisadora do Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP), Tatiana Gerhardt (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS), Paulo Henrique Martins (coordenador do NUCEM e professor titular da UFPE), dentre outros. Participaram também os pesquisadores Deise Riquinho e Daniel Santos (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na perspectiva de se constituírem como colaboradores em uma próxima etapa da pesquisa).

Como podemos perceber, o caminho percorrido foi longo e cheio de reentrâncias, o que possibilitou um intenso diálogo entre os grupos envolvidos e uma produção rica de possibilidades em desdobramentos.

Referências

ANDERSON, G. L.; HERR, K. The new paradigm war: Is there room for rigorous practitioner knowledege in schools and universities? *Educacional Researcher*, v. 28, n. 5, 1999.

AUTHIER-REVUZ J. Énonciation, méta-énonciation. Hétérogénéités énonciatives et problématiques du sujet . In: VION, R. (éd.). *Les sujets et leurs discours. Énonciation et interaction*. Aix-en-Provence : Presses de l'Université de Provence, 1998. p. 63-79.

_____. *Entre a transparência e a opacidade*. Porto Alegre: EdPUC-RS, 2004.

BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. La nouvelle vulgate. *Le Monde Diplomatique*, p. 6- Juin 1999.

CORRÊA, R. L. *Trajetórias geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

DEMARTEAU, M. A theoretical framework and grid for analysis of programme-evaluation practices. *Evaluation*, London, v. 8, n. 4, p. 454-473, 2002.

GADAMER, H. G. *Verdade e método*: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da História*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1991.

[7] Ver Pinheiro & Mattos (2008).

HARTZ, Z. M. A. et al. Avaliação do programa materno infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (org.) *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 89-125.

LUDKE, M. O professor seu saber e sua pesquisa. *Educação & sociedade*, ano XXII, n. 74, abril 2001.

MAINGUENEAU, D. *Gênese dos discursos*. Curitiba: Criar Edições: 2005.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

PINHEIRO, R. et al. (orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental*: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

_____. *Vozes da Integralidade. Documentário EnsinaSUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). *Ensinar Saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro, Cepesc, 2006.

_____. *Ensino-Trabalho-Cidadania*: novas marcas para ensina integralidade em saúde.. Rio de Janeiro, Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidar do cuidado:* responsabilidade com a integralidade das ações. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

PINHEIRO, R.; SANTOS, T. *Olhares da Integralidade:* exposição fotográfica. Rio de Janeiro: ICIT/Fiocruz, 2006.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Integralidade e saúde suplementar:* Formação e práticas avaliativas. Rio de Janeiro: Cepesc,2007.

SCHRAIBER, L. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, p. 221-242, 1999.

SPINK, M. J. (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos:* aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo Cortez, 1999.

WORTHEN *et al. Avaliação de programas*: concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004.

Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde

ERONILDO FELISBERTO
CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES
LUCIANA CAROLINE DE ALBUQUERQUE
ISABELLA SAMICO
LUCIANA SANTOS DUBEUX
EDUARDO FREESE

Quando conhecer se alicerçar no cuidado e for nele incluído, o ato de conhecimento será indissolúvel do comprometimento ético, e o sujeito do conhecimento religado ao sujeito de ações.
(FOUCAULT, 1984, p. 69).

Introdução

Frente a uma realidade em que os avanços da ciência e da tecnologia são cada vez mais fortes, e diante do reconhecimento de que a condição humana vem passando por evidentes transformações, é essencial ampliar a reflexão sobre as mudanças sociais e políticas. Da mesma forma, imperativo se faz promover e estimular o desenvolvimento de um pensamento crítico em relação às necessidades de saúde e à capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro, concorrendo para aumentar a eficiência, a efetividade e a qualidade do cuidado à saúde das pessoas (ARRUDA, 2007).

Nesse contexto, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na renovação dos paradigmas da formação de seus profissionais. Seja daqueles que ainda estão sob a égide do aparelho formador, ou diante da necessária atualização e capacitação permanente dos que já integram o sistema de saúde brasileiro. Em ambos os casos, a formação do profissional de saúde deve valorizar a doutrina e a prática de um ensino-aprendizagem que incorpore valores humanísticos e éticos, afastando-se "de um enfoque teórico-metodológico pautado pela submissão aos valores e às demandas do mercado", como destaca Arruda (2007, p. 9) ou, no sentido de Morin (2006, p. 11), "tendo em mente um ensino educativo [...] a missão desse ensino é transmitir não o mero saber, mas uma cultura que permita compreender nossa condição e nos ajude a viver, e que favoreça, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre".

Muito das discussões no campo da saúde tem sido iluminado pela lógica do pensamento complexo de Morin (1993), uma vez que nesse campo os fenômenos apresentam múltiplas dimensões. Dimensões estas que se devem a necessidades enquanto criação de vínculos entre usuários e equipe profissional – vínculo entendido como o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, encontro de subjetividades e não apenas adstrição

a um serviço. Há também necessidade de acesso e de consumir tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida, não só estabelecida pelos técnicos, mas também pelas pessoas, com suas necessidades reais, representadas ainda por graus crescentes de autonomia (MORIN, 1993; ALBUQUERQUE et al., 2007).

O desafio que se estabelece, além da "necessidade de promover o estreitamento de vínculos entre ciências biológicas e ciências sociais" (ARRUDA, 2007, p. 9), é o da conscientização de que o processo de formação é uma maneira de fomentar mudanças, cultivando princípios transdisciplinares (PINHEIRO; MATTOS, 2006), "os quais apontam que há diferentes níveis de realidade e que para cada um corresponde variados ângulos de percepção" (ARRUDA, 2007, p. 10), alertando-se para o que recomenda Thiollent (1998, p. 95): "é essencial a passagem do conhecer ao agir, conhecer para agir e agir para transformar".

Diante da necessidade de repensar a formação profissional no contexto do SUS, fazemos aqui um paralelo desse pensamento com o também complexo princípio do sistema de saúde brasileiro – o da **integralidade**.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define integralidade "como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990). Na perspectiva da população, a ação integral tem sido freqüentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004; PINHEIRO, 2006). Entretanto, é preciso pensar a integralidade enquanto um termo plural, ético e democrático, agregador de um conjunto de práticas que representem valores a serem exercitados no dia-a-dia. Isso significa considerá-la como eixo prioritário das políticas de saúde, cujas dimensões de análise possam abarcar os componentes da gestão e reorganização do serviço, o processo de trabalho e a formulação participativa das políticas governamentais.

> A integralidade como eixo prioritário de políticas de saúde pode ser analisada em três dimensões: da **organização dos serviços de saúde**, do **conhecimento e práticas dos trabalhadores** nos serviços de saúde e da **formulação de políticas governamentais** com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado (PINHEIRO et al., 2004; 2007).

Considerando essa multiplicidade de sentidos, faz-se necessário citar Mattos (2004, p. 1): "o exercício dos valores da Integralidade é uma ação transformadora dos atores que a vivenciam". O autor exemplifica:

> Quando um aluno, ao visitar a enfermaria de um hospital, compreende que o café da manhã do paciente é relevante, ele amplia a leitura da necessidade e isso o transforma como profissional em formação. Por isso, cada vez que nos esforçamos pela Integralidade no interior da sala de aula, no contato com o usuário, nos serviços de saúde, na visita domiciliar, em cada um desses espaços, estamos interagindo e formando novos atores sociais. A Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. (MATTOS, 2004, p. 1).

Destacamos que a institucionalização desse princípio requer o desenvolvimento de ações estratégicas grandiosas. Organizar demandas das diversas áreas sem esquecer o objetivo principal, que é debater e democratizar o conhecimento construído no cotidiano

das práticas dos envolvidos no cuidado à saúde, na pesquisa e no ensino, é buscar, encontrar e/ou aprimorar ferramentas metodológicas e conceituais capazes de favorecer a compreensão da integralidade em saúde.

Com vistas a apontar para a direção dessas ferramentas, assumimos aqui o risco e o desafio de construir uma *passagem* das reflexões acima, com nosso entendimento a respeito das características de uma prática ainda incipiente no sistema de saúde brasileiro, mas que vem ocorrendo, crescendo em importância nas ações individuais e coletivas e na definição de políticas, permeando os programas e fortalecendo profissionais e gestores em seus atos e decisões – a **prática avaliativa**.

A construção da capacidade avaliativa

Entendendo que a prática avaliativa deve ser exercida com o rigor necessário desde sua elaboração, até a aplicação de critérios explícitos de análise, com um exercício metodológico cuidadoso, passando necessariamente por um processo de negociação e participação com vistas a conhecer ou medir um determinado objeto ou, ainda, julgar o seu mérito, pode-se estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações (BRANDÃO et al., 2003).

A disseminação de uma cultura avaliativa, que torne essa prática incorporada às rotinas nas três instâncias gestoras do SUS, deve buscar qualificar as ações dos tomadores de decisão (profissionais de saúde, planejadores, gestores e representantes de organizações da sociedade civil), produzindo como efeitos mudanças nesses processos. Essa promoção da cultura avaliativa contribui para que as práticas desses atores se baseiem em evidências (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2004; 2006). Nesse sentido, faz-se necessário compartilhar as expectativas de Trochim (2002), quando apresenta seu pensamento sobre como vê a cultura avaliativa para o século XXI, procurando antever o que seria uma cultura de avaliação e qual seria seu valor.

Para esse autor, o desenvolvimento dessa cultura deverá ser motivado por importantes princípios a serem seguidos nas organizações de saúde que pretendem implementar esta prática. Primordialmente, os processos e resultados dos estudos avaliativos devem orientar **a ação.** Para atingir este objetivo, a prática avaliativa deverá ser **diversa, inclusiva, participativa, responsiva** e **fundamentalmente não-hierárquica**, enfatizando a responsabilidade e credibilidade científica, além das habilidades técnicas, de negociação e de construção de consensos entre os envolvidos no objeto de estudo. Deverá ser **interdisciplinar**, contribuindo para uma visão mais ampla dos fenômenos estudados; bem como ser **humilde** e **autocrítica**, prevendo o reconhecimento das limitações e do aprendizado permanente, e tendo um **olhar à frente**, na perspectiva da construção de avaliações simples, de baixo custo, com a consciência dos tempos possíveis e necessários, sem esperar as condições ideais para sua realização. Procurará, ainda, fazer com que os avaliadores desenvolvam competências profissionais orientadas **para o ensino** de aspectos teórico-metodológicos e **para o desenvolvimento de atitudes éticas e democráticas,** enfatizando processos justos, abertos, afastando as visões de uso exclusivo de dados, proporcionando acesso a todos os grupos interessados, permitindo análises secundárias independentes mais extensivas e oportunidades para replicação ou refutação dos resultados originais (TROCHIM, 2002).

Encontramos ressonância, em nossa tentativa de construção da passagem referida, com as reflexões de Mattos (2007), quando este repensa a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. Em seu texto, o autor discorre sobre a relação entre alguns princípios e diretrizes do SUS e as formas como eles são apropriados pela gestão. Reafirma sua compreensão de que a integralidade apresenta três dimensões entendidas enquanto sentidos ou atributos: (i) no âmbito das políticas; (ii) no âmbito da organização das práticas nos serviços; e (iii) no âmbito das próprias práticas. Ressalta a importância do envolvimento, da troca, do colocar-se no lugar do outro, quando aborda a relação usuário-profissional de saúde. E enfatiza a necessidade de se construir arranjos institucionais e práticas nos serviços focados no usuário (MATTOS, 2001; 2007). Compreendemos sua visão consoante ao alerta de Gehringer (2007, p. 138), ao referir que é indispensável "transformar o ambiente de trabalho em uma experiência coletiva de satisfação".

Não obstante os avanços político-administrativos advindos do aprimoramento permanente do SUS, é importante reconhecer as dificuldades para adequação do modelo assistencial preconizado e a construção desses arranjos, principalmente considerando-se os vários sentidos da integralidade. Entretanto, nesse contexto devemos considerar o decisivo avanço com a implantação da saúde da família como a estratégia de atenção primária em que o direcionamento da política de saúde brasileira poderia promover prioritariamente a superação dessas dificuldades (FELISBERTO et al., 2006; MENDONÇA, 2006).

Nesse âmbito, reconhecemos a ocorrência positiva dos princípios organizativos de territorialidade com adstrição de clientela, cuidado integral e integralidade das ações, trabalho em equipe, estímulo à participação social e integração a um sistema regionalizado e hierarquizado, e concordamos com a hipótese de Conill (2002), para quem o conjunto desses princípios se articularia em torno de dois pólos principais, um mais tecnocrático (medidas inovadoras e de racionalização das práticas) e outro mais participativo (democratização e controle social). É necessário investigar possíveis direções ou tendências a partir dele –, advogamos a pertinência do desenvolvimento de uma capacidade avaliativa que permita promover efeito positivo na integralidade a partir do conhecimento proporcionado pelos diversos olhares possíveis sobre essa realidade FIGUEIRÓ et al., 2004; FELISBERTO et al., 2006). Assim, consideramos essencial a capacitação e a preparação profissional para a elaboração de perguntas avaliativas do tipo:

- Quais as condições de funcionamento dos serviços de saúde (estrutura e processos) para assistência aos usuários?
- Os usuários estão sendo assistidos nos serviços de saúde segundo os padrões de qualidade técnico-científica esperados?
- Como se dá a acessibilidade dos usuários aos serviços?
- Qual a percepção dos usuários sobre o cuidado à saúde oferecido pelos serviços de saúde?
- Qual a percepção dos profissionais sobre as condições para prestação do cuidado oferecido ou proposto?
- O modelo de gestão do(s) programa(s) está adequado para o enfrentamento do problema?

O encaminhamento dessa questão dependerá da capacidade de gestão do sistema, em torno do qual articulamos esse tipo de proposta qualificadora das práticas em saúde e os conseqüentes efeitos positivos na integralidade, na medida em que prevê a busca de métodos de investigação que permitem a transformação da realidade dos serviços e sua adaptação às melhorias necessárias.

Segundo Denis e Champagne, "os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de atualização de suas estratégias fundamentais" (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 67). E, embora consideremos necessária a compreensão dos significados técnicos, políticos, econômicos e ideológicos, quando se investigam as práticas em saúde e sua capacidade em modificar a situação de saúde da população (FELISBERTO, 2002), ressaltamos aqui a afirmação de Silva e Formigli:

> À semelhança de outras práticas sociais, as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 80).

Essa responsabilidade dos profissionais da área da saúde se estende, ainda, à compreensão de sua importância junto ao processo de organização comunitária, fundamental à obtenção de conquistas sociais e, igualmente, como fontes de informação sobre o estado sanitário da população, como integrante obrigatório do sistema de capacitação e formação de recursos humanos para a saúde e como alimentador sistemático de fontes de pesquisa. Os programas de saúde consubstanciam a perspectiva epidemiológica resultante do trabalho individual, que, tratado no coletivo, está subordinado e integra, como processo de trabalho, a atividade programática (FELISBERTO, 2002).

Em geral, os profissionais de saúde querem saber se suas intervenções atenderam às necessidades do estado de saúde de seus pacientes; os gestores, sobre a relação custo-benefício de uma nova intervenção; o governo, se suas intervenções estão contribuindo para a promoção da saúde, para equidade, integralidade, solidariedade, participação social. Há, portanto, sentidos diferentes a muitos conceitos. Neste caso, todas as questões dizem respeito à eficiência na tradução de cada um desses atores. A pertinência diz respeito a quanto o gestor está convicto de que a melhora do desempenho do sistema passa por uma melhora do processo de decisão através da avaliação. Além disso, vários atores da equipe gestora devem estar aliados em torno desta convicção do ponto de vista coletivo (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Podemos, assim, analisar essa questão por diferentes prismas, na perspectiva da experiência de avaliadores e nas conseqüentes elaborações teóricas que podem nos dar suporte.

O uso da avaliação como aprendizado

Silva e Brandão (2003), ao refletirem sobre a avaliação de programas sociais, apontam para a necessidade de um esforço em aproximar as pessoas da avaliação no sentido de torná-las mais próximas deste objeto, procurando entender o papel da avaliação no processo de desenvolvimento de uma organização enquanto um processo de aprendizagem que pode apoiar pessoas, organizações e grupos sociais a fazer escolhas mais consistentes em relação aos rumos de suas iniciativas. Os autores lembram que a avaliação oferece a possibilidade de criação de espaços de reflexão sobre a prática, "podendo

desconstruir idéias vigentes ou construir sensos comuns em relação a conceitos e discursos" (SILVA; BRANDÃO, 2003, p. 59). Os autores enfatizam: (i) a necessidade de uma busca constante, por atribuir sentido aos processos avaliativos; (ii) os esforços em desenvolver formas metodológicas adequadas para a investigação; (iii) a preocupação em conduzir esses processos pautados em princípios éticos; e (iv) a necessidade de construir capacidade avaliativa.

Este último destaque dos autores é tratado a partir de um olhar mais sistêmico, por meio de cinco componentes:

> (a) a busca por identidade - entendimentos entre os interessados na avaliação, em torno de um padrão conceitual comum para a avaliação nas organizações; (b) o enfrentamento do desafio de transferência de poder - conquista de autonomia frente a outras organizações parceiras e, sobretudo, frente aos financiadores; (c) a busca por motivação - os esforços de desenvolvimento de capacidade avaliativa devem acessar o desejo de aprender existente nas pessoas e nas organizações; (d) desenvolvimento de competências em avaliação - preparo das pessoas para a facilitação e a gestão de processos de avaliação e para a investigação; e (e) alocação de recursos - necessidade de a organização estabelecer rubricas para a avaliação em seus projetos e programas, em um esforço de captação de recursos que apóie seu processo de aprendizagem e seu desenvolvimento. (SILVA; BRANDÃO, 2003, p. 60).

Ao longo do tempo, a utilização de resultados das avaliações tem sido uma questão inquietante (WEISS, 1990 apud KNAAP, 2004), e se apresenta como um objetivo a ser perseguido por todos avaliadores (HENRY; MARK, 2003; PATTON, 2004). Weiss (1990) aparece como a primeira autora a destacar esta discussão, e Patton (2004), a mergulhar nas categorias que determinaram o uso de forma mais sistemática. Para este último, facilitar o uso da avaliação é parte central do trabalho do avaliador. A preocupação com esta utilidade deve aparecer já no desenho inicial de uma política ou programa e persistir ao longo de toda a avaliação. Por isso, ao se avaliar uma política ou programa, deve-se levar em conta a mensuração deste uso como um dos principais efeitos. Ele considera que o uso deve ser a força propulsora de um processo avaliativo a partir de algumas premissas – que dizem respeito à identificação dos interessados na avaliação, ao sentimento de pertencimento que estes devem ter em relação ao processo de avaliação e à compreensão de que a avaliação não dará conta de responder a todas suas questões e necessidades (PATTON, 2004).

Considerando que o uso da avaliação não ocorre naturalmente, Patton (1997) sugere, ainda, alguns passos para o processo de avaliação construtiva:

> (i) examinar virtuais usos e usuários, além daqueles originalmente visados, ajudando os utilizadores primários a serem abertos e reflexivos sobre a avaliação; (ii) favorecer ativamente, entre os usuários, o senso de propriedade sobre os resultados e o compromisso de agir sobre os mesmos; (iii) trabalhar prioritariamente com os usuários primários intencionais, de modo que estes utilizem os resultados e a aprendizagem do processo avaliativo como esperado; (iv) manter-se envolvido além do 'relatório formal', engajando-se no segmento do estudo que facilite e valorize o seu uso e; (v) disponibilizar o tempo necessário para uma aprendizagem continuada que permita alcançar os resultados, no longo prazo, de uma adequada avaliação (PATTON, 1997, p. 174).

Diversos autores têm elaborado modelos para estudar o uso dos conhecimentos gerados nas avaliações, pelas políticas e serviços de saúde. Weiss et al. (2005) consideram

consensuais na literatura três categorias: (i) instrumental - uso direto para tomada de decisões nos programas; (ii) político ou simbólico - uso para gerar novos modelos de programas e legitimar decisões; e (iii) conceitual - uso disciplinar para o avanço do conhecimento (HARTZ et al., 2008). Entretanto, há ainda uma diversidade de fatores explicativos entre a elaboração de diretrizes e a utilização de uma avaliação, o que sugere a necessidade de modelos explicativos diferentes (HANNEY et al., 2003), considerando a limitação conceitual do termo "uso" referida por Kirkhart (2000).

Nesse sentido, um novo modelo teórico construído por Hartz et al. (2008) responde a questionamentos importantes sobre a mudança na prática dos atores; sobre as dificuldades e facilidades dessas mudanças e sobre o reconhecimento das utilidades de uma avaliação. Este modelo amplia o termo "uso" – muito freqüente na literatura – apreendendo a expressão "influência" da avaliação, que, segundo Kirkhart (2000, p. 15), "inclui a capacidade de pessoas ou coisas de produzir efeitos em outros direta ou indiretamente". Todavia, as três dimensões analíticas delineadas por Kirkhart – quais sejam: a fonte (processos e resultados); a intencionalidade (previsto e inesperado) e a temporalidade (imediato, final do ciclo, longo prazo) – são insuficientes, na medida em que a conceituação do termo "uso e influência" não abrange os processos de mudanças individuais (no pensamento e nas ações dos indivíduos), interpessoais (nas interações entre os indivíduos) e coletivas (nas decisões e práticas das organizações), que favorecem a institucionalização da avaliação e o aumento concomitante da capacidade avaliativa (HARTZ et al., 2008), que podem ser traduzidas em ações integrais e, em última instância, em melhorias sociais.

É importante assegurar a perspectiva de todos os envolvidos; tanto os atores organizacionais, como outros protagonistas sociais devem participar de todas as etapas da avaliação para "garantir" a utilização do conhecimento produzido (PATTON, 1997). Neste sentido, propõe-se a formação de "redes de conhecimento" unindo pesquisadores e profissionais, com o objetivo de aumentar o uso das evidências das avaliações, a partir das relações contextuais e negociação dos interesses dos diversos atores (teoria da tradução) e do rompimento com a tradicional "transferência de conhecimento".

Em outra perspectiva, seguindo os referenciais teóricos acima e outros autores contemporâneos, apontamos uma série de fatores explicativos que podem ser contemplados na análise do uso de uma avaliação. Esses fatores estão relacionados às seguintes dimensões de uma avaliação: credibilidade, pertinência, fundamentação teórica e capacidade institucional (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2008). Assim, as diretrizes para análise da **credibilidade** das avaliações devem abordar:

(i) os **procedimentos metodológicos -** no sentido de identificar a utilização de métodos fundamentados em análises conceituais e na apreciação de estudos anteriores;

(ii) os **processos** - desenvolvidos para envolver os usuários potenciais e os avaliadores internos, identificando problemas de interesse (controvérsias), assim como os usos potenciais da avaliação; e

(iii) as **informações produzidas** - analisando a avaliação no tocante à: qualidade, relevância, oportunidade para as fases da política; inclusão de um resumo com recomendações claras; atendimento às necessidades e prioridades dos financiadores

e; participação dos atores, a partir das informações fornecidas pela avaliação, na elaboração de um julgamento sobre uma situação, da qual eles fazem parte, e que seria necessário para sair do *status quo* (HANNEY et al., 2003; CONTANDRIOPOULOS, 2006; PATTON, 2002 e 2004; POTVIN; GERDRON, 2004; PLUYE et al., 2004).

Da mesma forma, devemos considerar que a **pertinência** da avaliação, na perceptiva do seu uso pode ser influenciada:

(i) pelo reconhecimento da institucionalização da avaliação enquanto estratégia para aumentar a eficiência do SUS;

(ii) pelo reconhecimento de que a existência de informações válidas sobre as intervenções deste sistema pode melhorar um processo de decisão; e

(iii) pela demanda de avaliações por atores envolvidos nos programas (HANNEY et al., 2003; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Ainda, destacamos que a **fundamentação teórica** da avaliação influencia seu uso conforme a perspectiva dos interessados. Os governos julgam a contribuição da avaliação na construção da agenda da política nacional de saúde, na formulação de novas diretrizes e na implantação de programas e ações; a equipe gestora federal enfatiza a consistência/coerência entre a avaliação e a política; já as equipes gestoras estadual e municipal e os profissionais de saúde buscam situações em que os mesmos terão condições de utilizar as avaliações realizadas. Nesse caso deve ser ponderada, ao mesmo tempo, a **capacidade institucional** da organização. Os fatores explicativos do uso das avaliações estão relacionados a habilidades, estruturas, processos e cultura corporativa para promover e usar a evidência da avaliação na elaboração de decisões. Sejam estas habilidades no momento de aquisição das evidências necessárias à avaliação; na compreensão, análise da confiabilidade, qualidade, relevância e aplicabilidade dos achados; na apresentação das evidências aos tomadores de decisões, em um formato claro e útil, sintetizando as recomendações, conclusões e questões principais; ou na aplicação das evidências em decisões (HANNEY et al., 2003; CANADIAN HEALTH..., 2007).

Contandriopoulos (2006) refere, ainda, que a implantação de políticas com vistas à institucionalização da avaliação vem ao encontro das necessidades de ampliar a eficiência dos sistemas de saúde. Nesse sentido, no Brasil, a ampliação da eficiência do SUS de acordo com seus princípios e diretrizes torna-se a finalidade maior da institucionalização da avaliação. Para o autor, o grande problema, que gera a necessidade de uma política, é a ineficiência dos sistemas de saúde devido ao processo de tomada de decisões pelos gestores do sistema ocorrer de forma não estruturada, sem seguir critérios de evidências (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

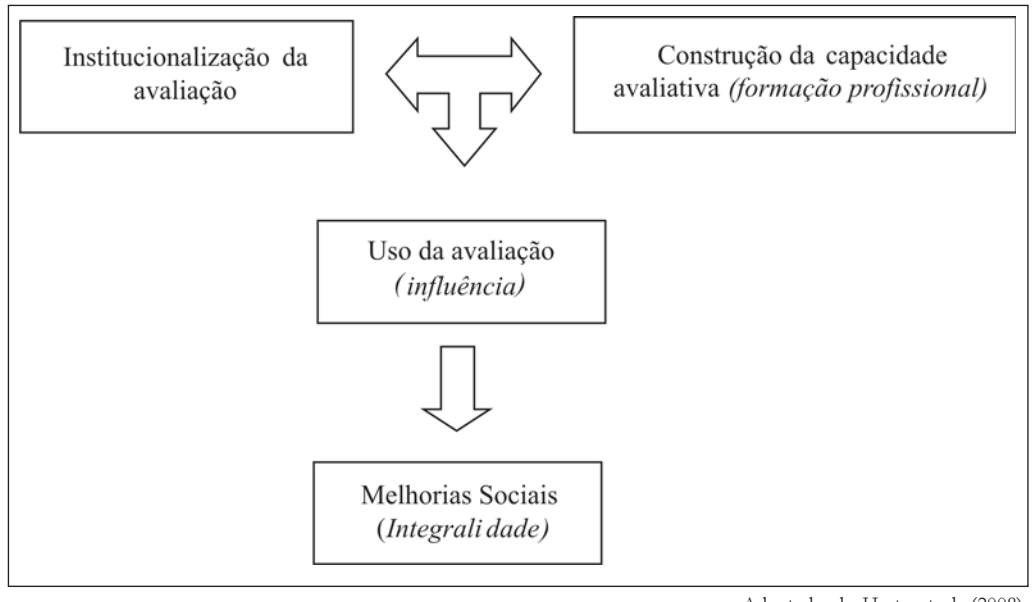
Assim, em sendo a cultura avaliativa o efeito mais esperado de uma política de institucionalização da avaliação, a implementação de dispositivos (instrumentos, estratégias) bem fundamentados gera processos de avaliação com vistas à qualificação do cuidado em saúde. Felisberto (2004; 2006) enfatiza que o desenvolvimento de uma cultura avaliativa requer: (i) qualificação da capacidade técnica; (ii) articulação com o planejamento e a gestão; e (iii) suporte à formulação de políticas, ao processo de decisão e à formação dos envolvidos. Para Worthen (1995), a completa institucionalização da avaliação seria o resultado da total aceitação e do uso contínuo da avaliação. Ou, na lógica de Picciotto (2002),

de *mainstreaming evaluation*, da disseminação de uma nova cultura com todos os riscos inerentes às mudanças daí decorrentes. Sanders (2003, p. 3), define *mainstreaming* como "o processo de fazer a avaliação uma parte integral das operações diárias de uma organização". Para o autor, "avaliação de *mainstreaming* seria parte integrante da ética do trabalho, da cultura, e das responsabilidades do trabalho em todos os níveis".

Efeitos esperados da institucionalização da avaliação de uma forma geral contemplam: (i) uso na tomada de decisão; (ii) prestação de contas; e (iii) produção de conhecimento (BRASIL, 2005). Entretanto, pode-se considerar a **utilização** como o efeito que indicaria o sucesso da implantação da política. Os efeitos tangíveis da institucionalização da avaliação são medidos pela utilização de suas pesquisas no momento da formulação e da colocação de políticas públicas (DENTE, 1998 apud JACOB, 2005).

Toda a discussão aqui proposta reforça nossa convicção e nos ajuda a qualificar as pistas que se apresentam em direção a se considerar o esforço por uma cultura avaliativa e o uso da avaliação como fortes aliados na busca pela promoção do cuidado integral à saúde das pessoas. A institucionalização e a concomitante construção da capacidade avaliativa podem, por própria relevância, ser efeitos ou determinantes do uso da avaliação e de melhorias sociais (HARTZ et al., 2008), considerando a prática da integralidade, em última instância, uma melhoria social (figura 1).

Figura 1. Relação entre Integralidade, Uso da Avaliação e Capacidade Avaliativa



Adaptado de Hartz et al. (2008).

Hartz et al. (2008) suscitam alguns questionamentos que podem nos ajudar a descobrir se estamos fazendo o "melhor uso" das avaliações realizadas:

- Entre as possíveis conseqüências da avaliação, quais estamos buscando?
- Que evidências existem sobre as atuais conseqüências do nosso trabalho?

- Quais são os efeitos não-intencionais ou as "externalidades" dos nossos estudos?
- Quais são as conseqüências das avaliações passadas sobre a nossa prática atual e/ou futura de avaliadores?
- De que maneira as conseqüências das avaliações encomendadas e já concluídas, vêm se refletindo na nossa cultura organizacional?

Considerações finais

O esforço de reflexão e de associação contido neste texto tem o propósito de contribuir para a construção e o fortalecimento de uma cultura de avaliação, em busca do aprimoramento das práticas em saúde permeadas pelo princípio da integralidade. Neste sentido, ressaltamos a necessidade de que todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde, para atender às expectativas aqui colocadas, sejam estimulados a adquirir as competências de:

a) identificar as necessidades de monitoramento e avaliação no seu espaço de trabalho;
b) estabelecer comunicação/negociação de forma interativa com os atores envolvidos;
c) respeitar os valores e crenças dos atores sociais envolvidos com a intervenção/programa;
d) valorizar as questões éticas; e
e) desenvolver a prática de monitoramento e avaliação de uma intervenção ou programa de saúde.

Alguns entraves, entretanto, se apresentam e constituem desafios a serem perseguidos. Em primeiro lugar, poderíamos situar o aspecto dos recursos que deveriam ser alocados para a avaliação em todos os níveis das práticas em saúde – estes são, quando existem, ainda bastante restritos. Uma segunda questão a ser colocada é a formação dos gestores – só mais recentemente vem se investindo no preparo destes em avaliação, seja em cursos de especialização e/ou mestrado profissional, seja a partir de iniciativas de capacitação internas ao próprio SUS. Outro aspecto de relevância diz respeito à organização do trabalho em aspectos relacionados à distribuição do tempo disponível em relação às demandas corriqueiras (PALOS et al., 2005).

Trazemos aqui, como uma contribuição que julgamos relevante, a reflexão de Palos et al. sobre os princípios que identificam como iluminadores de um processo de construção da capacidade avaliativa:

> (i) o princípio da **aprendizagem -** anuncia a avaliação como promotora de oportunidades, espaços e movimentos para que os sujeitos e as organizações aprendam. Avaliar pode se constituir em um processo altamente educativo e transformador da vida social. Para isso é preciso criar objetivos e condições de aprendizagem. Aprenderemos com nossos acertos e erros se avaliarmos criticamente o que fazemos; (ii) os princípios do **respeito** e da **autonomia -** anunciam que o caminho a seguir em um processo de construção de capacidade avaliatória deve estar orientado pelo contexto cultural, político e estrutural da organização; (iii) os princípios da **participação** e da **colaboração -** se estruturam na crença de que o processo de construção de conhecimento e de produção de conhecimento é individual e social, ganhando sinergia nesta polaridade. Ainda que venhamos a escolher caminhos mais complexos e longos, não se alcançarão práticas justas, organizações socialmente responsáveis e condições sociais equânimes por caminhos que não sejam democráticos; (iv) o princípio da **felicidade -** surge sensível e naturalmente nas esteiras da sabedoria, do bom senso, da arte e, sobretudo, da educação (DEMO, 1988 apud PALOS et al., 2005, p. 362).

Deve-se, por conseguinte, buscar incessantemente o propósito de contribuir para que os atores sociais envolvidos com a saúde, em face do caráter democrático e potencialmente participativo do SUS, ajam com mais competência, transformando problemas em soluções, frente ao entendimento de que a reflexão sobre a prática de cada um deve constituir-se de sentido social. Isso levará ao convencimento sobre a necessidade de se criar uma consciência crítica da realidade em prol dos conseqüentes benefícios para todos, a partir da apreensão de que a construção da capacidade avaliativa como processo de construção de sujeitos está conjugada a um processo pedagógico de perspectiva emancipatória que colabora com o fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações (PALOS et al., 2003).

À guisa de conclusão, permitimo-nos fazer alusão a algumas afirmações de Morin (2006) sobre os desafios encontrados no processo de organização do saber e que, ao nosso ver, sintetizam a ligação a que nos propusemos, entre a formação profissional, a avaliação e a integralidade: "(i) a informação é uma matéria-prima que o conhecimento deve dominar e integrar; (ii) o conhecimento deve ser permanentemente revisitado e revisado pelo pensamento; e (iii) o pensamento é, mais do que nunca, o capital mais precioso para o indivíduo e a sociedade" (MORIN, 2006, p. 18).

Ao se considerar a formação profissional, a prática avaliativa pode ter papel de destaque, como facilitadora da aprendizagem e, ao se aprender a partir da avaliação, estará se desenvolvendo um pensamento e uma atitude em direção à construção de uma capacidade avaliativa. É interessante observar as interconexões entre aprendizagem e avaliação, não apenas no sentido da ação de uma em direção à outra, mas também em pontos de interação, quando se considera que tanto a aprendizagem quanto a avaliação se vinculam à mudança – de pensamento, de valores, de comportamentos, de ações (BARROS, 2006; PRESKILL, 2008).

Nesse sentido, ao provocar mudanças, a prática avaliativa também se constitui como uma ferramenta facilitadora para uma prática profissional mais integralizada. Entremeada nas ações e comportamentos dos profissionais e nos serviços, a avaliação e a construção de uma capacidade avaliativa podem ser potenciais impulsionadores em direção à integralidade.

Assim como a integralidade vai se revelando e se constituindo nas relações cotidianas dos diversos atores, a prática avaliativa vem contribuir com este espaço técnico, político e ético, oportunizando reflexões e aprendizado diante das diferentes interpretações que cada um constrói (controvérsias), tendo em vista o conhecimento e a experiência em cada lugar do sistema de saúde.

A construção da capacidade avaliativa se torna premente para que se instaure uma cultura em avaliação. Para isto é importante levar em consideração que tal construção acontece no contexto dos espaços de trabalho dos indivíduos em um movimento de aprendizado constante a partir de e sobre avaliação (PRESKILL, 2008). E ainda, deve-se lançar mão de estratégias de ensino aprendizagem diversas, consoantes com a realidade brasileira e respeitando-se a necessária democratização do acesso ao conhecimento.

Referências

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. A expressão dos demônios de Morin. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 7, n. 4, p. 503-506, 2007.

ARRUDA, B. K. G. Educação para a cidadania informada. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 7, supl. 1, p. S09-S10, 2007.

BARROS, M. E. B. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento ?. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

BRANDÃO, D.; SILVA, R. R.; PALOS, C. M. C. *Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil*. São Paulo: Instituto Fonte, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde*: caminhos da institucionalização. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Seção 1, p.18.055-18.059, col. 1. Brasília, DF, 20 de setembro 1990.

CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION (CHSRF). Disponível em: <http://www.chsrf.ca/index.php>. Acessado em: nov. 2007.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, Supl., p. S191-S202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-711, 2006.

DEMO, P. *Avaliação Qualitativa*. São Paulo: Cortez, 1988.

DENIS J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DENTE, B. *La politique d'évaluation des politiques publiques*. Paris: Dans M.-C. 1998.

FELISBERTO, E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica em saúde no Brasil, no período de 2005 a 2008. Projeto de tese (doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), Recife. 2008.

_____. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.553-563, 2006.

_____. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 4, n. 3, p.317–321, 2004.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação da Atenção Básica e as doenças crônicas não-transmissíveis. In: FREESE, E. (org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil*. Recife: Editora Universitária da UFPE. 2006.

_____. Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.737-1.745, 2002.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. (Org.) *Municípios: A Gestão da Mudança em Saúde*. Recife: Editora Universitária da UFPE. 2004.

FOUCAULT, M. *O dossiê*. Últimas entrevistas. Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

GEHRINGER, M. *Revista Época*, n. 484, p. 138, 27 ago. 2007.

HANNEY, R. S. et al. The utilisation of health research in policy-making: examples and methods of assessment. *Health research Policy and Systems*, n. 1, v. 2. 2003.

HARTZ, Z. M. A.; MOREIRA, E.; MATIDA, A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FELISBERTO, E. (Orgs.). *Meta-avaliação da atenção básica em saúde:* teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (no prelo).

HENRY, G. T.; MARK, M. M. Beyond Use: Understanding Evaluation's Influence on Attitudes and Actions Gary Henry. *American Journal of Evaluation*, v. 24, n. 3, p. 293–314, 2003.

JACOB, S. Réflexions autour d'une typologie des dispositifs institutionnels d'evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 2, n. 2, 2005.

KIRKHART, K. E. Reconceptualizing evaluation use: an integrated theory of influence. *New Directions for Evaluation*, n. 88, p. 5-23, 2000.

KNAAP, P. V. D. Theory-based Evaluation and Learning: Possibilities and Challenges. Evaluation. London, v. 10, n. 1, p. 16–34, 2004.

MATTOS, R. A. Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor: entrevista. *Boletim: Integralidade em Saúde*. 2004. Disponível em: http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=163&sid=25. Acesso em: 28 jul. 2008.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

MENDONÇA, M. H. M. Práticas de Avaliação e formação profissional em políticas públicas voltadas para consolidar a esfera pública do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes:* práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita*: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

MORIN, E. *Meus demônios*. São Paulo: Bertrand Brasil, 1993.

PALOS, C. M. C.; BRANDAO, D. B.; SILVA, R. R. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. *Ensaio - Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 48, p. 361-374, 2005.

PATTON, M. Q. A Microcosm of the global challenges facing the field: comentary on HIV/Aids monitoring and evaluation. In: RUGG, D. et al. *The logic of mainstreaming*: a development evaluation perspective. Newbury Park: Sage, 2002.

_____. A microcosm of the global challenges facing the field: comentary on HIV/AIDS monitoring and evaluation. In: RUGG, D.; PEERSMAN, G.; CARAEL, M. (Orgs.). *Global Advances in HIV/AIDS*. Monitoring Evaluations Newbury Park: Sage, 2004.

_____. *Utilization-focused evaluation*. The new century text. Newbury Park: Sage, 1997, p.173-175.

PICCIOTTO, R. The logic of mainstreaming: a development evaluation perspective. *Evaluation*. v. 8, n. 3, p. 322-339, 2002.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e praticas no cotidiano In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Cuidado*: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde: integralidade como princípio do direito à saúde. In: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (org.). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, p. 159-166.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JR, A. G. A. integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. et al. (org.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JR, A. G. A. Integrality in the population health assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, p. 250-260, 2007.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, v. 27, p. 121-133, 2004.

POTVIN, L.; GERDRON, S. Programação e Avaliação em Saúde. In: Seminário Avançado: programação e avaliação em promoção da saúde. Recife: Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira, 2006. Agence Canadienne de Développement International, 36p. 2004. (apostila).

PRESKILL, H. Evaluation´s second act: a spotlight on learning. *American Journal of Evaluation*. v. 29, n. 2, p. 127 – 138, 2008. Disponível em: <http://aje.sagepub.com/cgi/content/abstract/29/2/127>. Acesso em: 31 jul. 2008.

SANDERS, J. R. Mainstreaming evaluation. The Mainstreming Evaluation. *New Directions for Evaluation*, San Francisco, n. 99, p. 3-6, 2003.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 80-91. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. Os quatro elementos da avaliação. *Olho Mágico-Boletim da Rede Unida*, v. 10, n.2, p. 59-66, 2003.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1998.

TROCHIM, W. M. K. *Evaluation Culture*. 2002. Disponível em: http://www.atomicdog.com/trochim. Acesso em: 09 jan. 2006.

WEISS, C. H. Evaluation research for decisions: is anybody there? Does anybody care? In: ALKIN, M. C. (ed.) *Debates on evaluation*. Newbury Park: Sage, 1990.

WEISS, C. H.; MURPHY-GRAHAM, E.; BIRKELAND, S. An Alternate Route to Policy Influence. *How Evaluation Affect*. DARE. AJE, v. 26, n. 1, p. 12-30. 2005.

WORTHEN, B. R. Some observations about the institutionalization of evaluation. *Evaluation Practice*, v. 16, n. 1, p.29-36, 1995.

PARTE II

Gestão e organização dos serviços, conhecimentos e práticas dos trabalhadores: as dimensões de análise das práticas avaliativas e integralidade na Atenção Básica

Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na Atenção Básica em Rio Branco

RODRIGO SILVEIRA
JULIANA LOFEGO
OSVALDO LEAL
LIDIANNI CRUZ SOUZA
ADÔNIDAS FEITOSA
LYVIA RODRIGUES
LUCIANNI CRUZ SOUZA

A diversidade das práticas de gestão e de atenção à saúde no cotidiano dos serviços é uma realidade observada na evolução do Sistema Único de Saúde (SUS). A construção coletiva dessa política pública é um desafio que impulsiona e retroalimenta possibilidades de ação, exigindo o desenvolvimento de inovações que visam ao aumento da qualidade de vida da população em diferentes cenários pelo país.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, capital do Acre, há uma busca de caminhos para a consolidação e aprimoramento do SUS. Como instância gestora da atenção básica, ela é responsável pelo que se considera o *locus* privilegiado para o desenvolvimento de um cuidado integral.

A integralidade, como um dos princípios constituintes do SUS, tem-se destacado como objeto de produção de conhecimento no Brasil. Trata-se de um termo de conceituação polissêmica, havendo sentidos de aplicação teórica e prática no cotidiano (MATTOS, 2001). Esses sentidos abrangem aspectos relacionados ao modo de ver o mundo, como uma visão holística do ser humano e da sociedade. No âmbito das práticas, está compreendida a articulação entre ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; inclui também práticas de gestão, ensino, articulação de políticas públicas baseadas em ações intersetoriais e na constituição de redes de cuidado (PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 2006).

A efetivação da integralidade nas práticas do SUS, com base em experiências inovadoras disseminadas pelo país (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004), aliada ao aumento expressivo da produção de conhecimento sobre o assunto, tem gerado uma demanda pela incorporação desse princípio na institucionalização da avaliação, seja pela gestão ou no cotidiano dos serviços de saúde. Alguns autores têm apontado a necessidade de um olhar mais diversificado nas práticas avaliativas, com a participação dos sujeitos envolvidos, num processo comunicativo e democrático.

A formação de uma cultura avaliativa no cotidiano[1] dos serviços de saúde, visando ao aperfeiçoamento das ações, pode resultar em uma aproximação do conhecimento

[1] **Cotidiano** entendido como situação onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas contextos de relações distintas que envolvem pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados (PINHEIRO, 2001).

científico ao senso comum (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; CONILL, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 2006). A ampliação do olhar avaliativo, considerando a integralidade como eixo, traz outros aspectos para as categorias de análise, como acesso dos usuários aos serviços, articulação entre níveis assistenciais, regulação da rede, participação social, vínculo e responsabilização dos profissionais de saúde.

Apesar desse movimento, ainda são hegemônicos os métodos de avaliação baseados numa análise de desempenho (PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 2006), com parâmetros centralizados, formulados pela gestão e seguindo a lógica do monitoramento. Muitas vezes as práticas avaliativas são baseadas na informalidade, ou seja, não são compreendidas ou racionalizadas conscientemente como práticas de avaliação capazes de reorganizar os serviços. Mas podem ter em comum o traço de inovação que impulsiona o desenvolvimento e a evolução do SUS.

O presente capítulo tem como objetivo identificar e analisar as práticas avaliativas com potencial de inovação[2] no processo de implantação e amadurecimento dos desenhos organizativos da integralidade nos âmbitos da gestão e organização dos serviços, dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde. E como busca a integralidade nas práticas, este trabalho de pesquisa só ganha sentido ao ser compartilhado com usuários, gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, estimulando o diálogo com os atores, como forma de interação da pesquisa com seu objeto.

Contextualização do sistema de saúde em Rio Branco

As regiões Norte e Nordeste do país apresentam, historicamente, as piores avaliações segundo os indicadores de saúde tradicionais. Eles seguem a lógica de uma falsa comparabilidade entre essas regiões, que são diferentes em sua essência, ou seja, no modo de vida de suas populações. Esse padrão de avaliação apresenta limitações quando se pretende avaliar o cotidiano dos processos de trabalho e os desenhos da integralidade. Porém, reconhece-se que as diferenças entre as regiões nesses indicadores podem refletir dificuldades de diversas naturezas, no que concerne à realização de ações básicas de promoção da saúde e à organização dos serviços.

O Acre é um estado relativamente novo. Foi anexado ao Brasil por ocasião do Tratado de Petrópolis, datado de 1903, e permaneceu como território federal até 1962, quando adquiriu autonomia estadual. Nos últimos 30 anos, o estado passou por um período de coexistência e confrontos entre modos de produção econômica. Com o declínio do segundo ciclo da borracha, abriram-se outras oportunidades de desenvolvimento. Houve aumento da produção agropecuária, contribuindo para o desmatamento florestal. Nas últimas décadas houve o fortalecimento de um modelo de desenvolvimento sustentável em convivência harmônica com a Floresta Amazônica, com características extrativistas e manejo florestal responsável. Este modelo de desenvolvimento se traduz no conceito de "florestania", elaborado no contexto atual, com sentido de pertencimento ao local, valorização do modo de vida da população tradicional, respeito à vida e ao meio ambiente.

[2] **Inovação** entendida como tensão, ruptura e transição paradigmática, reconfiguração de saberes e poderes engendrando novas subjetividades. (PINHEIRO; CECCIM, 2005).

A população do Acre atualmente é estimada em 655.385 habitantes (IBGE, 2007), sendo cerca de metade moradora da sua capital, Rio Branco. O estado vem se tornando cada vez mais urbano nas últimas décadas, acompanhando tendência da Região Norte e do Brasil como um todo.

Rio Branco é localizada às margens do rio Acre, a leste do estado, com população estimada de 290.639 habitantes (IBGE, 2007). Depois de oito anos sendo governada por partidos de oposição ao governo do estado, em 2005 assume a prefeitura um grupo alinhado às tendências do governo estadual e federal. E, com isto, apresenta-se a possibilidade de mudanças nos rumos da gestão do sistema de saúde.

Na capital, há predominância de usuários do SUS em relação aos usuários da saúde suplementar (BRASIL, 2005). Cerca de 85% dos habitantes são usuários do SUS e o único pronto-socorro do município é público. No início dos anos 2000, Rio Branco estava sob intervenção do governo do estado na gestão de suas unidades de saúde, adquirindo responsabilidade pela gestão apenas em 2003, quando houve municipalização dos centros de saúde e unidades de saúde da família. O município é habilitado atualmente para a gestão da atenção básica, permanecendo sob a gestão estadual os hospitais e outras unidades de apoio, como o Centro de Controle Oncológico, o Hemocentro e o Laboratório Central.

O sistema de saúde gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde é constituído por 12 centros de saúde e 56 unidades de saúde da família. Um centro de saúde e as unidades de sua área de abrangência formam uma coordenação regional, chamada "segmento de saúde" na nomenclatura local. Esse modelo de atenção baseado no território está evoluindo para uma gestão descentralizada baseada nas regionais de saúde.

No final de 2006, foi realizada a VI Conferência Municipal de Saúde, que resultou numa reformulação do plano municipal de saúde, que datava de 2003. A gestão da Secretaria Municipal de Saúde tem incorporado a nova tendência normativa do Ministério da Saúde, que aponta para os pactos de gestão entre as esferas de governo, tendo como base de avaliação os indicadores pactuados entre estas.

Resultados e discussões

O estudo multicêntrico difere de estudos tradicionais por não realizar comparação entre as localidades, mas por explorar as potencialidades das práticas avaliativas dentro dos contextos regionais, propondo-se a fortalecer esses pólos com a formação de uma rede de apoio mútuo.

Em Rio Branco, o estudo se concentrou nos desenhos organizativos da integralidade, havendo identificação de práticas avaliativas que têm o potencial de reorganizar os processos de assistência e de gestão na Secretaria Municipal de Saúde. Esses desenhos foram analisados em três dimensões: gestão e organização dos serviços de saúde, conhecimentos e práticas dos trabalhadores, e direito à saúde. Na gestão, foram estudadas as seguintes categorias: regulação e articulação da rede de cuidados, educação permanente, desenho dos processos de trabalho, participação social e utilização dos sistemas de informação. Na dimensão das práticas dos trabalhadores, foram analisados acolhimento, vínculo e responsabilização, trabalho em equipe, concepções de saúde e doença e direto à escolha.

O trabalho de campo consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas e no levantamento e aquisição de documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Os documentos analisados foram: Plano Municipal de Saúde, Pacto de Gestão, Programação Pactuada e Integrada, banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

Foram realizadas 23 entrevistas com gestores (nível central e gerência de regionais), trabalhadores de unidades de saúde da família (médicos e enfermeiros), usuários, conselheiros municipais de saúde (representantes de gestores, trabalhadores e usuários) e representante do Ministério Público Estadual. O roteiro constou de um núcleo comum de questões para aplicação em todas as localidades do estudo, além de perguntas específicas conforme a realidade do município e o cargo da pessoa entrevistada. Todos os entrevistados se dispuseram a participar da pesquisa, conforme assinatura no termo de consentimento informado. Dois grupos focais com agentes comunitários de saúde serviram de subsídio para as análises específicas sobre esta categoria profissional.

A pesquisa multicêntrica favoreceu a inserção da análise dos itinerários terapêuticos de usuários em Rio Branco, após a contribuição do grupo de pesquisa de Cuiabá, da Universidade Federal de Mato Grosso. Foram realizadas entrevistas com dois usuários, nas linhas de cuidado de saúde mental e ginecologia, para descrição e análise da história de vida focal com base no processo de adoecimento e cura. Como forma de analisar os fluxos na rede assistencial a partir da perspectiva do usuário, deu-se destaque para o percurso realizado nas unidades de saúde.

O itinerário terapêutico proporciona uma análise sobre uma experiência real vivida em processos de adoecimento e possibilita a visibilidade das estratégias pessoais voltadas para o tratamento da doença, conforme conceituação de Alves e Souza (1999). Como é uma interpretação pessoal de uma vivência à luz das circunstâncias e dos conhecimentos atuais, é necessário compreender que os relatos são transpassados por interesses, emoções e atitudes e relacionamentos sociais, situados histórica e culturalmente. As escolhas feitas na busca da cura evidenciam as experiências, trajetórias e projetos pessoais dos pacientes. Vale ressaltar que a análise aprofundada dos itinerários terapêuticos não será objeto deste texto.

Os resultados foram sistematizados conforme a categorização, com ênfase na identificação dos indícios de práticas avaliativas. A sistematização seguiu as dimensões de análise da pesquisa: gestão dos serviços, conhecimentos e práticas dos trabalhadores e direito à saúde, sendo enfocados os desenhos organizadores da integralidade.

Gestão e organização dos serviços de saúde

O modelo de gestão e atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco é totalmente voltado para a Atenção Básica, estando o estado responsável pela gestão dos hospitais. Na análise das entrevistas, percebeu-se um contexto de construção de alicerces dos desenhos organizadores da integralidade na gestão em praticamente todos os sentidos, mas com níveis diferentes de profundidade e de resultados. Notam-se avanços nas ações de educação permanente, com o ordenamento de processos formativos, e no controle social, com a formação de uma rede de defesa do direito à saúde e participação social. Em contrapartida, pouco se avançou no desenvolvimento dos processos de regulação, principalmente entre as unidades da esfera municipal e os hospitais de gestão estadual.

As falas dos entrevistados apresentam contradições, o que revela um processo ainda em construção na consolidação dos alicerces da integralidade no SUS. Na análise das ações de referência e contra-referência, aparecem falas sobre práticas baseadas na informalidade, por um lado, e ações mais estruturadas, por outro. Essas contradições também estiveram presentes na análise do processo de descentralização das práticas avaliativas, no qual alguns entrevistados notam avanços e outros observam dificuldades e centralização das decisões.

Estratégias de descentralização

Nas entrevistas com os gestores, todos mencionaram a adoção do modelo de gestão e de atenção descentralizada em uma divisão territorial denominada de segmentos de saúde, que representam as coordenações regionais. A área urbana do município foi dividida em 12 segmentos, que contêm um centro de saúde e algumas unidades de saúde de família (quantidade que varia conforme a área de abrangência), formando assim um minissistema de referência. Estas unidades estariam interligadas tanto na gestão quanto na atenção à saúde.

O termo "segmento" não faz parte de uma política geral para divisão territorial de municípios no Brasil, sendo adotado pela equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde Rio Branco para designação desses minissistemas. Nos documentos orientadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), quando se aborda especificamente a regionalização, é utilizado o termo "regiões de saúde intramunicipais", referindo-se ao que tradicionalmente se denominou distritos sanitários. Para designação do segmento, será utilizado neste texto o termo "regional de saúde".

As unidades de saúde da família funcionam com a equipe básica, conforme normas do Ministério da Saúde, sendo que existem 20 equipes de saúde bucal, cada uma dando apoio a duas unidades. Os centros de saúde são referência para as unidades de saúde de família e contam com médicos pediatras, ginecologistas e clínicos, bem como profissionais de psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia. Apesar do registro de profissionais de diversas áreas da saúde no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde em 2006, nas falas dos gestores entrevistados foi enfatizada a presença dos profissionais médicos especialistas, sem alusão aos profissionais de outras áreas.

A gerência da regional de saúde é realizada pelo gerente do centro de saúde e há uma ação de fortalecimento para transforma-la em instância avaliadora descentralizada. Está programada a implantação de núcleos de controle e avaliação no âmbito das regionais para avaliação mensal de produtividade e indicadores de saúde. O Pacto de Gestão da Secretaria indica claramente essa diretriz, como encaminhamento da organização da rede assistencial tendo como referência de gerenciamento os centros de saúde:

> Fortalecer os coordenadores de centros de saúde através da assessoria técnica, prestada pelas áreas técnicas da GSC (Gerência de Saúde Comunitária) (SMS Rio Branco, 2006).

Essa forma de descentralização do planejamento e avaliação para coordenações regionais, além de sugerir a construção de uma prática avaliativa inovadora, rompendo com a lógica de que o nível central é a única instância de avaliação, pode contribuir para a efetivação de uma cultura avaliativa, desejada para o cotidiano dos sistemas de saúde

(CONILL, 2006), já que aproxima a prática avaliativa do *locus* de trabalho do profissional de saúde. Por outro lado, se a avaliação descentralizada for realizada na lógica do controle, pode haver a reprodução das práticas utilizadas tradicionalmente no nível central, o que pouco colabora para a incorporação da integralidade nos processos avaliativos (PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 2006).

De forma geral, os gestores e trabalhadores reconhecem uma melhora com a implantação das regionais de saúde, principalmente no que se refere às especialidades médicas e à distribuição de material. Apesar da tentativa de fortalecimento das regionais como unidades avaliadoras, alguns entrevistados relataram dificuldades na preparação dos gerentes para tal função, o que resulta numa falta de homogeneidade entre as áreas. Um gerente de centro de saúde relatou dificuldades na composição da equipe para a realização de assessorias às unidades de saúde da família, o que limita o contato entre a unidade e o centro de saúde às referências médicas e à resolução de problemas.

> Nós não temos pernas e nem uma equipe preparada para estar dando uma assessoria técnica para esse pessoal dos módulos (unidades de saúde da família). Estar avaliando os programas ao nível local e as intervenções, é tudo muito devagar, muito lento ainda. E as equipes ainda permanecem um pouco soltas. Acho que a Secretaria tem uma área técnica dos programas para estar acompanhando, assessorando os módulos (unidades), mas não consegue chegar até lá. [...] Era necessária uma assessoria mais direta a essas equipes. (Gerente de regional de saúde)

Conforme os trabalhadores entrevistados, apesar de melhorar em alguns aspectos, a descentralização da gestão aumenta a burocracia em outros, em atividades que deveriam ter contato mais direto com o nível central da gestão. Neste ponto, percebeu-se um distanciamento dos trabalhadores com a formulação e fortalecimento das regionais, o que pode indicar uma participação não-efetiva na construção das políticas públicas. Para um gerente de regional, houve diminuição da burocracia no suporte de materiais de consumo. Nota-se aí uma contradição entre categorias profissionais, com indícios de uma formulação mais centralizada da política.

> Tem coisas que são mais emergentes, que a gente gostaria de estar diretamente com o pessoal da coordenação da área técnica. Aí, tem que passar pela gerência da regional, do Centro de Saúde de referência. Até chegar lá... demora mais um pouco. Ficou mais, um pouco, burocrático, apesar de que melhorou. (Trabalhador).

Regulação[3] do acesso às ações e serviços de saúde

Um dos pilares para a efetivação do Pacto pela Saúde é a regulação, devendo haver implantação de complexos reguladores com estrutura física, instrumentos para a operacionalização e definição dos processos, como fluxos e educação permanente, com participação de estado e municípios (BRASIL, 2006b).

Arretche (2003), em análise sobre descentralização e autonomia dos sistemas de saúde, apontou o Acre como um dos estados em que a descentralização menos evoluiu até o início dos anos 2000, com a maioria dos municípios ainda não habilitados na NOB/96, vigente à época. A participação municipal na produção ambulatorial era de apenas 43%. Apesar desse fato, o Acre seguiu a tendência nacional, pois quatro anos antes, essa participação era de apenas 15%. A dificuldade na descentralização dos serviços pode gerar problemas no processo de gerenciamento, acentuando-se quando a regulação do sistema está em análise.

[3] A noção de regulação adotada na pesquisa é o conjunto de táticas e estratégias construídas ou em construção que buscam garantir o acesso (respostas) mediante a integração dos dispositivos de reorganização dos fluxos intra e interníveis de atenção.

Em Rio Branco existe um projeto para implantação da regulação, formulado pelos técnicos do Departamento de Controle Regulação e Avaliação, que se encontrava em discussão pelos técnicos da Secretaria Municipal à época das entrevistas, adequando-se às novas diretrizes do Ministério da Saúde. A ação de implantação desse projeto encontra-se em destaque no Pacto de Gestão Municipal (SMS RIO BRANCO, 2006).

Há uma política voltada para a regulação interna da atenção básica, que contempla a implantação de uma central de regulação no município, na relação entre unidades de saúde da família e centros de saúde. Esta ação, ainda não executada, também se encontra incluída no Pacto de Gestão Municipal, mas sem detalhamentos que ressaltem pontos de inovação.

Como a gestão das unidades hospitalares é realizada pelo Estado, é necessária maior articulação entre as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde para que a regulação seja estruturada. O município depende do estado neste aspecto e, de certa forma, espera a iniciativa da gestão estadual. Neste sentido, alguns entrevistados indicam dificuldades no relacionamento com a gestão estadual, sendo esse um grande empecilho para a implantação da regulação no sistema de saúde.

> Nós, do município, não podemos regular a atenção básica. E nós não temos a gestão hospitalar. A gestão da média e alta complexidade está sob a responsabilidade do Estado. Então a gente não pode regular. Como é que eu vou regular uma coisa que não é minha? Então, o Estado ficou estático, ele parou e não deu prosseguimento [...] A gente necessariamente está na dependência do Estado [...] (Gestor).

Embora o complexo regulador do Estado não esteja implantado, há um sistema informatizado de marcação de consultas dos centros de saúde para a Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), o Sistema Acone. Nele o usuário acessa marcação de consultas com especialistas no próprio centro de saúde, sem precisar ir ao hospital. Este sistema está disponível para marcação de consultas apenas no hospital da FUNDHACRE, não havendo dispositivo semelhante para as outras unidades hospitalares como maternidades e Hospital da Criança.

> A regulação em Rio Branco não existe. Eu acho que no Estado não existe. Existe um faz-de-conta, uma marcação de consulta. Mas o que nós temos hoje é um projeto para implantação de uma central de marcação no município, fazendo parte do complexo de regulação do Estado. E o planejamento, a organização, isso tudo está previsto dentro do projeto [...] O nosso projeto de regulação está pronto desde setembro de 2006 [...]. (Gestor).

Apesar de a implantação da regulação na atenção básica ser uma ação importante para garantir o acesso das pessoas encaminhadas das unidades de saúde da família aos centros de saúde, percebe-se uma contradição com a noção da regional como uma divisão territorial, que pressupõe clientela adscrita. Há a presença, na fala de alguns gestores, da idéia de deslocamento de usuários de uma regional para outra, conforme identificação

de vagas ociosas para atendimento em determinadas áreas, situação que trabalha a lógica de atenção pontual e não garante o vínculo entre profissionais de saúde e população.

O processo regulatório também é deficiente em relação ao apoio diagnóstico. No entanto, alguns parâmetros começam a ser estabelecidos com a distribuição de cotas de ultra-sonografia obstétrica para marcação pelos centros de saúde. Os entrevistados consideram eficiente a regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que é administrado pelo estado com base em protocolos nacionais.

Percebeu-se a necessidade de uma maior articulação entre as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde no que se refere à regulação, pois as duas instâncias são interdependentes na formulação de políticas públicas de regulação do sistema. Para isso, torna-se necessária e construção conjunta de um pacto de co-responsabilidade dentro do contexto da implantação do Pacto de Gestão, que possibilitará a melhoria da atenção e da efetivação da rede de cuidados.

Articulação das referências

Na análise sobre referência e contra-referência, considerou-se tanto o fluxo das unidades de saúde da família para os centros de saúde, quanto desses para os hospitais secundários e terciários. Apesar das contradições nas falas no primeiro caso, registram-se nas unidades básicas avanços na distribuição de cotas de encaminhamento para especialistas e a marcação acontece em alguns casos por telefone.

> Nós somos referência para os módulos (unidades de saúde da família) nas especialidades de pediatria e ginecologia. Então, já foi institucionalizado o número de fichas. Não é uma coisa assim de conhecer alguém da administração e conseguir uma ficha para o ginecologista ou pediatra, não. O novo modelo de atenção estabelecido pela Secretaria é que a gente preste essa assistência aos módulos (unidades). Então as enfermeiras encaminham os pacientes que precisam de consultas pediátricas ou de ginecologia, e aí as fichas já estão determinadas para cada módulo. (Gerente de regional de saúde).

Ainda assim, entrevistados apontam fragilidades neste sistema, que em alguns casos costuma funcionar na informalidade, sem parâmetros definidos e sem distribuição de cotas.

> O que está acontecendo é muito fragilizado, até pelo número de profissionais. Mas o contato é mais ou menos por amizade e por telefone. Não tem uma cota por módulo (unidade de saúde da família). [...] Tem sido dessa forma, na informalidade, uma regulação na informalidade, uma referência na informalidade também. (Gestor).

As dificuldades na articulação da estratégia Saúde da Família com unidades de saúde são evidenciadas também em outros estudos (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005), sendo referidas como uma das principais limitações da estratégia. Outros estudos apontam maior quantidade de pessoas encaminhadas, em comparação com modelos tradicionais, o que pode colaborar para a ocorrência dessas dificuldades (PRADO et al., 2007).

No processo de análise sobre esse tópico, observou-se a predominância de citações que consideram um fluxo unidirecional entre as unidades de saúde da família até os hospitais, não aparecendo em destaque o fluxo contrário, de contra-referência.

> Eu diria para você que nós estamos mais preocupados com a referência. [...] A princípio, se a gente conseguir a referência, a contra-referência vem em segundo passo. [...] Vai até o centro de saúde, se for disponibilizadas vagas. [...] Através de lá marca-se a consulta. (Gestor).

Na relação entre centro de saúde e hospitais, apesar de haver um sistema informatizado de marcação de consultas, as falas apontaram para dificuldades na articulação entre os níveis assistenciais. No processo de referência para consultas especializadas no hospital de clínicas da FUNDHACRE, alguns gestores enfatizaram a questão da demora em conseguir uma consulta e da utilização de vagas por encaminhamento interno.

> Nós não temos sistema de referência e contra-referência, isso não existe. O que existe [...] o Sistema Acone, que marca consulta especializada para a FUNDHACRE, e que é gerenciado pelo Estado, onde as cotas que foram divididas. Era, se não me engano, 80% ou 50% para o município de Rio Branco. A marcação fica sendo feita pela própria FUNDHACRE. Os nossos centros, que eram para ser os marcadores, não estão conseguindo marcar porque a FUNDHACRE marca mais que os centros de saúde. (Gestor).

No presente estudo, ao traçar o itinerário terapêutico na linha de cuidado de prevenção do câncer de colo de útero, foi relatado pela paciente que o encaminhamento ao Centro de Controle Oncológico, com marcação de consulta, foi realizado por telefone pela unidade de saúde da família. A duração entre o resultado dos exames e o procedimento foi razoável (cerca de 15 dias), com boa resolutividade. Esse caso sugere que, nesta linha de cuidado, o sistema de referência e contra-referência está funcionando adequadamente.

Apesar do aumento da produção científica sobre práticas avaliativas na complementaridade do sistema, atualmente estas não são realizadas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Alguns estudos visam à formulação de metodologias para avaliação da composição de uma rede de cuidados, sendo um dos sentidos do princípio da integralidade. As metodologias devem contemplar a visão de diferentes atores, numa abordagem participativa. A avaliação da trajetória de usuários dentro do sistema de saúde em busca de cuidados tem-se destacado como método para identificação de pontos críticos da integração dos serviços (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Acesso à atenção básica

Na fala dos representantes de usuários, a dificuldade de acesso na atenção básica é evidenciada tanto nas unidades de saúde da família quanto nos centros de saúde. Os mesmos se referiram ao pronto-socorro como a principal porta de entrada do sistema. As causas apontadas são: a falta de informação dos usuários quanto ao funcionamento do SUS e a baixa resolutividade da Estratégia de Saúde da Família. A superlotação do pronto-socorro foi apontada como um problema a ser enfrentado pela gestão do sistema de saúde, tanto do Município de Rio Branco quanto do Estado do Acre.

> Às vezes em um atendimento que pode ser feito pelo próprio posto de saúde do seu bairro, a pessoa, acho que às vezes não tem conhecimento, e se dirige logo ao pronto-socorro. E causa o problema que tem hoje lá, que é aquela superlotação que a gente vê diariamente. (Representante de usuários).

Prado et al. (2007) apontam para a dificuldade de acesso ao atendimento nas unidades da atenção básica como uma das causas da procura ao pronto-socorro. Não obstante, na comparação entre unidades de saúde da família e unidades básicas do modelo tradicional em São Paulo, as autoras demonstraram que uma menor parcela dos usuários procura hospitais nos bairros cobertos com unidades de saúde da família, o que indica uma

melhoria no acesso e avanço na integralidade do cuidado após a implantação da estratégia. Há necessidade de uma análise mais aprofundada em Rio Branco para que esse avanço seja evidenciado.

Educação permanente

A implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde nos Estados foi uma proposição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que, ao colocar em evidência o tema, passou a integrar a agenda das instâncias gestoras do sistema de saúde. No Acre, essa implantação possibilitou a apropriação de ferramentas metodológicas para que a educação permanente fizesse parte do cotidiano do serviço.

A importância dos processos de educação permanente é reconhecida pela maioria dos gestores entrevistados. O incentivo a esses processos iniciou-se em 2004, após a implantação do Pólo de Educação Permanente do Acre, que contava com a participação de representantes das Secretarias Estadual e Municipal, bem como das instituições formadoras. Todos os entrevistados se referiram a um processo em construção, ainda não totalmente implantado, apesar de já haver espaço físico constituído, profissional responsável e atuação junto ao serviço.

Os gestores reconheceram que houve avanço na articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e as instituições de ensino, notadamente a Universidade Federal do Acre e a Escola Técnica de Saúde, inclusive com a existência de convênios entre as instituições.

Há cinco anos, a Universidade Federal do Acre realiza cursos de especialização em Saúde da Família e em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Nas últimas duas turmas da Especialização em Saúde da Família, as vagas foram direcionadas aos trabalhadores do Município de Rio Branco. Técnicos da gestão municipal participaram do planejamento dos cursos, visando a adequar os conteúdos oferecidos às necessidades do serviço. No planejamento da última turma participaram alunos egressos do próprio curso, para apontar aspectos que necessitavam de adequação e melhoria.

As práticas avaliativas da educação permanente potencializam a integralidade, na medida em que consideram a pluralidade na análise e incluem os participantes do curso no processo.

> A universidade propôs uma grade curricular... Foi aprovada, vamos dizer assim, uma formatação do curso. Quando a gente assumiu a Secretaria, chamou o coordenador de pós-graduação do Departamento de Ciências da Saúde, que foi extremamente aberto. E nós fizemos uma oficina, antes de acontecer o primeiro curso. Veio um mediador da Fiocruz para essa oficina [...] a gente propôs uma nova formatação para o curso. E a Universidade foi extremamente aberta a essa modificação. Por quê? Porque a especialização tem que ser voltada para o serviço... .(Gestor)

Com essa articulação, o sistema de saúde inicia um processo de ordenamento da formação profissional na área da saúde, como ação prevista na Constituição Federal de 1988 (CAMPOS et al., 2001), em que participa da tomada de decisões com poder de influência nos desenhos curriculares e nas práticas de ensino no e para o serviço. Esse mesmo processo de ordenamento também aconteceu na integração com a Escola Técnica de Saúde, que está oferecendo atualmente o curso técnico para agentes comunitários de saúde. Os profissionais são liberados de parte da carga horária semanal para freqüentar o curso.

Além do curso técnico formal, algumas equipes promovem ações internas de educação, reconhecendo a importância do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. Na formatação desses cursos internos nas unidades de saúde da família, foram identificadas algumas características de educação permanente, como planejamento local e continuidade. Mas as características são predominantemente de educação continuada, pois quem planeja os temas (necessidades) na maioria das vezes são os profissionais de nível superior (BRASIL, 2004).

Apesar de o ordenamento da formação dos trabalhadores ser realizado de forma consistente, em curso técnico e pós-graduação, ainda é incipiente a atuação junto aos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem existentes na Universidade Federal do Acre, havendo apenas a disponibilização de campo de estágio para esses profissionais. Neste caso, a universidade parece mais resistente e pouco aberta a sugestões de mudança, já que historicamente a academia deteve o poder de formular os currículos de graduação de acordo com suas próprias necessidades e capacidades.

Como prática de educação permanente, as discussões dos processos de trabalho pelas equipes ou nos territórios regionais são capazes de gerar demandas por aprendizado de acordo com as necessidades. Apesar de parecer um processo insidioso, um gerente de regional de saúde promoveu debates sobre os processos de trabalho em reuniões periódicas. Para o entrevistado, este era um espaço de construção onde eram debatidos os problemas reais dos serviços, que possibilitavam a reorganização de práticas, sendo as decisões compartilhadas. Segundo ele, essa ação não está acontecendo atualmente pela sobrecarga de trabalho e falta de espaço físico.

> Todas as terças-feiras a gente reunia com a equipe: enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem, os ACS. A gente ia conversar sobre determinados assuntos que eles estavam propondo e que eles tinham maior dificuldade. A gente avaliava o perfil epidemiológico da área [...]. Fazia um plano de ação [...]. Era muito bom por que era mais voltado para construção, não tinha nada pronto... (Gerente de regional de saúde).

Ceccim (2005) ressalta a necessidade do desenvolvimento de recursos que possibilitem o "aprender a aprender" na construção de um ambiente de aprendizagem individual, coletivo e institucional. Nesta linha, a ação nas regionais de saúde é uma prática avaliativa nos moldes da educação permanente, que possibilita a avaliação dos processos de trabalho e gera práticas pedagógicas formuladas conjuntamente, aproximando as necessidades formativas ao mundo das práticas. Dessa forma, rompe com as tradicionais capacitações geradas pela concepção que associa a baixa eficácia das ações exclusivamente à falta de competência profissional, que consomem muitos recursos e possuem poucos efeitos de mudança nas práticas (MERHY, 2005).

Em relação à participação dos alunos de graduação no serviço de saúde, os trabalhadores entrevistados ressaltaram a importância dos estágios nas unidades, com destaque para a aquisição de experiência prática pelos alunos e ao auxílio nas atividades realizadas pela equipe. Os representantes do Conselho Municipal de Saúde também reconheceram a importância da presença dos acadêmicos nas unidades.

> Acho que é ótimo o estudante, com o professor. Eles são atualizados. Eles estão vivenciando e discutindo aquele problema, aquele problema cria força, cria importância. Ao passo que nós, isolados, cada um no seu lugar, parece que a gente tá vendo um problema, mas a imagem vai

> ficando congelada. De tanto a gente ver, a gente já não se preocupa tanto. [...] Para mim é vital isso aí. (Representante dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde).

A maioria dos entrevistados desconhece qualquer pesquisa desenvolvida no serviço, nem mecanismos de incentivo para a realização das mesmas. A elaboração de monografias dos cursos de especialização foi citada por algumas pessoas, embora dependam mais do interesse dos próprios profissionais do que das necessidades do serviço. É possível que, com o avanço da articulação da Secretaria Municipal de Saúde com as instituições de ensino, a realização das monografias também se aproxime das necessidades e que o próprio serviço gere demandas para a realização de pesquisas.

Os trabalhadores, de uma forma geral, se queixam da falta de incentivo para a realização de práticas de educação permanente e de pesquisa. Além da sobrecarga de trabalho, dizem que apenas a produtividade é valorizada. A falta de relatos sobre essas ações no cotidiano dos serviços pode estar associada ao não-reconhecimento de práticas avaliativas informais.

A realização de pesquisa de satisfação do usuário foi citada por um trabalhador de uma equipe de saúde da família. A pesquisa estava sendo executada pelos próprios profissionais, com o objetivo de avaliar a atuação da equipe e balizar mudanças no processo de trabalho de acordo com os resultados apresentados. A iniciativa própria de avaliar as ações com o foco no usuário configura-se como inovação dentro da rotina de uma equipe de saúde da família, destacando-se esta ação como uma prática avaliativa criativa e capaz de reorganizar as ações da equipe.

> A gente queria saber até que ponto nosso trabalho está sendo viável. Porque muitas vezes a gente pode achar que está abafando, né? Pode achar que está fazendo um trabalho muito bom, porque a comunidade chega pra gente sempre elogiando. Mas sempre tem aquelas pessoas que não estão satisfeitas. Então a gente queria saber qual é o problema, qual é a demanda, em que a gente poderia melhorar. E só através dessa pesquisa é que a gente vai poder ter essa resposta. (Trabalhador).

Processos de trabalho

O desenho dos processos de trabalhos assume importância fundamental para o êxito das ações na atenção básica. Podem-se melhorar as relações interprofissionais e com a comunidade e avançar na integralidade da atenção à saúde dependendo da abertura à participação de trabalhadores e usuários na construção desses processos (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

A maioria dos gestores entrevistados identifica que os processos de trabalho são definidos no âmbito dos departamentos, o que muitas vezes resulta em incompreensão nas unidades, pois as orientações não chegam com agilidade a este nível do sistema. Algumas falas demonstram que as definições ainda acontecem na gestão de forma centralizada.

> Normalmente a discussão vem junto aos diretores e ao Secretário e depois baixa para as coordenações e áreas técnicas. E aí vai baixando de acordo com cada departamento. Aí o departamento se encarrega de estar baixando. Quando a gente vê que não está tendo resultado, ou que os fluxos não estão normais com as rotinas, o que é que a gente faz? A gente bota todo mundo numa salona. Agora, a gente tem um negócio, a gente reúne uma moçada e chama a atenção para os fluxos que foram construídos. (Gestor).

> As pessoas pensam aqui em cima, repassam. E isso está acontecendo hoje, agora, a gente pensa aqui em cima repassa para o gerente, o gerente repassa. É que nem brincadeira de telefone, né, quando chega lá na ponta está tudo desvirtuado. Eu não percebo sentar para discutir, eu não percebo sentar para planejar. Senta e se planeja aqui, mas eu não percebo isso dentro das unidades... (Gestor).

Segundo um dos trabalhadores entrevistados, os fluxos de informações e assistência são todos definidos no nível central e não há participação das equipes na elaboração e efetivação desses fluxos.

As ações de educação permanente, bem como as práticas avaliativas nas regionais, podem ser capazes de alterar esse panorama, trazendo para próximo dos trabalhadores a decisão sobre o modo de se trabalhar em equipe na comunidade.

Vínculos trabalhistas

Na gestão anterior era grande o número de servidores irregulares e uma das modalidades de contratação era a formação de cooperativas. Nos primeiros anos da nova gestão, decidiu-se pela formalização dos vínculos e foram realizados concursos públicos para efetivação de servidores. Optou-se pela diminuição dos contratos temporários e por cooperativa. O Ministério Público participou dessa decisão, que representa por si só um avanço na constituição dos serviços, possibilitando processos mais duradouros e comprometidos.

Segundo os entrevistados, há três tipos de vínculo vigentes na Secretaria Municipal de Saúde: os servidores do estado cedidos à prefeitura, os profissionais contratados em concurso público e os profissionais que realizaram concurso simplificado, com previsão de regularização.

Apesar de avanços em relação aos vínculos trabalhistas, a maioria dos entrevistados relatou situação precária das condições de trabalho, principalmente no ambiente das unidades de saúde. Segundo os gestores, o investimento inicial foi direcionado à regularização dos servidores e à organização do modelo de atenção, com previsão de compra de equipamentos e reforma nas unidades a partir da segunda metade da gestão.

> Priorizou-se primeiro o atendimento, primeiro a contratação efetiva das pessoas. Porque quando nós recebemos o município, nós tínhamos apenas 13 módulos de saúde (unidades de saúde da família) realmente funcionando, e foi estendido e nós hoje temos 41. Mas para ter esses 41 nós tivemos que contratar pessoal. E teve que ver a questão da farmácia básica, que passou de trinta e pouco, quarenta e pouco para 109 itens agora. Então, houve a questão primeiro de um investimento no alicerce. E agora, esse ano tem previsão de reforma e compra de equipamentos para todas as unidades básicas. Assim, esse ano é que vai ter a estrutura... (Gestor).

Os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde ressaltaram a necessidade de melhoria no ambiente das unidades. Um deles discordou das reclamações dos trabalhadores, justificando que no setor público não se pode ter as mesmas condições oferecidas pelo setor privado.

Utilização das avaliações institucionais

A busca por inovação nos sistemas de informação e sua utilização na avaliação do serviço de saúde faz parte da agenda da gestão estadual desde o início dos anos 2000,

com investimento em equipamentos e capacitações de servidores e colaboradores, estimulados pela execução de projetos do Ministério da Saúde, como VigiSUS, Rede Nacional de Informações em Saúde e Experiências Inovadoras no SUS. Neste último foram aprovados dois projetos que tinham como objeto a utilização integrada de sistemas de informação e a avaliação por meio de indicadores (LOFEGO; FEITOSA JR., 2002; DUARTE; FEITOSA JR., 2002).

No início da nova gestão, a Secretaria Municipal de Saúde foi fortalecida com a disponibilidade de profissionais habilitados do estado para o gerenciamento das ações do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação (DRCA). Atualmente avança-se com a realização de reuniões participativas com as regionais para implantação dos processos avaliativos descentralizados.

Para os gestores, houve avanço na utilização de avaliação descentralizada e participativa, com base na construção e análise dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, e destaque para os indicadores de produtividade e de vigilância à saúde. Oficinas de avaliação trimestrais foram realizadas inicialmente com gestores, gerentes de áreas técnicas e gerentes das regionais de saúde. Depois incluíram a participação de profissionais dos centros de saúde e unidades de saúde da família, inclusive dos agentes comunitários de saúde. A ampliação da participação está proporcionando aumento do interesse dos profissionais pela avaliação do processo de trabalho, assim como a aproximação dos indicadores à realidade dos serviços. A co-responsabilização dos resultados alcançados entre gestores e trabalhadores também foi destacada nas entrevistas como uma conquista.

Usuários e representantes do Conselho Municipal de Saúde também são chamados para participar das oficinas, mas, segundo um gestor, a participação deles ainda é tímida. Representantes dos usuários no conselho se referiram a dificuldades na discussão do pacto por diferentes razões: uma no entendimento das questões técnicas, ressaltando a vantagem que os gestores levam no debate, por ter maior conhecimento técnico, e outra na questão de não haver construção conjunta, sendo a discussão no Conselho verticalizada e pouco democrática.

> Eu até evito essas discussões, exatamente por isso. Porque toda vez que se vai discutir Pacto, por exemplo, importante como esse, as coisas já estão prontas. Não há realmente uma renovação, uma criação de novas coisas para se inserir naquele contexto, que venha trazer solução para essa população. (Representantes de usuários).

Os principais instrumentos utilizados para avaliação são os preconizados pelo Ministério da Saúde, baseados nos Sistemas de Informações, principalmente o Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB) e o SIA-SUS. A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) também foi utilizada na gestão da atenção básica e em todas as unidades de saúde da família do município. Percebe-se também a construção de instrumentos de planejamento local para as regionais, com a implantação do Sistema Prograb, visando a agilizar as ações de planejamento descentralizadas.

O SIAB é utilizado cotidianamente pelos trabalhadores entrevistados, principalmente por meio do preenchimento de fichas e relatórios. Alguns profissionais nas equipes de saúde da família utilizam sistematicamente as informações geradas na unidade para planejamento interno, outros relatam dificuldades no fluxo das informações. Seja pelo nível

central, que não divulga ou discute informações consolidadas com as unidades, seja internamente, no registro das informações do serviço pelos próprios profissionais. A prática avaliativa institucional citada é recomendada, útil e acessível, mas depende principalmente da iniciativa da equipe local, uma vez que não há acompanhamento técnico permanente pelo nível central.

Segundo os trabalhadores, a gestão discute unicamente a avaliação sobre produtividade dos serviços. Silva Jr. e Mascarenhas (2004), ao proporem metodologia de avaliação do processo do trabalho, ressaltam a importância de uma ampliação dos processos avaliativos, no sentido de captar o cotidiano das práticas. O debate sobre os indicadores de produtividade se mostra inadequado como único método de avaliação, pois não é capaz de avaliar os processos de trabalho nem a qualidade do serviço prestado.

Alguns entrevistados relataram não existir mecanismos ou instrumentos de difusão das informações que não sejam através de reuniões entre o nível central e os profissionais. Todos os trabalhadores e alguns gestores consideram difícil o acesso a informações epidemiológicas e de produtividade das unidades, pois algumas não dispõem de equipamentos de informática em número suficiente, condições adequadas ou pessoas qualificadas para alimentar os sistemas de informação exigidos e enviam fichas para digitação no nível central.

Os representantes dos usuários, por outro lado, relataram melhora na difusão das informações em saúde para discussão no Conselho Municipal de Saúde. O fortalecimento das ações do conselho, com o cumprimento regular das reuniões e a apresentação recente dos indicadores do Pacto de Atenção Básica, pode ter contribuído para as diferenças entre a percepção de trabalhadores e conselheiros.

Apesar de as práticas avaliativas serem utilizadas sistematicamente pelas instâncias gestoras do SUS, o debate dos resultados realizado de forma participativa foi considerado na pesquisa como uma prática que potencializa a integralidade, na medida em que amplia pontos de vista e possibilita o surgimento de novas formas de gestão e de atenção no sistema de saúde. Utilizam-se instrumentos tradicionais, mas há avanços na incorporação de novos atores no processo avaliativo. Contraditoriamente, a maioria dos entrevistados não identifica essas práticas participativas como produtoras de processos avaliativos. E não as utilizam para regulação do sistema no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Instrumentos de controle social

As instâncias formais de controle social são os espaços institucionalizados de participação da população, constituindo-se em espaços públicos de deliberação coletiva das políticas de saúde (GUIZARDI et al., 2004). A permeabilidade da gestão ao controle social se traduz na ampliação da capacidade de escuta da população e de suas necessidades na formulação dessas políticas.

Na análise das entrevistas com gestores e conselheiros foi identificado um projeto de institucionalização do controle social ainda em construção, mas com bons indícios de avanço na estruturação dos alicerces para uma prática de controle social mais efetiva por parte dos conselhos de saúde. Conforme entrevistas e análise documental, foram realizadas todas as reuniões previstas dessa gestão e algumas extraordinárias, com quorum e

atas disponíveis para consulta, fatos que não vinham acontecendo na gestão anterior segundo a fala de um dos entrevistados.

Na composição do Conselho Municipal de Saúde, empossada em fevereiro de 2005, alguns representantes participam pela primeira vez devido ao desligamento de instituições por faltas periódicas de seus representantes às reuniões anteriores. O curso de capacitação para conselheiros ainda não havia ocorrido nesta gestão, apesar de já haver o planejamento do mesmo.

Além da capacitação de conselheiros, estão sendo implantadas duas experiências-piloto de conselhos comunitários de saúde com atuação nos segmentos territoriais. Os conselhos comunitários funcionarão articulados ao Conselho Municipal de Saúde e terão caráter consultivo, não deliberativo. Essa ação pode evoluir para o desenvolvimento de práticas avaliativas que ampliem a possibilidade de participação, mesmo que não decisória, abrindo espaço para novas demandas em relação ao sistema de saúde. Também é uma prática que fortalece o controle social, criando uma cultura de participação mais próxima à realidade dos cidadãos.

Os representantes de usuários apontaram os avanços do Conselho Municipal de Saúde na atual gestão, ressaltando que todos os projetos e o planejamento da Secretaria Municipal passam em discussão no conselho. Apesar do reconhecimento, há críticas sobre a distorção de sua atuação ao referendar as decisões da gestão, opinião compartilhada por usuários e gestores. Também há questionamentos sobre a falta de legitimidade dos representantes de usuários, feitos por um membro da própria categoria. Essa crítica pode estar relacionada à atuação do entrevistado junto ao Conselho Estadual de Saúde, que tem um modelo distinto de representatividade, menos ligado ao território e mais a entidades de movimentos sociais.

A representatividade de usuários nos conselhos de saúde é uma conquista dos movimentos sociais na Constituição de 1988, e possibilita a efetiva participação nas políticas públicas. Não obstante, essa representatividade está sujeita aos condicionamentos da política local e da evolução histórica dos movimentos sociais.

Gerschman (2004), ao pesquisar a representatividade em conselhos municipais, relata que as associações de bairros sofreram importante esvaziamento no seu papel político de representação, com uma descaracterização de luta política no âmbito dessas entidades. A autora coloca ainda algumas dificuldades na forma de representação de usuários nos conselhos, como a falta de articulação com o grupo de representados, o que é uma contradição na forma de participação, e a eleição de pessoas que não são usuários efetivamente, mas têm a capacidade de entender o que é debatido nos conselhos. Este último aspecto esteve presente na fala de representantes de usuários nesta pesquisa, o que gera a possibilidade de manipulação por parte de gestores e trabalhadores, que são mais bem articulados, conhecendo melhor as múltiplas e difíceis facetas do SUS.

Em 2005, na primeira reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, foi criada a Comissão de Avaliação da Atenção Básica (CMS-Rio Branco, 2005). A demanda pela criação dessa comissão partiu da Conferência Municipal de Saúde, na qual se identificou a necessidade de sua constituição, dado o volume de ações referentes ao funcionamento da atenção básica. A comissão começou a se consolidar em 2006. Esta é uma iniciativa de diversificação das práticas avaliativas tradicionalmente implantadas, configurando uma

inovação na gestão, uma vez que a instância de controle realiza avaliação da atenção básica de forma participativa.

O debate participativo em torno do Pacto da Atenção Básica foi apresentado no Conselho Municipal de Saúde, assim como o resultado deste processo de construção. Tal ação se configura como prática avaliativa inovadora, já que contribui para a formação da desejada cultura avaliativa, além de possibilitar a participação nos processos de gestão da secretaria.

Conferência Municipal de Saúde

No final de 2006, aconteceu a VI Conferência Municipal de Saúde, que na preparação contou com a realização de pré-conferências regionalizadas. Alguns entrevistados consideraram que a conferência abordou questões importantes relacionadas aos processos de trabalho e a expansão de serviços, como a implantação da ouvidoria, ampliação do apoio diagnóstico e criação de terceiro turno de atendimento nos centros de saúde.

Um gestor entrevistado fez uma crítica à condução da conferência, que teria induzido a aprovação do pacto de gestão, com algumas dificuldades para representantes dos usuários que não são familiarizados com termos técnicos e siglas próprias do setor saúde. Um representante de usuário reforça a crítica, afirmando que se absteve de participar das últimas conferências por falta de espaço democrático de discussão.

A questão do não-cumprimento das prioridades definidas na conferência, em favorecimento a outras ações que não seriam prioridade, foi um aspecto levantado por um trabalhador.

> A prioridade é a atenção às práticas de prevenção e promoção de saúde. Mas na verdade a gente ficou muito decepcionado quando viu a construção do pronto-socorro do Segundo Distrito, e a prioridade que foi dada, não importa de onde tenha vindo esse recurso. Mas, enquanto eles colocam como prioridade a atenção básica, eles vêm construindo em cima de milhões, um hospital... (Trabalhador).

Implantação da ouvidoria

No contexto de fortalecimento do controle social, ainda não existe ouvidoria implantada. Mas praticamente todas as entrevistas com os gestores relatam avanços no processo de implantação de ouvidoria na Secretaria Municipal de Saúde, que funcionará em articulação com o Conselho Municipal de Saúde. Houve debate no conselho sobre a implantação, com a participação de membros do Ministério da Saúde, do Ministério Público e da Ouvidoria Geral da União. A lei de criação da ouvidoria foi apresentada no Conselho Municipal de Saúde em abril de 2006.

Os recursos e os meios para implantação já estão disponíveis, conforme relatos, inclusive com espaço físico e pessoal contratado. Segundo os entrevistados, o processo está em discussão na prefeitura, para que sua implantação seja efetiva e facilite a identificação dos gargalos do sistema. Esta foi a principal demanda para sua criação.

Um entrevistado reconheceu a importância da ouvidoria, desde que sejam reconhecidas as necessidades dos usuários. Outro levantou a questão de que os próprios conselheiros já funcionam como "ouvidores", e os problemas mais relatados são a ausência do médico no horário de trabalho e o atendimento exclusivo por fichas nas unidades.

> Eu achei importante a proposta, desde que ela seja uma ouvidoria do povo, não uma ouvidoria do governo. Porque tem umas manias de colocarem uma ouvidoria que está ouvindo mais o gestor do que o povo, certo? A ouvidoria é para ser do povo. (Representante de usuário).

Imprensa

Um aspecto interessante é a existência de instâncias informais que participam do processo de cobrança, avaliação e construção do sistema de saúde. O papel da imprensa é intenso, funcionando como serviço de utilidade pública e de denúncias. De maneira informal, a gestão utiliza a mídia como uma prática avaliativa, na medida em que a considera como um instrumento utilizado pelo usuário na defesa do seu direito. Soma-se a isso a atuação do Ministério Público, que tem na mídia um de seus instrumentos de controle. Esta relação entre a imprensa e o Ministério Público se configura num dispositivo de práticas avaliativas que pode ser utilizada por gestores e trabalhadores na reorientação de suas atividades.

A contribuição dos meios de comunicação no processo de implantação do SUS é crescente. Através da circulação de informações há possibilidade de uma maior aproximação da gestão com a população, resultando no fortalecimento do sistema e no aumento da cultura de participação democrática, que torne mais efetivo o controle social na formulação das políticas (SILVA et al., 2007). Em Rio Branco, foi reconhecida a participação da imprensa como instrumento de fiscalização e de informação em saúde para trabalhadores e para a população.

Conhecimentos e práticas dos trabalhadores

As práticas cotidianas de atenção à saúde ainda são realizadas basicamente no modelo tradicional. Questões como o acolhimento, valorização do vínculo, responsabilização e trabalho em equipe são pouco consideradas no modelo de atuação na atenção básica em Rio Branco. Percebe-se um distanciamento na incorporação da integralidade na assistência, apesar de seu avanço nas práticas de gestão. Apesar dessa constatação, as concepções de integralidade e cuidado dos entrevistados são abrangentes e se aproximam dos conceitos utilizados atualmente na literatura.

O sentido das práticas avaliativas pode ser ampliado através da análise da dimensão do cuidado. Nas ações que têm a promoção da saúde como eixo, essas práticas devem necessariamente considerar a revisão daquilo que se quer fazer na atenção à saúde (AYRES, 2004a), do que é a necessidade da população e do ambiente local. Considerando esse aspecto, percebeu-se a realização de práticas avaliativas informais, não-institucionalizadas, por iniciativa própria de trabalhadores, que pouco dialogam com os avanços alcançados na gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Acolhimento

A referência ao acolhimento, nesta pesquisa, remete a uma relação humanizada entre profissionais e usuários em diversas situações, considerando aspectos como a capacidade de receber e escutar adequadamente o usuário que procura o sistema de saúde ou de identificar e gerar repostas às demandas individuais e coletivas. Também se considera a

possibilidade de reorganização do processo de trabalho, deslocando o foco do médico para a equipe multiprofissional e o aumento da resolutividade do cuidado e da satisfação do usuário, conforme os referenciais de Franco et al. (1999), Silva Junior e Mascarenhas (2004) e Gomes e Pinheiro (2005).

De acordo com os entrevistados, quem recebe as pessoas na unidade de saúde da família, na maioria das vezes, é o técnico de enfermagem ou o agente comunitário de saúde, este em menor quantidade, pois parte de sua jornada de trabalho é fora da unidade. A participação do enfermeiro nas ações de recepção e acolhimento dos usuários foi relatada apenas em uma equipe.

Os técnicos de enfermagem são sobrecarregados porque fazem também a pré-consulta e procedimentos próprios de enfermagem, como curativos e vacinas. Essas tarefas consomem tempo de trabalho do técnico, o que dificulta a recepção e a escuta das demandas dos usuários que chegam à unidade.

Os representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde relataram que há dificuldades no acesso à unidade de saúde da família, e em muitos casos impessoalidade na recepção pelos profissionais, o que pode gerar tensões no cotidiano das práticas em saúde. Como solução, os profissionais sugeriram a realização de ações voltadas para o desenvolvimento das relações interpessoais. Esta posição coloca como pressuposto que a responsabilidade pela dificuldade do primeiro contato é exclusivamente do profissional, o que é questionável. Embora a capacidade de escuta seja prerrogativa importante do profissional que recebe, não é levada em conta na fala dos trabalhadores a organização do processo de trabalho interno da equipe, que pode repercutir no atendimento na porta de entrada.

O acolhimento como dispositivo de transformação do processo de trabalho, tendo sua filosofia implantada nas unidades de saúde, é capaz de alterar essa situação sem a necessidade de trabalhar as relações interpessoais. Alguns bons exemplos dessa mudança figuram na literatura, com resultados significativos e melhoria na relação entre profissionais e usuários, facilitando a formação de vínculos entre eles (FRANCO et al., 1999; FRANCO et al., 2004; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Em uma unidade básica citada, a qualidade do acolhimento é avaliada através de uma pesquisa de satisfação do usuário, com resultados positivos na reorganização das ações. Nas reuniões que uma equipe faz com lideranças da comunidade, um assunto recorrente é a necessidade de melhora na recepção dos usuários. Essa demanda repercutiu na equipe induzindo um processo de mudança. As reuniões periódicas com moradores das comunidades configuram práticas avaliativas informais capazes de induzir mudanças nos processo de trabalho. Se bem exploradas essas podem ser indutoras da melhoria de qualidade do cuidado nas unidades de saúde.

> A comunidade mesmo reclamou, na reunião, que precisava ter uma melhora na qualidade do atendimento no acolhimento. Tanto que depois dessa reunião nós pensamos em procurar fazer um curso para a unidade de relações humanas, algo para melhorar a qualidade do atendimento. (Trabalhador).

Os trabalhadores entrevistados disseram não utilizar um instrumento próprio de recepção ou acolhimento e não haver organização da demanda na unidade de saúde da família. O atendimento é baseado na demanda espontânea. São entregues "fichas" às pessoas que

chegam à unidade, e o atendimento é realizado por ordem de chegada. Segundo os relatos, o atendimento de enfermagem é livre, pois a demanda não é grande, mas o atendimento médico é limitado a 16 fichas, sendo realizadas cerca de 20 consultas médicas por turno, contando com as urgências. Os fluxos não são definidos formalmente, sendo estes combinados em reuniões dentro da equipe e executados de modo não coordenado. Apenas um trabalhador falou que em sua equipe há organização da demanda em grupos, que têm dia fixo para consultas, sendo o número de consultas médicas menor nesse dia.

Ambos os modelos de atendimento estão levando à formação de filas noturnas nas unidades. Por considerar o processo desumano, um representante de usuários traz a demanda pelo desenvolvimento de formas diferenciadas de acesso. A existência das filas noturnas pode prejudicar a relação entre equipe e usuários/comunidade, resultando em alguns transtornos no cotidiano do serviço.

Uma equipe decidiu pela forma de atendimento por fichas a pedido de usuários. Ou seja, os próprios usuários que participaram de reuniões na comunidade preferiram esse modelo de assistência. Pelo fato de esse modelo ser hegemônico e tradicional, no Acre e no Brasil (FRANCO et al., 1999; TAKEMOTO; SILVA, 2007), a população pode não conhecer ou estranhar outros modelos, sendo então uma questão cultural. Outra possibilidade é que a participação na reunião pode não refletir o conjunto de usuários das unidades básicas de saúde, havendo a tomada de decisões que não necessariamente agrade a todos.

> Na questão de atendimento médico... é também um pouco disso, porque a pessoa tem que chegar às vezes de madrugada, quatro horas da manhã, cinco horas da manhã. Às vezes a gente passa e vê muita gente lá buscando uma ficha, alguma coisa para ser atendido. Acho que se deveria trabalhar uma outra forma de acesso da população para esses atendimentos. (Representante de usuário).

Apesar de os trabalhadores entrevistados se referirem a esses modelos de atuação, um deles abriu a possibilidade de não existir uma padronização, relatando que há muitas diferenças no processo de trabalho entre as unidades básicas do município de Rio Branco. Desta forma, pode haver outro modelo que se aproxime da idéia de acolhimento, em unidades nas quais trabalhadores não foram entrevistados.

Nas análises das entrevistas com trabalhadores, não apareceu a atuação dos agentes comunitários como possíveis atores no processo de organização e caracterização da demanda, bem como de agente difusor da oferta. Na questão do acolhimento como mobilizador de alteração das práticas, não se verificaram experiências significativas que avançam neste sentido. A única prática avaliativa é realizada de maneira informal. Neste ponto, os avanços na integralidade são incipientes, havendo necessidade de melhora.

Vinculo e responsabilização

A idéia de vínculo é categorizada por Silva Junior e Mascarenhas (2004) em três dimensões: como afetividade entre trabalhador e usuário, que denota preocupação ou sensibilização com o sofrimento do outro; como relação terapêutica, que gera o movimento de procura do usuário ao profissional em caso de sofrimento e a sensação de segurança com sua presença; e como continuidade, que tem a ver com a possibilidade de acompanhamento do usuário pelo mesmo profissional. Para os autores, a

responsabilização está implicada na noção de vínculo, com o profissional "assumindo a responsabilidade pela vida e morte do paciente".

Para a maioria dos trabalhadores, não há dispositivos institucionais que fortaleçam o vínculo. Apenas um trabalhador disse que em sua equipe são utilizados alguns dispositivos para fortalecimento do vínculo, como passeios com os grupos de idosos e adolescentes para locais turísticos e de lazer e a visita domiciliar, priorizada no processo de trabalho, inclusive dos profissionais de nível superior.

Pelas falas dos trabalhadores, identificou-se um possível desconhecimento de dispositivos que facilitem o vínculo e a responsabilização, estando presente muito mais intuitiva do que intencionalmente. Comentou-se que essa questão tem melhorado ao longo do tempo, mas que ainda é uma minoria dos profissionais que valoriza o vínculo e a responsabilização como princípios fundamentais de uma boa prática em saúde. Um representante de usuários não identifica essas práticas na rede de serviços, mas apenas em casos isolados, dependendo do perfil profissional.

Trabalho em equipe

O trabalho em equipe na atenção básica é um pressuposto institucionalmente reconhecido e recomendado nos documentos-base para a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 1997). Ao longo de tempo, as equipes vêm sendo ampliadas, tanto no serviço, como nas iniciativas de formação multiprofissional (BRASIL, 2006c).

Para Ceccim (2004), devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade como ação estritamente política e avançar para uma visão por *entre-disciplinas*, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões em nome da melhoria da qualidade de vida do usuário.

De forma geral, na rotina dos profissionais de nível superior (principalmente médico e enfermeiro), há uma uniformidade entre as atividades executadas, com atendimento ambulatorial pela manhã e visitas domiciliares e atividades educativas no turno vespertino. Dentro dessa rotina há sempre espaço para reuniões de equipe. Os encontros com a comunidade são mais esporádicos, ocorrendo com espaço de meses entre um e outro.

Embora as falas dos gestores apontem para a centralização das decisões, os relatos reforçam autonomia dos processos de trabalho, que são condicionados por dois aspectos: a valorização exclusiva da produtividade por parte dos gestores e a adoção de protocolos de atendimento por patologia.

Percebe-se a autonomia de trabalho das equipes na atenção básica na formulação das ações e do fluxo interno que configuram o processo de trabalho, segundo o relato dos trabalhadores. Ocorrem reuniões de equipe semanais para avaliação, planejamento e educação continuada. Nessas reuniões há deliberação sobre a rotina da unidade e as ações desenvolvidas. Configura-se em uma prática avaliativa informal realizada nas unidades que facilita o trabalho em equipe e reordena permanentemente as ações locais em saúde. Tradicionalmente, a reunião de equipe não é ressaltada como prática avaliativa, sendo considerada uma parte da rotina de trabalho. Por vezes não é aproveitada em sua total potencialidade.

As cobranças por produtividade pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde valorizam a quantidade de consultas médicas e de enfermagem realizadas, em detrimento

de avaliações afins à integralidade. Nota-se, entre os trabalhadores, pouco reconhecimento dos espaços de discussão participativa nos segmentos como práticas avaliativas da gestão. A valorização da produtividade, como prática avaliativa hegemônica, é também presente nas falas dos representantes de usuários, que ressaltam o número de atendimentos do profissional em detrimento da qualidade deste. A ênfase na quantidade, tanto por parte de gestores como de usuários, acaba por influenciar nas decisões da equipe sobre a organização do processo de trabalho, devido à pressão para garantir a quantidade desejada de atendimento.

> Uma solução seria que os médicos trabalhassem mais. Na sua maioria eles não cumprem a sua carga horária. Às vezes tem médico que passa [...] no máximo uma hora e meia no posto de saúde, sendo que, se eu não me engano, ele tem que passar pelo menos quatro horas. [...] Aí eu acho que [...] se ele passasse o horário certo, no lugar dele atender 15 pessoas, ele iria atender uma média de 30 a 35 pessoas, ou até mais. (Representante de usuário).

> [...] batemos um pouco de frente com isso, porque nós temos que fazer nossos grupos, o módulo (unidade) de saúde da família não tem se transformar num mercado. Tem que ter qualidade de atendimento e não quantidade. E se nós deixarmos, aqui nós atendemos 100 pessoas por dia. (Trabalhador).

Vê-se aí uma dicotomia: quantidade *versus* qualidade. É aceitável que por vezes um excesso de consultas comprometa a qualidade do atendimento, mas não é uma relação estritamente obrigatória, podendo haver influência de outras variáveis nessa relação, como formação profissional e organização do processo de trabalho. No caso, os trabalhadores podem estar transferindo para a gestão a responsabilidade pela dificuldade que a equipe tem no cotidiano dos serviços, em sua atuação e na organização do atendimento na unidade. Favoreto (2006) ressalta que, dependendo da forma de atuação do profissional, é possível utilizar melhor o tempo de consulta, tornando-a menos demorada. Essa possibilidade depende da capacidade de entender e interpretar as narrativas, conscientes e inconscientes, presentes nas formulações dos usuários.

A adoção de protocolos de atendimento por patologia foi relatada pelos trabalhadores e é considerada por eles como um fator de indução da organização do processo de trabalho, externo à construção e às decisões próprias da equipe, o que acaba por condicionar a sua autonomia.

O trabalho em equipe não é sentido pelos representantes de usuários entrevistados. Estes não identificaram a comunicação entre os profissionais na dinâmica do trabalho na unidade e questionam o compartilhamento dos objetivos das ações pela equipe multiprofissional, relatando que cada um deles desenvolve seu trabalho isoladamente.

Não obstante, na análise do trabalho em equipe, evidenciou-se a articulação entre equipe de saúde da família e outras instituições que prestam serviços nas comunidades, como escolas, ONGs, entidades religiosas e lideranças comunitárias, com parcerias nas ações realizadas. Embora essa articulação seja percebida pelos trabalhadores, um dos representantes de usuários relatou que muitas vezes há distância entre as ações promovidas pelas associações de moradores e as da equipe de saúde. A participação destacada é a do agente comunitário, mas não pelo fato de fazer parte da equipe de saúde, mas por serem moradores da comunidade.

Há uma contradição entre a percepção do trabalhador e do usuário. O primeiro tende a ressaltar as parcerias já estabelecidas para o cuidado, enquanto o outro não se sente como parte dessas parcerias ou não as percebe. A visão do usuário pode estar influenciada pela condição de representante no conselho, que é diferente da visão do usuário "comum" e pode haver uma tendência crítica que a própria condição carrega. Como já foi ressaltado aqui, por vezes os representantes eleitos não são efetivamente usuários do SUS, mas pessoas que possam entender sua complexidade e que tenham boa aceitação da comunidade (GERSCHMAN, 2004).

Centralidade no médico nos processos de trabalho

Um aspecto que aparece nas falas de todas as categorias profissionais entrevistadas é a centralidade do médico nas questões organizacionais de gestão e na demanda por assistência à saúde. Ou seja, quando os entrevistados se referem aos problemas das unidades, aos modelos de gestão e organização do sistema e busca por atendimento, a figura do médico foi a mais citada e debatida. A ausência do médico na equipe, o não-cumprimento de horário e a falta de humanização no atendimento foram problemas relatados de forma recorrente.

Ao se referir aos profissionais de referência das equipes de saúde da família, no modelo de descentralização da avaliação institucional para os segmentos adotados pela gestão municipal, um gestor destacou apenas profissionais das especialidades médicas, sem citar os profissionais das outras profissões da área da saúde.

Quando perguntados sobre a organização dos processos de trabalho em equipe, os representantes dos usuários citaram explicitamente o papel do médico como principal no funcionamento do sistema de saúde, com ênfase na quantidade de consultas realizadas. Essa centralidade parece um traço cultural do povo brasileiro, até pela hegemonia que a profissão médica ocupou ao longo dos anos. Não obstante, algumas experiências de alterações substantivas no processo de trabalho vêm criando novos modelos de trabalho em equipe, como nos locais onde houve implantação do acolhimento como dispositivo de humanização do primeiro contato (FRANCO et al., 1999; TAKEMOTO; SILVA, 2007). Para alcançar o princípio da integralidade, é necessária a mudança dessa lógica hegemônica, de uma perspectiva recortada da realidade que reforça o corporativismo para uma que considere a pluralidade e a complexidade, que tenha o usuário como foco de atuação (CECCIM, 2004).

Concepções de integralidade e cuidado

A análise das concepções de integralidade dos entrevistados da pesquisa revelou sentidos diversos, o que reforça o caráter polissêmico do termo (MATTOS, 2001).

Uma primeira colocação sobre o conceito de integralidade seria sua qualificação como um conceito amplo, de caráter holístico. Grande parte dos gestores se referiu ao sentido do olhar para o ser humano de uma forma integral, para o todo, não por partes e não simplesmente para a doença, mas considerando as dimensões biopsicossociais do indivíduo. Outros complementaram esta análise levando em conta a inserção desse indivíduo na família, na comunidade, no ambiente.

A integralidade como princípio do SUS foi muito citada pelos gestores, o que mostra uma forte ligação essa concepção. Gestores, trabalhadores e representantes de usuários enfocaram questões como a prática integrada nas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação como forma de responder à totalidade das necessidades da população, se configurando em um cuidado integral. Ainda dentro dessa linha, foi citada a integração entre os níveis de assistência desde a atenção básica até os hospitais. Essa concepção dialoga com a análise realizada por Silva Jr. (1998), que, ao analisar os modelos tecnoassistenciais presentes à época, ressalta a articulação da rede de cuidado como um dos principais aspectos da concepção de integralidade, apontando para a necessidade superação das dicotomias entre ações individuais e coletivas, preventivas e curativas.

Alguns gestores trouxeram a integralidade como princípio para a dimensão da gestão, com colocações como garantia do acesso e articulação entre instrumentos de avaliação e planejamento. Outros trouxeram para o debate a noção de integração entre saberes e práticas, tanto no nível de assistência, quanto de gestão. Desta forma, citaram a importância de um trabalho com equipe de profissionais de saúde das diversas áreas, de forma interdisciplinar, articulado a outras instituições que prestam serviços na comunidade, como escolas, ONGs, associações e igrejas. No âmbito da gestão, foi bastante citada a intersetorialidade como mecanismo de aumento da qualidade de vida.

> É um conceito muito amplo. Acho que integralidade seria, dentro de uma comunidade, o trabalho conjunto de todos aqueles entes governamentais e não governamentais que atuam dentro daquela comunidade, visando o bem estar geral. É o trabalho conjunto da escola com o posto de saúde, com os agentes, com a comunidade, com a associação, com a igreja [...]. Enfim, eu acho que integralidade abrangeria tudo. (Trabalhador).

A dificuldade em representar o conceito na prática cotidiana foi apresentada por alguns entrevistados. Dessa forma, trouxeram um sentido utópico para o conceito de integralidade. Nota-se uma contradição: a maioria dos entrevistados discutiu o conceito de integralidade na teoria com muita propriedade, mas alguns mostraram dificuldade, e até uma ponta de resignação, ao transpor o conceito para a prática.

Pinheiro e Mattos (2001) fizeram uma análise sobre os sentidos da integralidade que ajudaram a construir a formulação do princípio do SUS, abordando aspectos relacionados tanto à assistência, com a abordagem integral no cotidiano das práticas, quanto à gestão, ao planejamento e à execução de ações. Os autores ressaltaram a diversidade nos sentidos e a emergência destes das práticas cotidianas em diversas experiências no sistema de saúde, em vários pontos no país.

Os sentidos referidos ao cuidado têm um caráter menos abstrato do que o de integralidade e são ligados às práticas cotidianas, na vida no trabalho em saúde. A referência a aspectos gerais do cuidado foram ligadas a atitudes como: tratamento humano, atenção, respeito, olhar cuidadoso e igualdade entre as pessoas. Alguns exemplos figurativos aparecem nas falas, como o abraço, a mãe abraçando uma criança e a vida em família.

Cuidado é considerado por Boff (2000) enquanto essência humana, que é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Desta forma, pressupõe a adoção de determinado conjunto de valores que levam a um modo de viver a vida, na relação com as pessoas e com o ambiente.

A questão do acolhimento aparece nas falas como sendo um dos aspectos do cuidado, através de uma recepção humana e melhoria do acesso. O sentido de cuidado como uma prática dentro do sistema se completa com a associação à concepção de integralidade, com algumas falas sobre a produção do cuidado através de um conceito ampliado de saúde e de uma prática interdisciplinar.

Esse sentido dialoga com Ayres (2004b) que, trazendo a compreensão para as práticas em saúde, sem deixar de considerar sua dimensão filosófica, identifica o cuidado como uma

> atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Direito de escolha

A noção de direito de escolha trabalhada na pesquisa diz respeito à autonomia do usuário na busca pela melhor forma de cuidado, conforme suas necessidades. A busca por assistência pode estar além do sistema de saúde, em práticas alternativas ou religiosas. Leva também em consideração a abertura dos profissionais ao compartilhamento das responsabilidades com o usuário, dando margem a que este possa decidir a melhor maneira de se produzir o cuidado.

Duas questões principais foram pontuadas na pesquisa: a questão da co-responsabilização pela terapêutica e a realização de tratamentos caseiros, principalmente com plantas medicinais. Em relação à co-responsabilização pelo tratamento entre profissional de saúde e usuário, foi indicada sua importância para a formação de vínculo e para a atenção às demandas dos usuários.

> Para mim significa você tanto mostrar esse lado humano, o respeito, como dar a essas pessoas oportunidade de se abrir. Porque às vezes o que falta muito em saúde é o próprio paciente ter um pouco de conhecimento de seu problema de saúde. Às vezes até ele mesmo resolve. [...] Às vezes até mesmo um chá, uma alimentação, alguma coisa assim é o fator que resolve o problema [...]. Quando o paciente discute o seu tratamento com o profissional, o profissional fica mais confiante e, ao mesmo tempo, dá confiança ao paciente. (Representante de usuário no Conselho).

A fala acima retrata a demanda por uma nova relação terapêutica, em que o usuário tem mais voz sobre as decisões sobre o cuidado, mas pode não configurar prática disseminada na relação profissional-usuário, por se tratar da opinião de uma liderança consciente de seus direitos. Considera-se que o aumento da capacidade de compreensão do problema de saúde contribui para a autonomia e o poder de argumentação dos usuários, levando à reorganização do cuidado, pois proporciona uma maior abertura para negociação sobre opiniões e intervenções dos profissionais de saúde (FAVORETO, 2006).

Os tratamentos caseiros são utilizados com freqüência, mas sem institucionalização dessa prática, segundo relatos de trabalhadores e usuários. Um dos trabalhadores ressaltou o respeito que a equipe local tem por essas práticas, o que acontece quando existe uma experiência anterior dos profissionais com o assunto. Em relação às pessoas que trabalham com fitoterápicos, como benzedeiras e rezadeiras, há respeito por parte da equipe, considerando que a terapêutica apontada pelo serviço de saúde também seja

efetivada. Isso aponta para a aceitação do uso de plantas medicinais, desde que mantida a hegemonia do conhecimento técnico-científico.

O uso de chás e plantas acontece em larga escala no Brasil na busca pela melhoria do estado de saúde. Essa prática é freqüentemente verbalizada como "medicina popular" (ACIOLI, 2004). No Acre, o uso é amplamente difundido e utilizado, concomitantemente ou não com práticas alopáticas. O uso das plantas medicinais faz parte da cultura da população amazônica, refletindo a história da colonização da região, com relação estreita com a floresta, principalmente áreas onde havia e há isolamento em relação às ações institucionais na área da saúde.

Considerações finais

Na análise dos desenhos da integralidade desta pesquisa, foram evidenciadas diversas práticas avaliativas que estão presentes na gestão e na atenção e têm em comum, em sua maioria, a informalidade. Ou seja, não são compreendidas ou racionalizadas conscientemente como práticas de avaliação capazes de reorganizar os serviços. E têm em comum o traço de inovação que impulsiona o desenvolvimento e a evolução do SUS. Se essas práticas se tornarem institucionais na avaliação do sistema de saúde, podem dar sustentação a seu processo de consolidação, fortalecendo-o. Apesar do desenvolvimento dessas práticas, precisa-se avançar em uma cultura avaliativa dos serviços.

Algumas dessas práticas na gestão merecem destaque. São consideradas ações que potencializam a integralidade: a relação entre as unidades da atenção básica dentro da formação das regionais de saúde; as reuniões de avaliação e construção participativas dessas regionais; a utilização desses espaços para debate sobre os processos de trabalho, como forma de educação permanente; o ordenamento da formação em nível técnico e de especialização na integração com instâncias formadoras, notadamente a universidade; a implantação de conselhos comunitários de saúde e da comissão de avaliação da atenção básica no Conselho Municipal; o debate participativo sobre os indicadores do pacto de atenção básica.

Na rede de atenção à saúde, as práticas são mais informais e menos numerosas. Podem-se destacar as reuniões de equipe e com a comunidade, ambas no intuito de avaliar os processos de trabalho e reorganizá-los. Uma equipe relatou o uso de pesquisa de opinião.

Os itinerários terapêuticos analisados indicam que novas práticas avaliativas podem e devem ser incorporadas aos instrumentos existentes, colocando a opinião do usuário, normalmente passiva, como norteadora de fluxos e concepções nos serviços.

Em relação aos desenhos organizadores da integralidade, é interessante ressaltar alguns pontos. Como em todo processo de implantação de políticas, existem áreas que avançam mais do que outras. Destacam-se a organização do sistema no território, com o desenvolvimento do segmento como unidade avaliadora, e a construção das políticas de educação permanente e controle social. Outras ações necessitam de um investimento maior para que o sistema de saúde avance em sua construção. Na gestão essas compreendem a regulação, que depende de um pacto bem definido e articulado; na atenção, a organização dos processos de trabalho, que compreende acolhimento, vínculo e trabalho em equipe.

O município de Rio Branco não é auto-suficiente na construção do sistema de saúde local, uma vez que há grande participação da gestão estadual na organização dos fluxos assistenciais. É necessário, então, que haja uma articulação progressiva, com canal permanente de diálogo entre as instituições para alcançar êxito na construção da rede de atenção à saúde em Rio Branco e no Acre.

É importante evidenciar a articulação entre as instâncias gestoras e as entidades de defesa do direito à saúde, principalmente o Ministério Público, que em Rio Branco vem formando parcerias com a gestão, sem deixar de atuar na garantia desse direito.

Após a consolidação e análise dos dados da pesquisa, foram realizadas três devolutivas para conselheiros municipais de saúde, gestores e equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Os participantes dessas devolutivas se reconheceram no processo de construção do sistema e a maioria das falas ressaltou que a pesquisa conseguiu captar o momento em que passa à Secretaria Municipal de Saúde. Com a realização desses encontros houve, de certa forma, uma validação dialógica dos resultados encontrados, o que para a equipe foi de fundamental importância, resultando inclusive em credibilidade da mesma pelos membros dessa Secretaria. Observa-se ainda que a apresentação dos resultados tem o potencial de suscitar discussões que podem repercutir no reforço de ações inovadoras da gestão e na reorganização dos serviços, uma vez que proporciona mais clareza no reconhecimento dos avanços e retrocessos das ações realizadas.

A reflexão advinda desse projeto de pesquisa, que além de buscar debater os desenhos da integralidade e as práticas avaliativas cotidianas, se propôs a interagir com os sujeitos envolvidos e pode contribuir para a construção de um sistema de saúde mais humano e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da vida da população de Rio Branco e do Acre.

Referências

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 187-203.

ALVES, P. C. B; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B; So$uza, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia.. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação,* v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS, 1997.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda*: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: MS, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para implantação de Complexos Reguladores*. Série Pactos pela Saúde – volume 6. Brasília: MS, 2006.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2004.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofisssional em saúde*: experiências, avanços e desafios.. Brasília: MS, 2006.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização Solidária e Cooperativa*. Série Pactos pela Saúde. V. 3. Brasília: MS, 2006.

CAMPOS F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 259-278.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

_____. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 564-566, set. 2006.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO. Ata da reunião extraordinária nº 01 de posse dos conselheiros municipais de saúde gestão 2005/ 2007. Realizada em 03 de fevereiro de 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DUARTE, R. W. L.; FEITOSA JR., A. R. Avaliação e acompanhamento da assistência por meio de indicadores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS:* Relato de experiências. Projeto REFORSUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FAVORETO, C. A. O. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 185-203.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 2, n. 15, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B. et al. (orgs). *Acolher Chapecó*: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GUIZARDI, F. L. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, Sup. 2, p. S331-S336, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em <www.ibge.gov.br> Acesso em: 27 mar. 2008.

LOFEGO, J.; FEITOSA JR., A. R. Utilização integrada das bases de dados nacionais para geração de parâmetros assistenciais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS:* relato de experiências. Projeto REFORSUS. Brasília: MS, 2002.

MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade*: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 34-64.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família a interface da vigilância à saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 91-111.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. *Experienciação*, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Ensinar Saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p.13-35.

PINHEIRO R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PRADO, S. R. L. A; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 399-407, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO. *Pacto de Gestão Municipal*. Rio Branco-AC, 2003.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n.2, p. 331-340, 2007.

As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá

MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SPINELLI
JÚLIO STRUBING MÜLLER NETO
FÁTIMA TICIANEL SCHRADER
VALDELÍRIO VENITES

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou a bandeira da cidadania, do movimento da reforma sanitária, instituindo o direito à saúde como um dever do Estado. Reafirmou os princípios da universalidade, da equidade, da atenção integral, da descentralização e da participação popular que, ao se materializarem, modificam as práticas das instituições de saúde, visando à construção de sistemas de saúde resolutivos e democráticos, que apontem a superação das desigualdades sociais.

O estudo realizado em Cuiabá em 2006-2007 elegeu a integralidade como prática social, presente nas múltiplas experiências desenvolvidas na gestão do cotidiano do SUS e a considera como "um importante traçador de inovações [...] na medida em que constitui um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos, em espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde" (PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 14). Opondo-se ao conceito de modelos ideais na organização das ações e serviços de saúde, Pinheiro e Mattos (2006, p. 12) propõem as práticas como foco de investigação por serem portadoras dos "desafios, possibilidades e limites para a reversão do modelo tecnoassistencial no sistema de saúde brasileiro".

Enquanto princípio do SUS, a integralidade é abordada como resultante de um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e abordagem integral dos indivíduos e da família. Como afirmado acima, para Pinheiro (2002), a integralidade tem um sentido mais amplo do que a definição legal e resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

As práticas relacionadas ao cuidado podem, ao inovar a gestão dos sistemas e o dia-a-dia dos serviços, facilitar a resolutividade da atenção, a comunicação e a vocalização entre os sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) nos processos de formulação e condução das políticas. A apreensão, análise e reflexão das características desses processos requerem das instituições um acompanhamento permanente, podendo as práticas avaliativas ser um dos elementos do aprendizado deste processo.

A temática da avaliação já vinha suscitando debates e, mais recentemente, tem sido impulsionada pelo Ministério da Saúde, que pretende induzir uma "cultura avaliativa" ao

institucionalizar a avaliação na atenção básica. Valoriza a apropriação dos resultados produzidos pelas avaliações, com vistas ao aperfeiçoamento institucional e profissional (FELISBERTO, 2006).

Contandriopoulos (2006), considerando a diversidade dos interesses que envolvem as decisões sobre os sistemas de saúde, questiona a capacidade destes resultados, assim como a própria institucionalização da avaliação na melhoria da organização do setor. E sugere estratégias que favoreçam o debate, aprendizado e a reflexão em torno de novos modelos intelectuais, de forma que a avaliação possa a vir a ser um instrumento com potencial renovador. A incorporação das práticas avaliativas no cotidiano dos serviços, envolvendo o pacto entre os usuários e os interessados na utilização dos resultados da avaliação, desde a construção do seu desenho, conforme Baker et al. (2000), pode constituir momentos pedagógicos como proposto por Contandriopoulos, visando à construção de sistemas de saúde resolutivos, equânimes, democráticos, integrais.

Este texto[1] apresenta os resultados do estudo realizado no SUS Cuiabá e aborda duas dimensões: a da gestão e organização dos serviços e participação política; e a do conhecimento e prática dos trabalhadores. A pesquisa de campo foi desenvolvida entre os meses de abril e maio de 2007.

A construção do sistema de saúde de Cuiabá: idas e vindas

Fundada em 1719, Cuiabá, capital de Mato Grosso, teve sua urbanização impulsionada na década de 1960. O estado foi objeto das políticas federais do regime militar, que visaram a modernização e ampliação das fronteiras agrícolas, estimulação de projetos de colonização, construção de rodovias e planos de integração nacional. Tais projetos estimularam grandes levas de migrantes para Mato Grosso, principalmente para Cuiabá, provocando o desenvolvimento da região Amazônica e Centro-Oeste (SIQUEIRA, 2002). A população estimada em 2006 foi de 542.859 habitantes, com taxa de crescimento anual de 2,04%, e de urbanização de 98,6%. (CUIABÁ, 2006). Em 2000, o IDH foi de 0,821 e cresceu 8,03% no período de 1991-2000, sendo considerado de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2000).

A organização dos sistemas de saúde é um processo historicamente construído no cotidiano e na interação entre os sujeitos, cuja dinâmica implica tanto a idéia de conflito e de disputa de projetos políticos, quanto a condição de forjar alianças entre sujeitos. Quando os projetos estratégicos são comprometidos com os princípios do SUS, tem-se maior possibilidade de gestão inovadora com sistemas de saúde resolutivos e democráticos e regidos pela integralidade. Quando estas estratégias rearticulam interesses privados, tendem a privilegiar a relação com os serviços contratados de saúde e as tecnologias de alta complexidade, em detrimento da atenção básica. Nestas condições, a atenção básica perde o caráter de coordenação e ordenação dos serviços de saúde ofertados à população.

O predomínio de práticas oligárquicas, clientelistas e corporativas no setor saúde tem permitido o exercício de interesses privados no sistema de saúde (privatização do público), paralelamente à oferta de serviços mínimos e de baixa qualidade para a "população pobre". O direito social e a dimensão universalista das políticas de proteção são negados.

[1] Agradecimentos a Roseni Pinheiro, pelas discussões e contribuições ao artigo.

Tem sido nesta arena que a garantia do direito à saúde tem sido construído, registrando avanços concretos e muitos desafios.

Cuiabá está entre os municípios brasileiros pioneiros na reorganização do sistema municipal de saúde, anterior à Constituição Federal de 1988 que instituiu o SUS. Sua história tem sido permeada por momentos inovadores reconhecidas nacionalmente (BRASIL/MS, 2001) e retrocessos e crises repercutindo na sua capacidade de implementar um sistema de saúde que realize de fato a garantia do direito à saúde. Daí a importância dos contextos e da historicidade nos processos de avaliação capazes de demarcar as particularidades da construção dos sistemas de saúde (PAIM; SILVA, 2006, p. 100).

Os serviços de saúde de Mato Grosso e de Cuiabá caracterizavam-se, até 1980, pela centralização e pelo viés privatista, conforme o modelo ditado pela Política Nacional de Saúde do regime autoritário. A rede de serviços públicos contava com dez postos e centros de saúde urbanos e um pronto-socorro com ausência de informações epidemiológicas e sistema de referência (SCHRADER; NASCIMENTO, 2006).

Com a redemocratização do país e o retorno ao Estado de direito, houve condições políticas, no período 1986-1988, de incorporar diretrizes do movimento da reforma sanitária à política de saúde, instituindo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A conjuntura democrática foi potencializada por uma gestão municipal inovadora em Cuiabá, que assumiu a reorganização do sistema de saúde. O modelo assistencial com ênfase na atenção básica foi redesenhado. A rede básica foi ampliada e foram construídas as policlínicas e o hospital municipal. O modelo assentava-se na concepção de distritos sanitários, regionalização e hierarquização do sistema. A constituição dos Conselhos Inter-Institucionais de Saúde foi o início da democratização nas decisões do setor saúde em Cuiabá, de acordo com as autoras citadas.

Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica do Município (LOM, Lei nº 2.820/90), que orienta o sistema de saúde de Cuiabá. A LOM foi alterada em 2003 pela Lei Complementar nº 94, que substituiu as diretrizes para a organização do modelo assistencial e de gestão por orientações genéricas da política de saúde, e extinguiu a eleição direta dos dirigentes de unidades de saúde (CUIABÁ, 1990; 2003).

O período 1989-1992 correspondeu à transição entre o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e o SUS, havendo retorno às práticas clientelistas com loteamento de cargos, desmantelamento da equipe técnica, e de privatização do setor, com o foco da política de saúde voltada para a assistência curativa e o reforço da hegemonia dos serviços credenciados.

A construção do SUS aproxima Cuiabá dos demais municípios brasileiros que demonstram avanços e recuos na implantação e, no funcionamento dos seus sistemas de saúde, os estáveis são as exceções à regra (WAGNER, 2006). Segundo esse autor, fatores como a capacidade de pressão da sociedade civil, os costumes políticos e clientelistas local/regional, entre outros, "tendem a pesar bastante em um sistema em que o poder da autoridade local de aderir a este ou aquele projeto é quase absoluto" (WAGNER, 2006, p. 429). Fato de o SUS ainda não se constituir em um projeto das classes média e alta reforça a instabilidade dos sistemas de saúde.

A implantação e a consolidação do SUS, em Cuiabá, ocorrida entre os anos de 1993 e 2004, pode ser caracterizada em três períodos distintos:

a) Municipalização - quando ocorreram o processo de descentralização propriamente dito e a implantação do SUS, sob a ótica da gestão. A política de saúde, no período de 1993 a 1995, acompanhou a tendência nacional impulsionada pela 9° Conferência Nacional de Saúde de 1992 e pela Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93). O município foi habilitado na Gestão Semiplena (NOB/93) em 1994 e a Secretaria Municipal assumiu a coordenação do controle, avaliação e auditoria do SUS, tendo sob sua responsabilidade os prestadores de serviços privados, e implantou a central de vagas (autorização e agendamento de exames e internações eletivas). Foram implantadas ainda a Ouvidoria do SUS, ligada diretamente ao Conselho Municipal de Saúde, e fortalecida a estrutura administrativa dos distritos sanitários. A Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES) transferiu suas unidades sanitárias, ampliando a rede de atenção sob o gerenciamento municipal, segundo Schrader e Nascimento (2006).

b) Expansão dos serviços e crise do financiamento - os anos 1996-2000 se definem pela expansão da rede de serviços e crise no financiamento e na gestão. O município foi habilitado à gestão plena do sistema (NOB 96) e a Secretaria de Saúde ampliou os serviços da atenção básica (Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família), consolidou a descentralização dos serviços das vigilâncias, reformou as policlínicas e criou ambulatórios próprios de especialidades médicas. Novos serviços denominados de média e alta complexidades foram contratados junto ao setor privado para atender a demanda reprimida. A expansão da rede se serviços citada coincidiu com a crise do financiamento do setor saúde[2], de caráter nacional e mais evidente a partir de 1994, cuja face mais conhecida foi a "crise das semiplenas", que se associou à crise das filantrópicas e do descredenciamento dos serviços especializados privados. A crise da gestão expressou os limites para a expansão da oferta e o desfinanciamento do setor, gerando: falta de atendimento nas especialidades, débitos com fornecedores e prestadores de serviços, tentativas de restrição do acesso aos usuários de outros municípios, denúncias sucessivas de cobranças diretas aos usuários. O agravamento da crise levou o Ministério da Saúde a desabilitar Cuiabá da Gestão Plena do Sistema em março de 1999, decisão revertida no mês seguinte, por meio de uma articulação entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES), a Comissão Intergestora Bipartite e os Conselhos de Saúde Estadual e Municipal, envolvendo apoio financeiro e redefinição da programação pactuada e integrada (PPI).

c) Autonomia e fortalecimento do setor público (2001-2004) - a avaliação subseqüente à crise, em 2001, levou os novos dirigentes da saúde no município a identificá-la à ingovernabilidade gerada pelo clientelismo e pela desconcentração administrativa em distritos sanitários, além do desfinanciamento do setor. Em conseqüência, a Secretária Municipal adotou medidas que visaram à recentralização administrativa da saúde, extinguindo os distritos sanitários e o fortalecimento da rede pública, com a reorganização da atenção básica e secundária. Realizou novos investimentos, expandindo a rede própria, implantando o programa de saúde mental, os Centros de Apoio Psicossocial, as residências terapêuticas e a Central de Regulação (CER/SUS), em parceria com a Secretaria Estadual. Melhorou o monitoramento e o controle dos contratos com o setor privado (SCHRADER; NASCIMENTO, 2006). O município contou com a forte sinalização da gestão estadual nesse período, cuja política priorizava a expansão e consolidação da estratégia da saúde da família para a atenção básica e a regionalização e interiorização do cuidado especializado à saúde por meio dos consórcios intermunicipais e de serviços e hospitais regionais próprios (MATO GROSSO, 2002).

[2] Ministério da Previdência Social deixa de repassar os recursos financeiros para a saúde, levando o Mistério da Saúde a congelar o teto dos recursos a serem repassados aos municípios e a Tabela SUS de pagamento dos serviços. A crise do setor levou à aprovação da CPMF em 1997, para garantir o seu financiamento.

O atual período de gestão municipal da saúde (2005-2007) vem sendo marcado pela indefinição política, alta rotatividade de secretários, oscilando entre profissionais da saúde pública e empresários da saúde, com predominância dos últimos. Há forte interferência do prefeito e do Legislativo municipal no uso político partidário das nomeações dos cargos de confiança. A atenção especializada de alta complexidade voltou a ser priorizada em relação à atenção básica. Ao mesmo tempo, há medidas da gestão de continuidade da implantação dos conselhos gestores locais e registram-se também movimentos e manifestações de luta e resistência por parte dos profissionais, dos conselhos e, mais recentemente, do Ministério Público, que se somam na busca da garantia do direito à saúde, evidenciando a complexa teia de interesses e movimentos que constituem a política de saúde.

Acrescenta-se, ainda, a indefinição da política de saúde da gestão estadual, a partir de 2003, desresponsabilizando-se pela consolidação da Estratégia da Saúde da Família e negligenciando sua responsabilidade compartilhada com os gestores municipais de coordenação e indução política da regionalização da saúde, assumindo uma postura burocrática e controlista. As conduções políticas da SMS e da SES se potencializaram em conseqüências significativas para a gestão da saúde na capital, como se verá a seguir.

A regulação assistencial em Cuiabá privilegia a integralidade da atenção?

Esta dimensão buscou analisar a regulação do sistema de serviços de saúde (regulação assistencial) como função pública, definida como conjunto de estratégias construídas que buscam garantir o acesso da população (respostas) mediante a integração dos serviços e como parte do processo de gestão, planejamento e avaliação e permeabilidade do sistema ao controle social. Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a integração dos serviços de saúde está implícita na proposta de reforma das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária de Saúde (APS) e os sistemas integrados dos cuidados têm como representação uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionados à clínica, à governança e às representações e valores coletivos.

Na implementação de sistemas de saúde complexos como o SUS Cuiabá, ficam evidentes os campos de luta e resistência entre projetos distintos na disputa pela governança e hegemonia econômica e política. De um lado, são segmentos dominantes, cujos diferentes interesses pretendem a ocupação do espaço público como forma de acumulação de poder e de capital. Do outro, segmentos populares com interesses distintos, mas com um ponto comum: a defesa de projetos baseados no direito à saúde e à participação social. Arenas tensas onde se expressam os mecanismos de resistência e defesa do usuário, impulsionados pelos Conselhos (municipal e locais) e na prática dos profissionais de saúde, que se utilizam de certa autonomia e vão tecendo cenários e possibilidade de mudança no micropoder do modelo tecnoassistencial.

O cenário da gestão não é favorável, quando se observa o momento da crise[3] atual no SUS Cuiabá. Crise que se manifesta na mudança de foco da gestão do cuidado do paciente para o da restrição e racionalização da oferta dos serviços; na ênfase nos serviços conveniados; na desarticulação entre a direção e equipes técnicas; na precariedade dos vínculos empregatícios de metade da força de trabalho municipal e na estagnação da atenção básica. Há uma insatisfação dos profissionais, um desencanto em suas falas, um desânimo paralisante, reportando a predominância de práticas clientelistas na tomada das decisões setoriais.

Por outro lado, é preciso reconhecer as diferentes iniciativas da equipe técnica da Secretaria de Saúde que luta pela implantação e/ou consolidação de estratégias mais estruturantes, como o planejamento, a regulação e a avaliação, e que, nos diferentes contextos de crises e sucessivas mudanças de rumos políticos, defendem e tendem a sustentar os princípios e diretrizes do SUS. Uma dessas iniciativas é a ênfase nas ações de regulação que pressupõem normas e regras de controle, leis, decretos e protocolos.

A implementação da regulação requer capacidade gestora: recursos, equipes capacitadas, a conformação de sistemas de informação acessível a todos os envolvidos e mecanismos de participação e controle social (BRASIL, 2007). O CONASS identifica dois tipos de regulação no sistema de saúde: a sanitária de bens e serviços e a assistencial.

Para Mendes (2002), a regulação estatal dos sistemas de serviços pode envolver um conjunto de papéis, incluindo a capacidade de condução política do sistema, de normalização e de monitoramento, controle e avaliação. Destaca, ainda, que no SUS a macrofunção da regulação estatal tem sido tratada de forma restrita, como o exemplo da institucionalização de centrais de regulação, um meio para a operacionalização de sistema logístico de agendamento de consultas especializadas e internações hospitalares.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/02) introduziu o conceito de regulação no desenho da regionalização da saúde. A NOAS integrou às funções de planejamento, alocação de recursos, controle e avaliação, visando à promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2002). Entretanto, de modo contraditório, a mesma NOAS/02 assumia a definição de regulação assistencial vinculada à disponibilidade de oferta de serviços e de recursos financeiros pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI) intergestores.

O Pacto da Saúde ampliou o campo de atuação da regulação da atenção à saúde (assistencial) a todas as ações diretas e finais, sejam prestadores públicos e privados. O complexo regulador (Portaria MS nº 399/06) é conceituado como estratégia que consiste na articulação e integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, internação, consultas e exames, de abrangência intramunicipal e regional, pactuados entre as três esferas de governo.

Em Mato Grosso, o processo de organização dos sistemas de referência e regulação consolidou-se ao longo da segunda metade da década de 1990 e, em 2002, quando da implantação da NOAS/SUS 02, a gestão estadual da saúde tinha constituído diferentes estratégias da regionalização da saúde. Havia comissões intergestores bipartites (CIBs) e

[3]Crise, entendida como situação de impasse e que exige novas respostas. O ideograma chinês referente à crise indica "risco e oportunidade".

programação pactuada (PPI) em todas as regiões de saúde, assim como consórcios intermunicipais de saúde e centrais de regulação da assistência, regionais e estadual (SCHRADER; MULLER NETO, 2002). Para os autores, a central de regulação estadual de Cuiabá (CER/SUS/Cuiabá) foi criada com o propósito de funcionar como um complexo regulador e espaço de integração entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

Os objetivos, as atividades e o gerenciamento da central articulados na forma de co-gestão foram aprovados na CIB/MT, pactuando responsabilidades e atribuições, uma experiência inovadora no SUS. Na modelagem pactuada, a SES ficou responsável pela regulação da urgência e emergência inter-hospitalar, pelos transplantes e pela relação com as centrais regionais e de outros estados, enquanto a SMS assumiu a responsabilidade pelas consultas especializadas, exames e procedimentos de média e alta complexidades, e além das internações (MATO GROSSO, 2002).

A central foi criada numa perspectiva de integrar os serviços e ordenar o fluxo do usuário na busca da melhor alternativa social:

> [...] a Central foi criada com a missão de garantir a integralidade do acesso, um dos princípios do SUS, e a melhor alternativa social, o que era muito mais difícil anteriormente. Foi criada também como forma de otimizar os recursos, facilitando o atendimento de exames/consultas necessários, evitando os reexames, integrando a PPI e os instrumentos que ordenam a referência e a contra-referência, otimizando recursos e ordenando o fluxo. A Central de Regulação era um ideal do SUS/MT (G2).

Paralelamente à implantação da central estadual, a Secretaria Estadual implantou as centrais regionais de regulação nos municípios sedes das microrregiões, também com formato bipartite pactuados nas CIBs regionais, buscando interligar os profissionais e os serviços em sistema de referência no estado, tendo a atenção básica como porta de entrada (MATO GROSSO, 2002).

> Antes da central, a Secretaria dava o pedido na mão do usuário, o usuário tinha de ir atrás. Com a Central um paciente de Porto Alegre do Norte sai previamente agendado, quando é necessário vir para Cuiabá, ele sabe dia, hora e local do atendimento. Sob ponto de vista organizacional, a CR organiza a rede assistencial (G2).

O gerenciamento conjunto entre Estado e Município foi garantido inicialmente. Com a mudança dos governos, estadual (2003) e municipal (2004), alguns acordos e parcerias, assim como a própria concepção de regulação até então implementada, sofreram alterações. Também surgiram novas dificuldades: sucessivas trocas de secretários estaduais e gerentes da regulação e os profissionais médicos qualificados para atuar na central não tiveram seus contratos renovados. Para solucionar este último problema, a Secretaria Estadual criou 60 cargos comissionados ("cargos de confiança"), aprovados na Assembléia Legislativa do Estado, para médicos reguladores e supervisores, tornando a regulação mais susceptível à influência da política partidária e clientelista.

> Inicialmente, a SES sabia que tinha de contar com a parceria de Cuiabá, que garantiria o atendimento de alta complexidade, tanto para o acesso/atendimento do paciente, quanto os recursos materiais necessários. A participação foi garantida com dificuldades de mantê-la de forma contínua. Com a mudança de governo em 2003, houve rompimento político partidário entre a SES/SMS. Superadas as diferenças políticas partidárias, as duas

> instituições pactuaram a co-administração, a co-gestão. O município tem experiência em regular o atendimento (G2).

Em resposta à crise da carência de leitos de UTI em Mato Grosso, a Secretaria de Estado formalizou contrato com prestadores de serviços para leitos de terapia intensiva em Cuiabá[4], com pagamento de tabela diferenciada, gerando dois contratos com os prestadores, que eram vinculados por contratos anteriores à SMS. A decisão resolveu em parte a crise de déficit de leitos, mas criou um novo problema, orçamentário e financeiro, abrindo novas pressões dos prestadores para esta modalidade de tabela de valores diferenciados, em um sistema já subfinanciado.

> A SES paga tabela diferenciada para leitos de UTI e acaba gerando pressão dos prestadores junto à SMS para assumir a mesma tabela. A SMSC também pratica valores diferentes da tabela SUS, por exemplo, com os anestesistas. [...] quando a demanda é fruto de processo judicial é utilizada a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) para pagamento administrativo (G5).

Os atuais mecanismos de referência da SMS foram instituídos pela Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação, segundo as normas operacionais do SUS. O acesso dos usuários aos serviços se dá primeiramente pela rede de serviços de atenção básica e de urgência e emergência (policlínicas e pronto-socorro). No fluxo de acesso para os demais níveis de complexidade, prioriza-se a rede pública, e esgotada a oferta dos serviços disponíveis, recorre-se à rede contratada.

A unidade operacional da regulação estadual inclui subunidades de marcação de consultas, exames e internações. Em programas específicos como DST/Aids, saúde mental e reabilitação, o acesso é direto através da atenção básica, sem passar pelo agendamento da central. As unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família (USF) solicitam, por meio de guias, as consultas e exames/procedimentos especializados e as internações à central onde são analisadas e agendadas. As unidades da rede básica informam ao paciente.

Destaca-se, no entanto, que a maioria dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) e as internações hospitalares de média e alta complexidades são contratados com a rede privada. Os estabelecimentos públicos especializados são insuficientes (CUIABÁ, 2005).

> Existem apenas dois hospitais públicos em Cuiabá, um municipal e outro federal universitário, ambos com poucos leitos para internação eletiva em clínica médica e cirúrgica; A SMSC tem grande dependência do setor contratado, que oferece mais leitos cirúrgicos, devido aos baixos valores da tabela do SUS. A alta complexidade ambulatorial e hospitalar concentra-se no setor privado, inclusive exames de média complexidade de imagem e de cardiologia (G5).

Assim, os procedimentos e instrumentos normatizados pela SMS sobre a regulação da assistência são cumpridos pelo município e seguem a lógica do SUS na regulação da oferta por procedimento. Entretanto, não favorecem a coordenação do cuidado do

[4] Esta medida ocasionou a quebra do comando único definido nas normas operacionais do SUS, de forma que um prestador passou a ser regido por dois contratos (município e estado).

usuário/cidadão, a responsabilização e o vínculo entre profissionais e os serviços nos diferentes níveis de acompanhamento do usuário com agravo crônico e/ou agudo. A articulação interna da rede de serviços é precária e as funções de coordenação do cuidado, práticas avaliativas e de monitoramento são pouco institucionalizadas. Desse modo, existe a referência formal, mas via de regra, não se garante a responsabilização dos níveis de atenção secundária e terciária e o acompanhamento da evolução, cuidado integral e retorno do usuário à sua unidade básica de origem. Não há contra-referência formal.

Em sua avaliação, os usuários reconhecem os avanços proporcionados com o controle, a avaliação e a regulação da assistência. Destacam a mudança do sistema de agendamento, não precisar chegar às duas horas da manhã para marcar uma consulta, por exemplo. A principal reclamação dos usuários refere-se à demora na confirmação da consulta pela central, associada ao déficit da oferta de consultas especializadas, de exames e de procedimentos complementares, situação reconhecida por um técnico:

> A unidade tem acesso através de uma senha, sendo a maior dificuldade oftalmo e ortopedia, com o PSF diminuiu o encaminhamento. As reclamações, o acesso e a demora ocorrem porque não existe a garantia da referência, estes são acompanhados pelos ACS, mas não existe a contra-referência (G6).

Na visão de um gestor, os problemas da demora e da fila para atendimentos especializados também estariam relacionados à baixa resolutividade na atenção básica, conforme relato:

> se a atenção básica realmente acolhesse o paciente, com exame clínico bem detalhado, 40% dos usuários atendidos não precisariam ser encaminhados à Central de Regulação para acesso a procedimentos especializados. Por exemplo: uma dor de estômago, se identificado o problema e tratado, não precisaria ser encaminhada para o gastro (G5).

O processo de integração e os fluxos de comunicação entre unidades básicas, serviços especializados e a central de regulação apresentam problemas decorrentes da não-institucionalização e priorização da gestão do cuidado, confirmando a análise de Hartz e Contandriopoulos (2004), de que a integralidade e a interação dos serviços por meio de rede assistenciais caminham juntas. Quando o processo de regulação da assistência não está focado na gestão do cuidado e na integralidade, definem-se normas e fluxos irracionais, como descritos abaixo por um profissional de saúde:

> [...] o médico do PSF não pode autorizar as internações de urgência atendidas na unidade', sendo que o fluxo instituído pela área de controle e regulação obriga o usuário, mesmo com diagnóstico, a passar pelo pronto atendimento do Pronto Socorro de Cuiabá, gerando uma sobrecarga na urgência e dificuldades para o usuário. A internação via USF é somente autorizada para gestantes, que no momento do parto é referenciada ao hospital (P1).

Assim, a regulação assistencial é vista pelos profissionais entrevistados como estratégia de ordenamento do acesso, mas também de racionalização dos recursos de média e alta complexidades, fruto das deficiências de recursos financeiros e das operações mediadoras, principalmente nas autorizações de atendimento no setor privado contratado (AIH e APAC). Há pouca participação dos profissionais na sua regulamentação e implementação.

> A regulação é restrita, principalmente em algumas especialidades, a contra-referência inexiste, ou seja, não há referência. A dificuldade com a marcação de exames: ultrassonografia gestacional leva dois meses para marcar, para internação há dificuldade porque primeiro o paciente tem que passar no Pronto-Socorro de Cuiabá e, ainda, a burocracia não permite que ele saia de lá antes de 72 horas (P1).

> A referência é feita através da central de regulação, apesar de ser um pouco deficitária, porque a demora é grande. Todo dia é feito agendamento de consulta, mas tem períodos (por exemplo: em torno do dia 10 a 12 que eles abrem a agenda e as meninas conseguem agendar várias consultas. Muitos pacientes não vão e não avisam e fica durante um mês preso no sistema como se tivesse sido atendido. A demora em algumas épocas é pior. Para algumas especialidades não há agendamento. O problema dos exames é a demora. Caso de gestantes que é solicitado e ganha neném e não foi nem autorizado. Internação direta dificilmente é possível. Sem dificuldades só gestantes. A unidade não recebe nenhum relatório da central (P2).

A regulação do acesso é difícil em um sistema com forte predominância do setor privado na prestação de serviços. As soluções adotadas como cargos comissionados dados a médicos reguladores e supervisores, tabelas de preços diferenciadas para leito de UTI e a determinadas especialidades médicas indicam o predomínio de uma racionalidade econômica que privilegia a compra desses serviços em detrimento da expansão da rede própria. A ausência de investimentos do governo estadual e federal em serviços públicos hospitalares e de alta complexidade ambulatorial compromete o sistema de referência estadual, e principalmente o da capital. Também é obstáculo à regulação o baixo nível de investimento de recursos próprios do SUS Cuiabá, na atenção básica e nos serviços de média complexidade, demonstrado pela baixa cobertura do PSF (31 equipes, no momento da pesquisa e cobertura populacional de 20% da população (CUIABÁ, 2006) e na carência de serviços de apoio diagnóstico nas Policlínicas e no Centro de Especialidades Médicas.

No contexto de crises e sucessivas mudança de gestores no período 2005 a 2007, os processos de luta e resistência dos profissionais da saúde e das instâncias de controle social indicam algum grau de organização que se opõem e tensionam o modelo dominante adotado pela gestão. Há diferentes iniciativas e movimentos pela superação da deficiência quantitativa de serviços por parte da Ouvidoria, do Ministério Público, da Câmara de Vereadores e da própria gestão municipal: a construção do novo hospital universitário com apoio do MS; o pleito junto ao MS de aumento do teto do município, defasado desde 2002; a deliberação da VI Conferência Municipal de Saúde pelo término da obra do Hospital Central de Cuiabá (estadual), como forma de aumentar a participação direta da Secretaria de Estado da Saúde na prestação de serviços. De curto prazo, há pressões de usuários para que se organizem mutirões na área de ortopedia e de cirurgias de catarata.

Planejamento e práticas avaliativas: orientados para o cuidado ou para o controle da oferta de serviços?

Merece destaque na análise da gestão o processo de planejamento da política de saúde, uma das exigências do SUS, expressa na Lei nº 8080 e nas normas operacionais como condição para habilitação do município à Gestão Plena do Sistema (BRASIL, 2001). O planejamento é uma função da gestão, que inclui a formulação, execução e avaliação da política de saúde. As práticas avaliativas têm variado ao longo dos anos, no entanto, ainda não estão completamente institucionalizadas na gestão.

O Plano Plurianual de Saúde, o principal instrumento de gestão, expressa a responsabilidade municipal com a saúde da população. Ele contém a programação das ações e a proposta orçamentária (Portaria MS nº 548/01) (BRASIL, 2001). Trata-se da síntese de processos de decisão sobre o que fazer diante de problemas e disponibilidade de recursos (TEIXEIRA 2001), devendo ser desdobrado em Plano de Trabalho Anual (PTA), atualmente denominado programação anual (Portaria MS nº 399/06). O processo de planejamento da saúde no município de Cuiabá é anterior ao SUS. O Plano Plurianual de Saúde[5] (PPA da Saúde) é o principal instrumento do planejamento da SMS, que é desdobrado anualmente em Plano de Trabalho Anual (PTA). O planejamento é conduzido pela assessoria de planejamento da Secretaria, que utiliza o método de "Gerenciamento pelas Diretrizes" (PDCA), implantado em 2002, cujo desdobramento contempla os níveis gestão do SUS: estratégicos, táticos e operacionais.

O planejamento inclui todas as áreas da secretaria e é realizado com a participação dos técnicos das várias diretorias (plano estratégico) e coordenadorias (plano tático), sendo desdobrado até as UBS/USF (planos operacionais). O PPA 2006-2009 foi construído de forma ascendente, através da realização de seminários, com construção de cenários por região de saúde (norte, leste, oeste e sul), e posteriormente aprovado no CMS, como relata técnico da gestão municipal:

> O planejamento tem como (uma das) metas fortalecer o controle social. Para suprir a ausência do usuário convidou o Conselho Municipal de Saúde. Levantam os pontos fortes e fracos, olhares externos e internos e constrói cenários das regiões de saúde. (G3).

> [...] há diretores, que só agora, perceberam o porquê do planejamento. A maior facilidade é com os profissionais da equipe de saúde da família, porque eles têm o hábito de planejar (G3).

Para os conselheiros a atual gestão ampliou a participação da comunidade na elaboração do PPA da Saúde, nos momentos referidos, mas estabeleceu os limites do processo, ao não vincular o plano ao orçamento e, assim, não se garantir os recursos para o que foi planejado e programado. Outro limite assinalado refere-se à própria visão do que deva ser o processo de planejamento:

> [...] Participo das ações de planejamento quando é para falar da área, não acho que avançou, os gestores trabalham mais com a doença e não com a prevenção... (C2).

A meta da ampliação das equipes de Saúde da Família está presente nos planos da Secretaria Municipal; entretanto, em 2006 foi implantada apenas uma equipe das 14 previstas. Pretende-se uma cobertura populacional de 50% até 2009, o que parece impossível de ser alcançado, considerando-se a baixa prioridade demonstrada, até o momento, na atual gestão. A realidade do município de Cuiabá é parecida com a de outros

[5]O Plano Plurianual da Saúde resulta do processo de planejamento realizado de quatro em quatro anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e as diretrizes do sistema, as ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do SUS municipal. Deve estar em consonância com o PPA do governo.

grandes municípios. Viana et al. (2006) analisam as dificuldades dos municípios acima de 100 mil habitantes na implantação do PSF no país, atreladas a fatores como presença marcante do setor privado.

O modelo e os instrumentos de planejamento utilizam as informações de morbi-mortalidade e a produção dos serviços. Essa estratégia restringe a compreensão dos problemas de saúde dos distintos grupos populacionais e empobrece a intervenção, centrada predominantemente na ação curativa.

A programação da oferta dos serviços é realizada principalmente através da PPI, com base na série histórica da produção dos serviços, acrescida de percentual, dependendo da disponibilidade financeira (CUIABÁ, 2005).

> [...] o referencial para análise e programação dos serviços de saúde são os dados emitidos pelos sistemas de informação/DATASUS, referente à produção das UBS ambulatoriais e hospitalares. Então, a lógica da programação não é baseada na necessidade, e sim em série histórica da produção e no financeiro (G5).

> [...] no ano passado houve um déficit orçamentário muito grande, principalmente (devido) a compra de serviços no setor privado. Outro exemplo, é o tomógrafo quebrado, ao invés de consertá-lo rapidamente, opta-se pela compra no setor privado (G3).

A PPI e os processos de contratação de novos serviços estiveram historicamente desvinculados do processo de planejamento da Secretaria, ficando sob responsabilidade da diretoria de controle, avaliação e regulação assistencial.

> [...] A SMS tem uma área de planejamento atuante. O trabalho desenvolvido envolve desde a atenção básica até a terciária. Atualmente a assessoria de planejamento, também está envolvida com as ações de contratação de serviços, que antes era realizada exclusivamente pelo setor de controle e avaliação (G5).

Apesar da tentativa de abranger o setor conveniado, o planejamento está limitado aos serviços próprios, à rede municipal pública. O setor contratado permanece fora do alcance do planejamento. Além disso, questões cruciais como a precariedade dos vínculos empregatícios de aproximadamente 50% dos profissionais que atuam no SUS municipal, assim como a gestão de pessoal e a educação permanente não aparecem como problemas para o processo de planejamento: o SUS municipal não é visto por inteiro, mas fragmentado. Os limites do processo de planejamento estão dados pelo excessivo recorte de seu objeto, assim como pela participação restrita dos demais atores fundamentais, dificultando assim as práticas da integralidade. O relato de um técnico é ilustrativo:

> [...] A Secretaria de Saúde de Cuiabá tem alta rotatividade de profissionais na rede de serviços, mais de 50% dos trabalhadores possuem contratos temporários- "vínculos precários". Há descontinuidade, os profissionais não permanecem então os processos paralisam (G5).

As práticas avaliativas e o acompanhamento fazem parte da metodologia do "gerenciamento por diretrizes", implicando identificação mensal das ações não realizadas, denominadas de "relatórios de não-conformidade", justificando o motivo e a reprogramação da ação. Os relatórios de resultados identificam o cumprimento das metas e resultados, pretendem a melhoria dos serviços e a participação dos usuários. As sucessivas trocas de secretários têm comprometido o acompanhamento do Plano e interrompido esta sistemática de avaliação.

> Existe uma sistemática de avaliação. Há os relatórios de não conformidade realizados mensalmente. [...] Outro instrumento de avaliação é o relatório de resultados, trimestral e se faz através de um seminário. A SMS faz o relatório de gestão e de resultado. Há um processo iniciado de gerenciamento da rotina, com foco na unidade, e a atenção básica já faz sua matriz de negócio que contem 22 serviços (vacina, pré-consulta) [...] (G3).

Na atenção básica, as práticas avaliativas se baseiam nos relatórios gerados pelos Sistemas de Informação, principalmente da Atenção Básica (SIAB), nas supervisões periódicas e nas metas de produtividade definidas na programação anual. As avaliações são mais quantitativas e pouco sistematizadas. O Pacto da Atenção Básica é outro instrumento utilizado no acompanhamento dos indicadores da atenção básica, envolvendo técnicos do nível central e profissionais das unidades, mas também é pouco utilizado como monitoramento e prática avaliativa na visão de um técnico da gestão e de um conselheiro:

> [...] utilizo mais o SIAB para avaliar que emite relatórios e informações, infelizmente não fazemos de forma sistematizada devido aos problemas da gestão. As avaliações são quantitativas. [...] O pacto de atenção básica é muito vertical. Apesar de existir oficinas, reuniões para programação, não é sistematizado (G6).

> [...] O Conselho participou uma vez desta reunião do pacto, vai lá discute, mas aí não sai do papel. Muita coisa boa foi discutida, mas depois não se toca mais no assunto (C3).

Em relação aos serviços contratados, as práticas avaliativas vigentes englobam as ações de: cadastro dos estabelecimentos de saúde, procedimentos técnico-administrativos de autorização de procedimentos e análise da produção e do pagamento dos prestadores, supervisão *in loco*, entre outras. A regulação introduziu normas, protocolos e fluxos regulatórios e instrumentos de avaliação médica, principalmente para serviços de alta complexidade contratados e de urgência inter-hospitalar, verificando a necessidade do procedimento, o custo e o tempo de espera. No entanto, essas informações não subsidiam o planejamento e não realimentam as práticas da regulação.

Embora haja procedimentos de monitoramento do acesso, as informações geradas pela Central de Regulação são pouco conhecidas e utilizadas pelos diretores, profissionais e representantes do conselho para a tomada de decisão e reorientação dos fluxos assistenciais.

A equipe de assessoria realiza a avaliação anual da satisfação do usuário, segundo metodologia específica. O relatório de gestão é outro instrumento de avaliação incluindo análises de resultados.

A gestão do SUS de Cuiabá dispõe de tecnologias e instrumentos de planejamento, práticas avaliativas e regulação, plano plurianual (PPA), plano de trabalho anual (PTA), programação pactuada e integrada (PPI), central de regulação, reunião de condução (que prioriza questões emergenciais decorrentes da crise), planejamento local e participativo, práticas avaliativas de satisfação do usuário e da atenção básica, relatório de gestão, supervisão dos prestadores contratados. Entretanto, os instrumentos de gestão determinados pelas normas operativas do SUS são cumpridas de forma burocrática, sem articulação entre os diversos procedimentos. Os resultados das práticas avaliativas não são utilizados pelas diferentes instâncias na realimentação dos respectivos planos e processos de trabalho (gestores, técnicos, trabalhadores e Conselhos) e nem têm potencializado

debates entre as instancias na construção de novas perspectivas, como discutido por Contandriopoulos, (2006) e Pinheiro e Mattos (2006).

A participação dos profissionais e usuários se faz presente na prática de planejamento da Secretaria de Saúde de Cuiabá, mas como todo processo democrático há tensionamento e resistência nos diferentes espaços em função das diferentes concepções e ideologias. Os conselheiros reconhecem avanços no processo de participação popular nas instâncias de planejamento do SUS municipal, mas cobram mudança de foco da doença para prevenção e promoção da saúde e a priorização na implementação das propostas das conferências. A gestão é pouco permeável ao controle social: a ênfase é o equilíbrio financeiro por meio do controle da oferta das ações e dos serviços de saúde obtido, na maioria das vezes com prejuízo do cuidado e da atenção ao usuário, sobretudo da atenção básica, em decorrência do menor poder de vocalização dos grupos sociais prejudicados.

O processo de planejamento, avaliação e a regulação estão implantados apesar das crises da gestão, mas não estão conseguindo ultrapassar o formalismo da ação para cumprimento das metas, definidas de modo burocrático: são priorizados os aspectos quantitativos e de produtividade dos serviços em detrimento dos aspectos processuais e qualitativos e, sobretudo, aqueles referentes ao cuidado.

As práticas avaliativas do controle social: inovações frente ao modelo burocrático?

Os mecanismos que potencializam a permeabilidade do controle social[6] na gestão do SUS Cuiabá são o Conselho Municipal de Saúde (CMS), a Ouvidoria, os Conselhos Gestores de Unidades (CGU), sendo a Conferência Municipal de Saúde o espaço de processamento das demandas dos diversos segmentos sociais. A participação se dá prioritariamente no processo de planejamento e no acompanhamento de determinados aspectos da política de saúde, como já descrito, e com pouco poder de vocalização na gestão do cuidado.

■ Conselho e Conferência Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde tem uma função histórica na construção do SUS Cuiabá, um espaço de luta constante pelo direito à saúde. Integra o processo de planejamento da secretaria elaborando suas próprias metas. Dispõe de orçamento próprio, Secretaria Executiva e Ouvidoria. Criado pela Lei nº 2820/90, teve sua composição modificada pela Lei nº 094/03, estabelecendo 20 representações no pleno (CUIABÁ, 2005).

A Conferência é parte do arcabouço jurídico do SUS como espaço de participação popular e dos trabalhadores na definição das diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 2001). Em Cuiabá, as conferências de saúde seguem calendário próprio (bianual) e são precedidas de pré-conferências em todas as regiões de saúde. Até 2003, foram realizadas seis conferências, sendo a primeira realizada em 1993.

Conforme estudo realizado por Muller Neto et al. (2007), a VI Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá contou com a participação de 100 delegados, num total de 250 participantes. Das 201 deliberações aprovadas, 45,7% referiam-se à organização da atenção à saúde, 14,4% à intersetorialidade e 11,9% ao trabalho na saúde. Os autores compararam as deliberações da conferência e as prioridades do plano de saúde, constatando que apenas 44 ações estavam contempladas. Os conselheiros expressaram, ainda, a dificuldade de incorporar às deliberações da conferência as demandas de interesse popular, como por exemplo, a atenção à população negra, gravidez na adolescência e prevenção da violência, que também não foram contempladas no PPA, embora discutidos nas bases nos movimentos sociais.

> A discussão da política negra, sobre a violência não foi contemplada, mas a SMS acha que é assim mesmo. Embora tivesse discussão não foiram considerados os dados sociais, tem que sr construído nas bases (C1).

A relação do Conselho com a Câmara de Vereadores ocorre de forma incipiente. A principal conquista do Conselho junto ao Legislativo foi a alteração da lei que rege os Conselhos Gestores. As audiências públicas desencadeadas pela Câmara de Vereadores debatem os problemas da saúde, evidenciam as causas, mas exercem pouca pressão no encaminhamento das soluções. Em 2006, houve duas audiências, uma para discutir o PTA/2006 e a outra sobre a crise da saúde (medicamentos, pronto socorro,etc.).

> A relação do Conselho com a Câmara é incipiente, não houve avanços nesse sentido. Houve alteração da lei que regem os Conselhos Gestores, audiência sobre o PCCS e salários dos médicos (C1).

■ Conselho Gestor de Saúde

Os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde (CGU) estabelecem elo entre a comunidade e unidade de saúde e o Conselho Municipal. A implantação dos CGU teve início em 1994, sendo conduzida pelo Conselho Municipal. Sua criação foi motivada pela experiência do Centro de Saúde Escola do Grande Terceiro, de fomento a participação popular na gestão da unidade.

O CGU é uma estratégia de democratização das discussões da saúde, incorporando a participação da população, seus anseios e necessidades na definição das alternativas dos serviços de saúde (LOPEZ, 2006).

> O Conselho Gestor está funcionando, a reunião é mensal na última quinta-feira do mês. É um dos mais atuantes na resolução de problemas da unidade, medicação de hipertenso que foi resolvido rapidamente, hoje falta medicamento do programa hiperdia para diabetes e ginecologista, ainda não resolvido devido a troca do Secretário (P3-EC).

Os Conselhos Gestores contam com apoio dos CMS e da Ouvidora, além da parceria com o Ministério Público Estadual. Foram implantados/reestruturados 14 conselhos até agosto de 2007.

> Existe uma meta na SMS em 2007 onde serão reestruturados 40 Conselhos Gestores, existe uma comissão do Conselho que vai até os locais para poder intervir nesta reestruturação (CS1).

> Os profissionais começaram a ter uma participação melhor. Passamos a discutir a importância da participação deles no processo, o qual culminou com a entrada de usuários e montamos, assim, o Conselho Gestor com objetivo de que os usuários possam ter a voz dentro da nossa programação. [...] é difícil mobilizar o interesse dos usuários, os que foram se sentiram participativos no processo (P1).

[6]Define-se controle social como conjunto de estratégias e dispositivos que ampliem ou assegurem a vocalização de demandas, denúncias e discussão pública para avaliação da política de saúde.

As práticas docentes de educação permanente e a participação discente são destacadas como facilitadoras do desenvolvimento dos Conselhos.

> Hoje a realidade é de reimplantar e atuar na educação permanente, uma das dificuldades é a descontinuidade do trabalho, exemplo: Bairro Jardim Vitória, existe técnicos da UFMT desenvolvendo trabalhos e atuam como agentes repassadores de informações, o que facilita a inserção do conselheiro do contexto social (o Bairro Jardim Vitória está construindo o seu próprio PTA) (CS 1).

As diferentes experiências de atuação dos Conselhos Gestores apresentam-se como práticas avaliativas com participação dos usuários, onde os problemas locais da unidade são discutidos e encaminhados. O Conselho Municipal acompanha junto à gestão central, fortalecendo assim o Conselho Local.

- **Ouvidoria do SUS**

A Ouvidoria do SUS Cuiabá é um órgão do Conselho Municipal de Saúde, um canal de comunicação e resposta às demandas dos usuários. O ouvidor é eleito a cada dois anos pelo conselho municipal e conta com estrutura administrativa autônoma. Ela capta as queixas e age como interlocutor entre o usuário e a gestão, subsidiando as discussões do controle social. É uma prática avaliativa sobre os serviços. Atua em parceria com a Ouvidoria do Conselho Estadual e com o Ministério Público Estadual. O atendimento ao público é descentralizado, atuando na sede da Secretaria Municipal, Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá, e na Central de Regulação (LOPEZ, 2006).

Em 2006, 40% das reclamações registradas referiam-se ao cuidado e à gestão do cuidado, incluindo a ausência e o mau atendimento médico. Em 2007, com a crise de desabastecimento nas unidades, os principais problemas foram referentes às dificuldades do acesso a insumos básicos e a procedimentos e ações de saúde. Para os profissionais, a Ouvidoria atua como ouvinte dos usuários, exigindo respostas formais das equipes aos problemas.

> Anteriormente, as queixas voltadas aos recursos humanos (sic) representava 40% das reclamações, todavia, hoje o maior problema relatado na ouvidoria é o acesso ao medicamento, consulta especializada e ortopedia (CO).

Na percepção dos conselheiros, a ação da Ouvidoria está restrita à solução de demandas específicas, sendo ainda baixo o seu potencial político de provocar mudanças mais significativas.

> Existe ouvidoria sim. Ela faz um trabalho encaminhando ao conselho os relatórios dentro da rede, mas poderia ser um trabalho mais qualificado, a partir de dados mais qualificados. Resolve por meio individual e não discute no âmbito político. Precisa ter mais autonomia. O usuário não tem atendimento na ouvidoria de imediato (C1).

É relativamente recente a aproximação do Ministério Público Estadual das questões de saúde, apoiando os Conselhos de Saúde (municipais) que apresentam dificuldades no exercício do controle social.

> [...] a grande maioria (dos conselhos) não cumpre o seu papel (devido) a baixa cultura democrática. O controle social é deficiente, por isso estamos investindo nesta área. (PMPE1)

O Ministério Público tem priorizado, ainda, a preservação dos limites orçamentários da saúde e a humanização do atendimento. Em resumo, a participação do segmento dos usuários na formulação, execução e nas práticas avaliativas sobre serviços de saúde, como dispositivo da democratização da gestão, é um processo em construção, um desafio a ser perseguido no SUS Cuiabá. São iniciativas promissoras, experiências inovadoras, mas ainda sem a potência necessária para a hegemonia do processo avaliativo e para orientar as mudanças nas políticas.

As práticas avaliativas na atenção básica têm lugar para a integralidade do cuidado?

Nesta dimensão, priorizou-se o processo e as condições de trabalho, as práticas de acolhimento e vínculo e cuidado integral dispensado aos usuários.

Os conhecimentos e as práticas dos trabalhadores se expressam na relação direta com o cotidiano do atendimento ao usuário. A integralidade é entendida como uma construção social que detém um potencial "de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado", é o espaço "de inventar novos padrões de institucionalidade". A horizontalidade das relações entre gestores, profissionais e usuários e o encaminhamento dos conflitos possibilitam criar novos padrões relacionais (PINHEIRO, 2005, p. 16).

As diretrizes gerais para organização dos processos de trabalho das unidades básicas são determinados pelo nível central e ajustadas pelas equipes. Os mecanismos de gestão do trabalho e a definição dos fluxos institucionais, via de regra, são determinados pela Coordenadoria da Atenção Básica (CAB). O fluxo para encaminhar os usuários aos serviços de maior complexidade é definido pela Central de Regulação-Cuiabá, sem espaços de comunicação entre os profissionais de atenção básica e níveis de maior complexidade, visando à melhor adequação desses fluxos. Esse desenho é piramidal, hierárquico e cria obstáculos à articulação entre os serviços, em redes horizontais.

Apesar da orientação vertical, é distinto o gerenciamento dos processos de trabalho no centro de saúde e nas unidades de saúde da família estudadas. No centro de saúde, o modelo organizacional está baseado na figura do gerente, cuja postura determina o processo de trabalho. As questões são resolvidas individualmente entre o profissional e o gerente:

> [...] as sugestões são levadas individualmente pelos funcionários à gerente, os funcionários não trabalham como uma equipe e há funcionários difíceis e resistentes às mudanças (P3-EC).

> [...] os profissionais se ajudam e sabem o que tem de fazer, e o ACS informa, nas visitas à comunidade, as alterações como, por exemplo, a ausência do médico (P3-EC).

Os gerentes das unidades básicas são nomeados pelo prefeito, geralmente por indicação política de vereadores e partidos, gerando clientelismo e aparelhamento do setor saúde e comprometendo a legitimidade da escolha e a qualidade dos serviços. O perfil inadequado do gerente dificulta a organização e implantação dos processos de trabalho nos centros de saúde, segundo o relato de um profissional:

> [...] o atual gerente deve sua nomeação como contrapartida da participação da família na campanha eleitoral do Prefeito. Inicialmente havia solicitado um DAS no Pronto Socorro, mas o Secretário Municipal ofereceu o Centro de Saúde como desafio (P3-EC).

A equipe de Coordenação da Atenção Básica (CAB) faz a supervisão, verifica o alcance das metas e dos resultados e os relatórios de produção. As unidades de saúde devem alcançar as metas, em geral a redução dos índices epidemiológicos priorizados. A vigilância epidemiológica acompanha o setor de vacina. A supervisão, voltada para cumprimento das metas, não facilita os processos transformadores no modelo de atenção que visem à construção da integralidade do cuidado nos serviços e da identificação das necessidades dos usuários por meio da escuta qualificada.

As unidades do PSF têm modelo de organização da atenção diferenciado (trabalho em equipe, integração das ações individuais e coletivas) e não possuem um gerente formal, embora o enfermeiro, em geral, assuma as responsabilidades pela coordenação da equipe. Os fluxos cotidianos dos processos de trabalho são estabelecidos com relativa autonomia, pelo conjunto dos profissionais, a partir da realidade local, objetivando melhor atendimento para o usuário (agendamento, visita domiciliar). A participação dos usuários é ainda restrita, mais visível nas questões sobre agendamento.

> [...] busca-se implantar mudanças na gestão do trabalho. A partir de 2006, estamos tentando resgatar, temos feito um colegiado de decisão, mas sou, muitas vezes, voto vencido lá (P2).

A atuação do Conselho Gestor foi destacada pelo acompanhamento exigente exercido na unidade de saúde:

> [...] que é bastante atuante com representantes de cada bairro, eles dão opinião, acompanham e cobram, exigem bem dos funcionários (P3-EC).

Não foram identificadas práticas avaliativas formais em relação ao processo de trabalho e das condições de sua realização nas UBS, mas as avaliações informais estão presentes nas reuniões das equipes da saúde da família. Nas UBS investigadas, as condições de trabalho para prestar assistência foram caracterizadas como precárias. Há inúmeros relatos de falta de insumos para esterilização, limpeza, medicamentos essenciais, entre outros. Os equipamentos quebrados (autoclave, aerosol, balança) não são consertados, as reiteradas solicitações à SMS não são respondidas e colocam o trabalhador em difícil situação diante da comunidade, reflexo da crise da saúde no cotidiano dos serviços.

Predominam entre os servidores fortes sentimentos de desvalorização do trabalhador por parte da gestão, queixas de desrespeito a seus direitos e de inexistência de processos motivacionais. Foram reiteradas as observações sobre a descontinuidade dos processos de trabalho devido à rotatividade freqüente dos profissionais contratados. As sucessivas trocas de gestores da saúde municipal comprometem a implantação ou a continuidade de iniciativas importantes para os profissionais, a exemplo do Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

O acolhimento, o vínculo e a responsabilização são conceitos que, articulados ao cotidiano da atenção, favorecem a construção da integralidade. O acolhimento significa uma atitude de escuta às necessidades trazidas pelos usuários É um dos elementos que leva a repensar a reorganização dos serviços, porque traz o compromisso de responder às necessidades de saúde. Implica um reposicionar da equipe, numa relação de interesse e confiança dos profissionais entre si e com os usuários, na perspectiva da autonomia dos sujeitos (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 243).

Não há mecanismos instituídos de análise e monitoramento da demanda atendida ou reprimida pela rede básica. Os trabalhadores discutem questões relativas à demanda, mas como práticas avaliativas não-sistematizadas que ampliam a sensibilidade dos profissionais em relação ás necessidades do usuário e vêm introduzindo alterações cotidianas nas formas de organizar o atendimento. A questão já se coloca como preocupação na Saúde da Família:

> [...] a gente tem conversado em equipe para avaliar quanto é a nossa capacidade de atender, pois somos a porta de entrada da atenção básica (P1).

O cadastro familiar realizado pelos ACS é a principal fonte do reconhecimento da distribuição espacial/geográfica dos usuários na região de abrangência das Unidades de Saúde. Essas informações permitem um tipo de organização da demanda, identificada por bairro, por área rural/ urbana ou por distância:

> [...] para os mais distantes, reserva-se o horário e acaba se atendendo (P2).

> [...] os moradores de locais distantes, como da BR tem preferência na marcação da consulta (P3-EC).

As unidades de saúde da família conduzem e organizam o agendamento, em função de prioridades previamente estabelecidas. Destaca-se o agendamento por ciclo de vida (crianças, gestantes, idosos) e agravos (doenças crônicas e endêmicas). Há unidades que, além das prioridades citadas, elegem também o adolescente e o portador da saúde mental. As atividades educativas, reuniões, grupos e visitas são reservadas para os dias de menor procura por consultas.

As unidades de saúde da família reservam vagas para os casos de urgência. Situação diferente ocorre no Centro de Saúde, atendendo como urgência apenas as hemorragias e as doenças sexualmente transmissíveis. A situação é justificada pelo número insuficiente de profissionais. Os pacientes vinculados aos programas são considerados preferenciais. Nos dois modelos, PSF e Centro de Saúde, a comunidade participa na definição das prioridades do agendamento, embora a vocalização do usuário ainda seja tímida:

> [...] conforme a decisão em assembléia da comunidade, o agendamento para a consulta médica é diário (P1).

> [...] a distribuição das senhas para marcar as consultas é feita pela presidente do Conselho Gestor e a enfermeira distribui as fichas para o atendimento (P3-EC).

A gestão municipal estimula práticas voltadas à humanização do atendimento nas unidades e conta com o apoio do Grupo de Trabalho Humanizado, que vem subsidiando e fortalecendo o trabalho das equipes, e ampliando a compreensão do acolhimento como prática a todos os profissionais. Inclui o acolhimento do usuário e a responsabilização dos profissionais. O projeto conta com o apoio do Ministério da Saúde. A responsabilização pelo usuário e o processo de trabalho por microárea definem a diretriz de trabalho dos ACS. As discussões sobre a humanização vêm permitindo a introdução de práticas como projeto terapêutico singular, que é ainda incipiente e depende da sensibilidade do profissional. Em alguns casos, o atendimento ocorre como clínica ampliada, mais comum no PSF.

Na percepção dos trabalhadores entrevistados, os profissionais vêm incluindo atitudes e ações nos seus processos de trabalho que favorecem a humanização do atendimen-

to e do cuidado. Foram dados como exemplos: durante a crise da saúde no município, os profissionais dividem responsabilidades reencaminhando pacientes a unidades que têm disponível o serviço ou medicamento demandado, situação delicada que requer diálogo e cordialidade; na orientação do uso do medicamento, identificando as dificuldades do paciente em compreender e aceitar o tratamento; o maior envolvimento do médico com a qualidade e a continuidade do cuidado.

Entre as práticas da equipe capazes de facilitar a formação de vinculo, destacam-se a visita familiar, a formação e acompanhamento dos grupos e a realização das palestras. As relações grupais são enfatizadas e favorecem projetos terapêuticos mais condizentes à realidade dos pacientes e com potencialidade de renovação das práticas de saúde.

> [...] as visitas aproximam mais a equipe das famílias, dos grupos. A formação dos grupos para trabalhar com a gestante, as intervenções aproxima o usuário do profissional. (P2).

O vínculo está relacionado à construção de laços e dos afetos entre trabalhadores e usuários, permitindo o sentimento de empatia frente ao sofrimento do outro. Silva e Mascarenhas (2004, p. 247) consideram as seguintes dimensões do vínculo: afetividade, relação terapêutica e continuidade. A afetividade implica que o profissional goste do que faz e se interesse pelo paciente, vindo a formar o vínculo e a confiança entre profissional e o paciente, elemento essencial para a relação terapêutica. Esta relação exige o diálogo, que o paciente se expresse, fale, passe a sujeito, deixando a condição de paciente.

O trabalho do ACS contribui para a aproximação da realidade social e familiar, e a experiência trazida pelo ACS (condições do paciente, avaliação domiciliar) é valorizada pelos demais membros da equipe. A maior visibilidade da atuação do ACS ocorre junto às ESF, em que as contribuições, quando capturadas com vistas à proposição de cuidado, predispõem ao projeto singular terapêutico. A experiência do agente tem modificado o trabalho dos demais profissionais. O ACS, via de regra, sabe o que acontece com o paciente, pois participam de tudo e repassam as informações sobre o estado do paciente.

> [...] o ACS se bem treinado faz a diferença na equipe SF (P1).

Os profissionais, por iniciativa pessoal ou das UBS, participam de atividades nas escolas, creches e grupos de jovens, pastoral ou "Agente Jovem" e "Projeto Siminina[7]" (projeto governamentais). Procuram ainda socorrer famílias em situação de dificuldades, articulando medidas junto à equipe da Secretaria de Bem-Estar Social. Em fase inicial, uma experiência de horta de plantas medicinais busca estimular costumes e tradições da comunidade e diminuir a medicalização. Esta participação se vincula mais à sensibilidade dos profissionais do que propriamente à institucionalização das práticas intersetoriais. São estimuladas pelas ações das Associações de Moradores e Clubes de Mães, nos Conselhos gestores.

O desafio que se coloca às equipes é o mesmo já assinalado por Mehry (2000, p. 109): a reconstrução dos processos de trabalho, tendo o cuidado como centralidade, ressignificando a atenção pautada em procedimentos (tecnologias leve-duras), e criando as condições de mudanças no cotidiano da atenção.

[7] Projeto Agente Jovem - Programa de ações educativas do Ministério Desenvolvimento Social executado pela Secretária Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano da Prefeitura de Cuiabá (SMASDH).
Projeto Siminina - Programa de ações educativas para meninas até 14 anos de responsabilidade da SMASDH.

Concluindo

O estudo realizado procura delinear as práticas avaliativas na atenção básica no amplo contexto da gestão municipal e da participação dos trabalhadores e usuários. A construção do SUS Cuiabá tem semelhanças com o mesmo processo em muitos municípios brasileiros, permeado por crises, avanços e recuos frente à perspectiva de um sistema de saúde integral, resolutivo e democrático, embora tenha sido marcado, ao longo de sua trajetória, por experiências inovadoras, e garantido muitos dos direitos à saúde inscritos na legislação.

Enfatiza-se a análise da implementação do acesso por meio da regulação do sistema: projeto de coordenação bipartite, entre a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso e a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Este modelo de regulação definiu regras e fluxos para o acesso integral aos serviços, mas por uma série de razões, houve predomínio da norma burocrática e administrativa, com forte influência da racionalidade econômica, que impôs e impõe restrição à integralidade do cuidado e subverteu a primazia do usuário. Os limites da instância reguladora frente à oferta limitada de serviços públicos de saúde e a falta de governabilidade sobre os serviços privados, que detêm 80% dos procedimentos de média e alta complexidades, também foram ressaltados como obstáculos à integralidade.

O processo de planejamento também é analisado e conta com todas as exigências definidas na regulamentação do SUS: têm plano plurianual, plano de trabalho anual, programação das ações planejamento nos níveis estratégico, tático e local (UBS/PSF). No entanto, o processo de planejamento não favorece a integralidade do cuidado, pois seu objeto é excessivamente recortado, sua lógica é burocrática, a participação dos atores sociais é limitada e o conjunto de seus instrumentos e procedimentos tem como foco, prioritariamente, a racionalidade técnica e econômica do sistema e não a gestão do cuidado à saúde do usuário cidadão.

O monitoramento e práticas avaliativas da atenção à saúde, dos processos de planejamento e regulação não são negociados pelo conjunto dos sujeitos: gestores, técnicos, profissionais e representação dos usuários. Consequentemente, seus resultados não são apropriados pelos atores para a redefinição das diretrizes políticas e aperfeiçoamento institucional, voltada à integralidade.

Ressalta-se, por outro lado, a participação social nas várias instâncias do exercício do controle social: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Gestor de Unidades, Ouvidoria, Conferências Municipais de Saúde e Ministério Público Estadual. Trabalhadores e representantes de usuários participam dos processos de planejamento e avaliação instituídos nesse espaço cujos mecanismos são importantes para garantia dos direitos e construção da integralidade, neste caso, entretanto, ainda insuficientes para mudar os rumos traçados pela burocracia instituída e pelos interesses privatistas do setor.

Os processos de trabalho dos profissionais do PSF e Centros de Saúde são diferenciados. A organização das equipes do PSF é mais propícia às práticas do acolhimento, a escuta das necessidades da população e a constituição de vínculos capazes de modificar a qualidade da atenção à saúde.

As experiências inovadoras e o compromisso político dos atores relevantes na arena da saúde, associados à existência de tensões e conflitos que permeiam a luta pela implantação de políticas públicas mais justas, nos faz acreditar que os atributos da integralidade

podem emergir no cotidiano da ação social dos sujeitos, gestores, profissionais, usuários, que buscam construir no município de Cuiabá um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade.

Referências

BAKER, Quinton E. et al. *Uma estrutura de avaliação para os programas de saúde da comunidade.* Carolina do Norte: Center for the Advancement of Community Based Public Health, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde:* leis, normas e portarias atuais. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde:* aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília: MS, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS:* avanços e desafios. Brasil: CONASS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão.* Brasília: MS, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, 10).

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciências & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 3, p. 705-11, 2006.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de Cuiabá-MT*. Manual de Referência e Contra-Referência do SUDS. Cuiabá: SMS, 1988.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Final de VI Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá.* Cuiabá: SMS, 2004.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2005*. Cuiabá: SMS, 2006.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2006*. Cuiabá: SMS, 2007

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 7, edição especial, p. 24-9, jan. 2003 – abr. 2004.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciências & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 3, p. 553-63, 2006.

HARTZ, Zulmira M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, suplemento 2, p. 331-6, 2004.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. *Regionalização da Saúde em Mato Grosso:* em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES/MT, 2002.

MENDES, Eugênio V. *Os Sistemas de Serviços de Saúde:* o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições Para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde educação.* Rio de Janeiro. n. 6, p.109-16, 2000.

MÜLLER NETO, Júlio S. et al. Conferências de Saúde e Formulação de Políticas em 16 Municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 248-274, maio-dez, 2006.

PAIM, Jairnilson S.; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em Redes:* Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 91-111.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. O fio da meada: Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: _____ (org.). *Gestão em Redes:* práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de estão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus. *Experiências Inovadoras no SUS:* relatos de experiências, desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários, secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasília: MS, 2002. p. 15-29. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

SCHRADER, Fátima T.; MÜLLER NETO, Júlio S. Implementação da Programação Pactuada da Assistência à Saúde: SES Mato Grosso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus. *Experiências Inovadoras no SUS:* relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasília: MS, 2002. p. 161-90. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

SCHRADER, Fátima T.; NASCIMENTO, Ilva F. *Aspectos Institucionais do Emprego e da Atividade Médica na Atenção à Saúde da Família:* estudo de caso nos setores público e privado nos municípios de Campo Grande, Cuiabá, Goiânia e Palmas. Brasília: NESP/CEAM/UNB (mimeo).

SILVA JÚNIOR, Aluísio G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Gestão em Redes:* práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-90.

SILVA JÚNIOR, Aluisio G.; MASCARENHAS, Mônica T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado:* as Fronteiras da Integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 241-57.

SIQUEIRA, Elizabeth M. *História de Mato Grosso:* da ancestralidade aos dias atuais. Cuiabá: Entrelinhas, 2002.

TEIXEIRA, Carmen F. *Manual de Planejamento Municipal de Saúde.* Salvador: ISC/UFBA, 2001.

VIANA, Ana L. A. Modelos de Atenção Básica nos Grandes Municípios Paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

WAGNER, Gastão. Efeitos Paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento:* Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-42.

Tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na Atenção Básica: a experiência do município de Juiz de Fora

ESTELA MÁRCIA SARAIVA CAMPOS
MARIA TERESA BUSTAMANTE-TEIXEIRA
HELLEN BEDIM BONIN
LUCIANA ZIMMERMANN DE OLIVEIRA
CAMILA NUNES DE LIMA CRUZEIRO
NEUZA MARINA MAUAD
CLÁUDIA MEDINA COELI

Introdução

A presente investigação desenvolveu-se contemplando as dimensões da organização dos serviços de saúde e dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores (PINHEIRO; FERLA; SILVA JR, 2004) dos Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade em Saúde na Atenção Básica (LAPPIS, 2005) no município de Juiz de Fora – MG.

Buscou-se, para isto, a releitura dos dados primários coletados no âmbito da linha de pesquisa de Atenção Primária à Saúde, mais especificamente em três projetos: "Estudos de Linha de Base - PROESF: Lote 1 Sudeste Minas Gerais e Espírito Santo", realizada pelo IMS/UERJ, NATES/UFJF e UFF em parceria com o MS; "Avaliação da Atenção Básica no Município de Juiz de Fora" e "A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização" coordenados respectivamente por Kenneth Rochel de Camargo Júnior (2006), Maria Teresa Bustamante Teixeira (2006) e Estela Márcia Saraiva Campos (2007).

Notas metodológicas

Para apreensão da dimensão da organização dos serviços de saúde, tomamos como objeto de análise o projeto político-institucional de saúde do município, apreendido através da análise documental e entrevistas analisadas segundo as categorias propostas no triângulo de governo de Matus (1983). Para esse autor, qualquer perspectiva de governo envolveria três dimensões-chave: a do projeto de governo, ou seja, a relativa ao conjunto de propostas que caracterizam a perspectiva de ação do ator social em questão; a da capacidade de governo, relativa ao arsenal de ferramentas teórico-metodológicas de que o ator social dispõe para tentar implementar seu projeto; e a governabilidade, que diz respeito ao grau de controle que determinado ator social tem sobre as variáveis e os recursos mais fundamentais para realizar seu projeto. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores da Atenção básica, do PSF e com o gestor do sistema de saúde, e analisados os documentos da área da saúde, tais como: Plano Mu-

nicipal de Saúde, Projeto PROESF, Relatório Municipal de Gestão, Projeto de Implantação do PSF, Atas do Conselho Municipal de Saúde, entre outros.

Para a dimensão de conhecimentos e práticas dos trabalhadores, utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave: gerentes de unidades e equipes de unidades básicas de saúde com (UBS c/PSF) e sem PSF (UBS s/PSF). As entrevistas foram aplicadas aos gerentes das unidades, considerados os melhores informantes, por estarem ocupando este cargo há algum tempo e conhecerem bem o funcionamento das UBSs e do SUS municipal.

E para melhor compreender o cotidiano do processo de trabalho na Atenção Básica, foram definidos roteiros orientadores para as entrevistas com as equipes de saúde de UBS c/PSF e s/PSF, considerando como condições marcadoras o atendimento materno-infantil e o atendimento ao hipertenso. Na UBS c/PSF, os profissionais entrevistados foram: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e um ACS; e na unidade básica tradicional: médico pediatra e ginecologista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas pelos pesquisadores, e posteriormente analisadas utilizando-se o programa Logos (CAMARGO Jr, 2006). Utilizaram-se para análise as seguintes categorias inspiradas em Mascarenhas (2003) e Silva Júnior e Mascarenhas (2005):

- **Acolhimento:** expresso pela absorção ou não da demanda espontânea. Poder da recepção, em razão do poder da equipe quanto ao acesso do usuário. Existência ou não de escuta qualificada. Fluxo do usuário. Definição de risco e formas de encaminhamento.
- **Integralidade:** existência da rede que atua sintonizada nos fluxos assistenciais entre si. Articulação da assistência clínica com a vigilância da saúde. Encaminhamentos seguros pela equipe. Processos de trabalho não partilhados, mas continuado pela linha do cuidado. Ficou definido como marcadores dessa categoria o cuidado à gestante, à criança e ao hipertenso.
- **Vínculo/responsabilização:** projetos terapêuticos singulares e capazes de responder às diversas dimensões do processo saúde-doença. Acompanhamento da execução do projeto terapêutico. Ser referência para o usuário, no momento em que este busca assistência. Acompanhamento de egressos de internação.
- **Trabalho em equipe**: processo de trabalho. Divisão social do trabalho.
- **Qualidade técnico-científica:** trabalho interativo em equipe. Conhecimento da rede para operar a integralidade no cuidado. Atitude acolhedora ou não com o usuário. Existência de prontuários cuidadores e multiprofissionais. Existência de propostas de educação em saúde para os profissionais (educação continuada e permanente). Articulação dos saberes.
- **Controle social:** porosidade à participação social. Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselhos Locais de Saúde (CLS). Poder decisório do CMS quanto à organização da assistência. Atitude fiscalizadora do CMS em relação à assistência à saúde. Ouvidoria. Conferências de Saúde.
- **Intersetorialidade:** articulação entre os diversos órgãos de governo, especialmente educação, saúde e meio-ambiente. Pluralidade de práticas. Projetos integrados entre a saúde e entidades comunitárias e de serviços.

Contexto

O município de Juiz de Fora, localizado na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, tem uma população de 471.693 habitantes, sendo 99,17% da população localizada em área urbana (IBGE, 2002). Como tantos outros municípios brasileiros, tem passado por um processo de reorientação do modelo assistencial, sendo o PSF a estratégia de reconversão do modelo, a partir da atenção básica. Suas características de município de médio porte trazem aspectos importantes a serem apreendidos, devido à complexidade que envolve o reordenamento de um sistema local de saúde, cujas características configuram uma rede de serviços de saúde de referência loco-regional e organizada de modo tradicional, dirigindo suas ações, prioritariamente, para a abordagem curativa, pautada na fragmentação da atenção.

Em 1991, teve início o processo de municipalização da saúde, com a assinatura do Convênio de Descentralização Administrativa firmado entre o município e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Nos anos seguintes, o município foi se enquadrando nas exigências federais para a consolidação do processo de municipalização. Assim, em 1992 foi criado o Conselho Municipal de Saúde; em 1993, o município foi habilitado na gestão parcial do SUS de acordo com os critérios da NOB-93. Após a realização da II Conferência Municipal de Saúde, em 1995, e com a vigência da NOB-96, o município foi habilitado na gestão Plena da Atenção Básica passando, em 1998, a Plena do Sistema de Saúde, na qual se mantém até hoje (JUIZ DE FORA, 2002).

A partir de 2002, com a implementação da NOAS em Minas Gerais, foi aprovado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), pela CIB Estadual, que definiu a conformação de sistemas de saúde microrregionais, regionais, macrorregionais e estadual. O município de Juiz de Fora foi definido como Pólo Macrorregional no PDR mineiro, responsabilizando-se pela referência de alta complexidade (transplantes, oncologia, entre outros) para uma região que agrega sete Gerências Regionais Administrativas do Estado (GRS de Ponte Nova, Manhumirim, Leopoldina, Ubá, Juiz de Fora, São João Del Rey e Barbacena). Além dessa referência macrorregional, Juiz de Fora é pólo regional para procedimentos de média complexidade II e III, e pólo microrregional para o conjunto de procedimentos de média complexidade I.

Diante de tal trajetória, observamos que o município vivenciou de forma gradual o processo de municipalização da saúde, o que possibilitou um processo de aprendizado institucional (VIANA, 2002), o qual certamente contribuiu na gestão da política municipal de saúde.

A rede assistencial do SUS/Juiz de Fora está organizada em 12 Regiões Sanitárias. Conta na atenção básica com 56 UBS, sendo 42 na área urbana e 14 na área rural. O acesso ao sistema é feito pela atenção básica, a qual convive com os dois modelos: tradicional, cujo atendimento é organizado nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia) e o da Saúde da Família, que trabalha com a equipe mínima definida pelo Ministério da Saúde (MS), além de odontologia e assistência social, presentes nos dois modelos. Especificamente na Saúde da Família, há assistente social (1 por UBS) contribuindo com as equipes em 13 UBS-SF e Cirurgião-Dentista em 16 UBS-SF, fortalecendo a idéia de se trabalhar com equipes multiprofissionais. Ressalta-se, no entanto, que não há até o momento nenhuma Equipe de Saúde Bucal cadastrada no município, devido principalmente ao regime de trabalho deste profissional.

O município conta atualmente com 24 UBS na área urbana com Saúde da Família totalizando 80 equipes implantadas, mantendo ainda 18 UBS na área urbana trabalhando com o modelo assistencial tradicional. Na área rural existem três equipes trabalhando com PSF nas 14 UBS da área.

O PSF cobre uma população de 51,4%, o que representa 242.450 habitantes conforme os dados do SIAB de janeiro de 2006. O município ainda tem uma população de 119.376 habitantes atendida por UBS tradicional, o que representa 25,3% da população, além de uma população de 109.737 habitantes que não tem UBS de referência, o que equivale a 23,2% da população total do município.

O município compõe o grupo do Programa de Expansão à Saúde da Família – PROESF, do Ministério da Saúde, tendo como meta atingir 80,6% da cobertura populacional pelo PSF em 2008, com 113 equipes.

A atenção secundária é de responsabilidade de oito departamentos: Clínicas Especializadas, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Terapêuticas Não convencionais, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Terceira Idade e o serviço de DST/Aids. Também compõem a atenção secundária duas Unidades Regionais: a Norte e a Leste, e um Hospital de Pronto-Socorro, com características de pronto-atendimento médico de média complexidade, nas áreas de clínica médica, pediatria e cirurgia, contando também com serviço auxiliar de diagnóstico.

A atenção terciária é composta por 16 hospitais, entre conveniados, contratados e públicos, assim distribuídos: dez hospitais gerais, sendo três públicos: Hospital Universitário (federal), Hospital Dr. João Penido (estadual) e Hospital de Pronto-Socorro (municipal) e seis hospitais psiquiátricos. Essa rede hospitalar oferta um total de 1.053 leitos gerais e 750 psiquiátricos. O município também dispõe de atenção quaternária, oferecida através do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Santa Casa de Misericórdia (filantrópico), que realizam transplantes renais, de medula e cirurgias cardíacas.

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA/PJF) está organizada por níveis hierárquicos de atenção no sistema de saúde. São definidas três grandes Subsecretarias: de Saúde em Atenção Básica; de Atenção Secundária e de Urgência e Emergência. Agregam também à estrutura da Secretaria os órgãos responsáveis pelo Saneamento, Meio Ambiente e Limpeza Urbana. Na Subsecretaria de Saúde em Atenção Básica estão alocados os Departamentos de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância Epidemiológica.

Gestão e organização dos serviços de saúde: desenhos organizadores da integralidade

As entrevistas com coordenadores da Atenção Básica, do PSF e com o gestor do Sistema de Saúde foram reveladoras de aspectos sistematizados nas seguintes categorias de análise:

a) Projeto de Governo: percepção dos sujeitos quanto à formulação, articulação e lógica interna do projeto

A percepção dos sujeitos envolvidos na gestão, em relação ao projeto político da saúde e sua articulação com o SUS, pareceu satisfatória, razão que pode ser identificada

pela passagem de alguns profissionais efetivos em cargos de gestão com vivência nos serviços de saúde do próprio município. Ao mesmo tempo, pode ser observada a presença de profissionais com baixa experiência no setor saúde, ocupando cargos estratégicos da Atenção Básica.

Os relatos apontaram uma política de saúde orientada por projetos fragmentados, ora privilegiando a atenção básica, ora a área hospitalar. A prioridade do investimento na área hospitalar foi relatada, por um dos entrevistados, como iniciada na gestão 2000-2004, quando a reforma (de um antigo hospital privado) e instalação do Hospital Municipal sugaram recursos em 2003/2004, o que gerou grande desabastecimento na atenção básica.

No projeto político do governo atual (2005-2008), a saúde é apresentada com prioridade para o atendimento, com eficiência e humanizado, à população em todas as regiões do município. Reforça a lógica de organização sistêmica, enquanto um dos pressupostos operacionais do SUS para o alcance da integralidade, ao priorizar o incremento nos três níveis de atenção, definindo expansão na organização e resolutividade no nível secundário, com ênfase na urgência e emergência; no terciário, em relação às internações; e para o nível primário, a ampliação e modernização da estratégia de Saúde da Família.

Apesar da proposta de incremento nos três níveis de atenção, não fica explícito o processo operacional de articulação em rede de serviços, ordenação definidora do alcance da integralidade da atenção, num sistema onde a resolutividade do cuidado envolve a inter-relação entre os serviços de saúde com graus de resolutividade assistencial crescente. A preocupação maior parece ser o atendimento de deficiências do sistema por níveis de estrangulamento, em função, por exemplo, dos mandados de internação recebidos, sem, no entanto, apontar para uma lógica sistêmica.

A Atenção Primária à Saúde cresceu na administração 1993-1996, com a política de implantação do PSF, a partir de 1994 pelo MS. A afinação partidária do governo federal, estadual e municipal foi facilitadora da implantação da atenção básica e do PSF. As duas administrações seguintes foram de outro partido. Na primeira, houve boicote ao PSF (colaborado pelo sindicato dos médicos) e na segunda, a partir de 2000, houve melhor aceitação do PSF, devido aos incentivos do MS e a criação, a partir da reforma administrativa do município, do Departamento de Atenção Primária.

Na gestão 2005-2008, foi apontado não haver priorização da Atenção Básica, considerada de baixa resolutividade pelos gestores. Em alguns relatos evidenciou-se a preocupação em alcançar as metas do Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF), embora se considerasse que havia pouca clareza em relação ao objetivo definido pelo MS e relativo desconhecimento do projeto do município, o que leva a inferir que tal projeto pode não estar sendo a referência para a organização e ampliação do PSF.

Nesta categoria analítica, as práticas avaliativas encontradas estão orientadas pelos instrumentos formais de gestão, como o plano municipal de saúde e os resultados de auditorias. No entanto, ao definir as prioridades, a leitura dos gestores justificada a partir destes instrumentos e da demanda de usuários, fixa-se num modelo centralizado da tomada de decisão que, na realidade, reflete uma visão curativa e hospitalocêntrica, mesmo que no plano municipal de saúde conste uma visão sistêmica para o alcance da integralidade.

b) Capacidade de governo: instrumento/conhecimento de implementação de políticas, inclusive poder de implementar decisões, políticas e prioridades (entendido como os recursos potenciais)

Os relatos apontaram para a preocupação de que não basta o aparato do instrumental administrativo para a implementação do projeto político; este necessitaria ser acompanhado de um processo de qualificação da equipe. Neste sentido, foram identificadas facilidades e dificuldades no processo. Como facilidade, destacou-se a extensão da rede de unidades de atenção básica, apesar da inadequação da infra-estrutura física herdada do modelo anterior. A dificuldade de operar a UBS como uma unidade assistencial de maior resolutividade é apontada pelas fragilidades de insumos e de capacidade gerencial, além da lógica operacional presente no sistema, que privilegia a centralização de tecnologias de média complexidade nos níveis secundário e terciário de atenção.

Ao entender como práticas avaliativas um modo de avaliar tomando como base as ações exercidas cotidianamente nos serviços, os relatos destacam a falta de conhecimento do SUS pelos funcionários em geral e a centralização/inadequação das informações como um fator que dificulta o reconhecimento das prioridades e da elaboração de planos de intervenção e de gerenciamento do município, adequado às necessidades.

O cotidiano dos profissionais permitiu uma postura avaliativa de alguns aspectos pertinentes ao funcionamento da atenção básica. Compreendem que se a equipe de atenção básica direcionar o raciocínio para a vigilância à saúde, terá ganhado na integralidade da atenção. Destacam que o programa de gerenciamento de informações adotado pelo município não atende às especificidades da saúde, ao não emitir relatórios e dados epidemiológicos. Além disso, os protocolos necessitam responder à dinamicidade inerente, ao cuidar em saúde, sendo reavaliados constantemente a partir da realidade dos fluxos assistenciais.

A integração ensino-serviço foi identificada através dos campos de estágio, tanto do nível técnico como das graduações da área da saúde. Ocorrem nas unidades do município, em todos os níveis. Hoje, o município está avançando para uma proposta de territorialização dos campos de estágio na atenção básica, entre as faculdades e escolas, públicas e privadas, com sede no município. Em relação ao Hospital Universitário federal, verifica-se a necessidade de uma melhor interação à rede de atenção, visando a otimizar todo seu potencial.

c) Governabilidade: relação de poder entre os diversos atores. Grau de controle de recursos (materiais, RH, financeiros, político, cognitivo, informação)

Os problemas identificados pelos coordenadores entrevistados estão relacionados à inadequação do gerenciamento dos recursos financeiros e à pluralidade nas formas de contratação. Alegam que a administração dos recursos ocorre sem planejamento e priorização. Apontam para uma centralização caracterizada por uma relação diferenciada entre o fundo municipal de saúde e a equipe de gestão.

As formas como as contratações ocorrem no município interferem na governabilidade da política de Atenção Básica. As contratações dos profissionais das equipes de Saúde da Família são feitas por diferentes setores, que adotam critérios e regimes trabalhistas diferentes. Os médicos e agentes comunitários, por meio de seleção pública pelo regime

da CLT, feita pela Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC), que é uma fundação da prefeitura. Os enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem são estatutários, contratados por concurso público municipal.

Outro aspecto que demonstra a dificuldade de governabilidade diz respeito às condições de trabalho relacionadas à insegurança dos profissionais de saúde nas comunidades onde há violência. O enfrentamento dessa problemática exigiria uma articulação intersetorial para buscar alternativas quanto à segurança dos profissionais e da comunidade.

O Conselho Municipal de Saúde é identificado como uma instância atuante na administração, participando do planejamento e do acompanhamento na tomada de decisões. Tudo passa pelo conselho; no entanto, foi apontada sua baixa capacidade técnica.

Estratégias para regulação do acesso

Como tantos outros municípios brasileiros, o município de Juiz de Fora tem passado por um processo de reorientação do modelo assistencial, tendo o PSF como estratégia de reconversão do modelo, a partir da atenção básica.

A territorialização foi o instrumento inicial utilizado para a definição das áreas e a identificação de microáreas de risco com vistas à extensão de cobertura e regulação do acesso à rede de serviços, tendo a atenção básica como porta de entrada do sistema. O processo de territorialização foi realizado em 1994 e utilizou a metodologia da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), levantamento situacional pelo método da estimativa rápida, e tomou como eixo orientador os setores censitários. O objetivo foi a (re)definição das áreas de abrangência das unidade básica de saúde (UBS), levando em consideração: o conhecimento das condições socioeconômicas, através da ficha familiar, instrumento desenvolvido pela OPAS, e o perfil epidemiológico. Contou com a participação dos profissionais da área da saúde, dos alunos dos cursos da área de saúde da UFJF, das lideranças comunitárias constituídas, tendo o processo se institucionalizado após aprovação do CMS.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado a partir 1995 e inicialmente obedeceu aos seguintes critérios: áreas da cidade identificadas pelo critério de miserabilidade, mapeadas pelo Mapa da Fome do IPEA, o qual indicou a existência de 17.000 famílias abaixo da linha de indigência no município; Mapa da Cólera, que definiu áreas de risco para disseminação da cólera e outras doenças de disseminação hídrica; áreas de maior cobertura populacional, tendo como referência a área de abrangência das UBS, definida pela territorialização. A análise documental permitiu identificar que a reorientação da atenção básica ocorreu no município em dois momentos distintos, assim sistematizados: 1º momento - período de 95/99 – modelo centrado no médico de família; e 2º momento - após 2000 – modelo PSF, instituindo a equipe mínima. O profissional assistente social e cirurgião-dentista são oriundos da organização da equipe na atenção básica anterior à Saúde da Família, ocorrendo a garantia da presença desses profissionais na maioria as unidades (CAMPOS, 2007).

Para garantir o acesso a uma rede integral de saúde, foi planejada a alocação de Unidades Regionais para dar suporte a um conjunto de UBS de uma dada região sanitária, de modo a possibilitar o acompanhamento dos resultados e o impacto das ações do PSF. O acesso aos serviços de atenção secundária é restrito e regulado por uma

central de marcação de consultas, que é acionada pelas UBS, serviços de urgência e emergência e pelos municípios pactuados. A reestruturação do nível secundário através da criação dos institutos e das unidades de referência regional representou a estratégia de reorganização da rede de serviços com vistas a fortalecer o nível intermediário entre a atenção básica e o hospital. As unidades de referência regional funcionam 24 horas, dando suporte às UBSs em procedimentos que possam ser resolvidos com tempo de permanência de até 12 horas. No entanto, ao longo do tempo tais unidades regionais assumiram características de pronto-atendimento regionalizado, não se constituindo em nível secundário de referência das UBSs para as especialidades, que permaneceram centralizadas nos institutos. Para organização do fluxo de ocupação dos leitos hospitalares, o município dispõe de uma Central de Leitos, que regula os leitos e as internações.

O processo de territorialização e o desenho da rede hierarquizada, construídos de forma participativa, revelaram uma prática avaliativa da integralidade a partir da Atenção Básica, ao permitir aos diferentes atores sociais (profissionais de saúde, gestores e comunidade) incluir na tomada de decisão a definição de suas necessidades na busca por cuidado.

Nas UBSs, as equipes têm relativa autonomia para organizar a oferta de ações e seus processos de trabalho, levando em consideração: as necessidades da população de suas áreas, a infra-estrutura existente e as orientações emanadas pela coordenação da atenção básica, tais como, o horário de funcionamento, a grade de atividades e os parâmetros assistenciais para a atenção básica. Tal prática possibilita modos de avaliar as ações exercidas no cotidiano, imprimindo singularidade a seus processos de trabalho, que resultam em projetos de intervenção dinâmicos e situacionais.

A atenção básica funciona como porta de entrada do sistema de saúde e as equipes organizam seus processos de trabalho, dimensionando sua capacidade laboral pela lógica do turno de atendimento, o turno da manhã (7h às 11h) e o turno da tarde (13h às 17h). Durante o período de 11h às 13h, as unidades fecham para almoço. Logo, se a unidade funciona em turno, a equipe raciocina em turno. No entanto, cada UBS possui uma forma distinta de organização definindo padrões de acessibilidade do usuário, expressos pela forma como organiza as ações assistenciais, preventivas, de promoção, as demandas da população, o acesso a grupos educativos e o atendimento à população fora da área de abrangência. Na maioria das UBS, o turno da manhã é mais voltado para o atendimento da demanda, orientada pela consulta médica (em torno de 14 consultas médicas por profissional) e dos procedimentos individuais, enquanto no turno da tarde são trabalhadas as ações programáticas por meio dos grupos educativos e realização de visitas domiciliares.

Para dimensionar o leque de atividades a serem desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, a Coordenação de Atenção Básica da SSSDA-JF definiu uma grade de atividades. Esta define as ações a serem desenvolvidas, discriminadas por categoria profissional, especificamente: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico e assistente social. As ações são agrupadas por atividade programática, priorizam as áreas estratégicas de atuação na Atenção Básica definidas pelo Ministério da Saúde. A grade de atividades define alguns parâmetros assistenciais por procedimentos, sendo que a grande maioria é atribuição profissional por atividade programática.

A definição da grade de atividades para a Atenção Básica tem sido utilizada como ferramenta de acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes, orientando o processo de supervisão por aspectos formativos capazes de produzir conhecimento para elaboração de respostas qualificadas, reordenando o cotidiano do trabalho dos profissionais.

Quanto às facilidades e dificuldades em relação à acessibilidade do usuário observou-se que dificilmente alguém sai da UBS sem ser atendido. Há problemas de vagas para consultas médicas, pois se verifica que independentemente do seu problema/necessidade, o usuário demanda a consulta médica. A população mantém a visão de saúde como ausência de doença e ainda está muito centrada na busca por consulta médica.

Intersetorialidade

Embora a análise documental tenha revelado que a instância responsável pela formulação, execução e avaliação de Políticas Públicas e Promoção da Cidadania seja composta pela SSSDA juntamente com as Diretorias de Política Social (DPS) e de Política Urbana (DPU), observou-se, durante o trabalho de campo, que não há uma clareza sobre a prática da intersetorialidade por parte dos entrevistados. Quando foram solicitadas informações sobre este aspecto, os profissionais da gestão da Atenção Básica direcionaram as informações para outros Departamentos da Prefeitura. Muitos dos projetos desenvolvidos são executados por outros setores da administração municipal sem, no entanto, caracterizarem uma parceria no planejamento e na execução, apesar de terem como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população.

Na atenção básica, especialmente nas UBS/SF, há o entendimento de que a intersetorialidade é um intercâmbio entre setores que extrapola o da saúde, envolve uma relação de dependência entre eles, pois cada um tem funções específicas e deveria se associar para intervir sobre um problema de saúde de uma comunidade. No entanto, a intersetorialidade na prática acontece por iniciativa das equipes de Saúde da Família acionando cada um dos setores, não havendo projetos estruturados.

Pode-se ressaltar que, apesar da existência formal de espaços de participação intersetorial, com vistas à elaboração e operacionalização de projetos relacionados a políticas públicas e promoção de cidadania, a maioria das ações exercidas pelos setores responsáveis é individualizada. No entanto, observa-se um movimento positivo de aproximação ordenado pelos serviços de atenção básica, o que poderá resultar em práticas de intervenção mais relacionadas a demanda e oferta de produção de cuidado na saúde.

Educação permanente como dispositivo para fortalecer a gestão e organização da atenção

O SUS em Juiz de Fora possui atualmente um contingente de 2.629 servidores das três esferas de governo, sendo gerido pelo município. Entre as Secretarias da Prefeitura de Juiz de Fora, a de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA) é a segunda com maior número de trabalhadores no quadro de pessoal. Com a reforma administrativa, foi criado o Departamento de Recursos Humanos na Saúde, mais voltado para a administração e gerenciamento de recursos humanos, não atuando de forma sistemática na qualificação de seus servidores para o novo modelo assistencial de saúde proposto pelo SUS.

A preocupação do município em desenvolver um processo de educação permanente das equipes esteve presente desde o início da implantação do PSF. Conforme expresso nos documentos oficiais, a concepção de educação permanente era entendida como a demanda de capacitação por temáticas orientadas pela necessidade das equipes de Saúde da Família a partir de seus processos de trabalho (JUIZ DE FORA, 1996). Simultaneamente ao processo de implantação da Saúde da Família, houve a preocupação em capacitar os profissionais integrantes das equipes nas seguintes modalidades: especialização em Saúde da Família para os profissionais de nível superior, através de parceria, inicialmente, entre SMS/PJF/UERJ e, posteriormente, entre SMS/PJF/UFJF. Para os níveis auxiliar e técnico, foram realizados cursos de Saúde da Família. Em parceria com a Escola de Saúde do SUS/JF e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), também foram ministrados cursos, seminários, treinamento em serviço nos institutos de referência do SUS municipal: Mulher, Criança e Adolescentes.

No entanto, nem sempre era possível que as necessidades de capacitação fossem contempladas, tendo em vista a dinamicidade das necessidades oriundas do processo de trabalho, ao lado da baixa prontidão na organização das atividades, tanto em termos burocráticos, como de conhecimento científico adquirido. Ainda hoje, esse processo é de difícil implementação, devido à ausência de uma política ou até mesmo de um programa de educação permanente efetivo e constante. As atividades continuam sendo implementadas de forma pontual.

De 1998 a 2003, o processo de capacitação, formação e educação permanente das equipes de Saúde da Família contou com o trabalho do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família do Sudeste Mineiro, que teve sua sede no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES/UFJF). Foi constituído um Comitê Gestor do Pólo[1], o qual era responsável, juntamente com a coordenação técnica do Pólo, exercida pelo NATES/UFJF, pela operacionalização da agenda de capacitação para a região.

O município de Juiz de Fora, enquanto município-sede e parceiro da UFJF na integração ensino-serviço, tinha assento permanente no Comitê. Por ter um número expressivo de equipes implantadas, tinha prioridade na cobertura de capacitações. O Pólo propiciou a oferta sistematizada de capacitações, incluindo o Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família, ministrado para todas as equipes, além da oferta de outras modalidades de capacitação prioritárias para as equipes, como: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), capacitação em áreas do ciclo de vida, seminários de atualização em Atenção Primária à Saúde, oficinas de Educação em Saúde, especialização e residência em Saúde da Família. É importante ressaltar que os cursos ministrados pelo Pólo priorizavam a abordagem em equipe e em caráter multiprofissional potencializando os processos de trabalho interdisciplinar e multiprofissional. O Pólo de Saúde da Família atuou até o ano de 2003, quando foi substituído pelo Pólo de Educação Permanente

[1] Composição do Comitê Gestor do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do Sudeste Mineiro: sete Diretorias Regionais de Saúde do sudeste mineiro (DRS), hoje denominadas Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS), representação da SES/MG na região; COSEMS regional, Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Faculdades de Medicina e Enfermagem da UFJF, NATES/UFJF, Pró-Reitoria de Extensão da UFJF.

(PEPS), proposta também orientada pelo MS. Apesar da existência formalizada do PEPS, os informantes-chave entrevistados demonstraram que as atividades, porventura realizadas, tiveram pequeno alcance.

A lógica de organização do gerenciamento do Pólo de Saúde da Família por meio de um Comitê Gestor Interinstitucional revelou uma elevada potência formativa capaz de ordenar as ações de capacitação, ao responder de forma qualificada e abrangente às necessidades e demandas da região. Esta prática de gestão possibilitou a inclusão de atores das diferentes esferas de governo na tomada de decisão, que resultou num aprendizado de gestão compartilhada, ao vivenciar espaços de definição das ações, assim como dos conteúdos e metodologias pedagógicas posteriormente utilizadas.

Posteriormente, destaca-se a inserção da UFJF inicialmente no PROMED e em seguida no PRO-SAÚDE do MS, projetos de apoio às mudanças curriculares dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia têm-se constituído nas iniciativas de ações parcerias de integração ensino-serviço e no desenvolvimento de algumas necessidades de capacitação para o serviço. No âmbito do PROMED, foi realizada uma pesquisa das necessidades de educação permanente das equipes de saúde da família do município de Juiz de Fora, que propiciou um bom diagnóstico e motivou a realização de oficinas e capacitações voltadas para o aprimoramento do processo de trabalho em saúde (ROCHA et al., 2006).

Através do NATES/UFJF, a especialização e a residência em Saúde da Família, ambas de caráter multiprofissional, vêm sendo ofertadas de maneira ininterrupta desde 1998 e 2002, respectivamente. Além destas iniciativas, o NATES permanece como centro de referência, com perfil multiprofissional e interinstitucional, para o eixo da formação e capacitação em Atenção Primária à Saúde e de apoio à Gestão do SUS, coordenando e implementando projetos como o Plano Diretor da Atenção Primária em Minas Gerais nas macrorregiões do PDR mineiro: Centro-sul, Leste do Sul e Sudeste, em parceira com a SES-MG e compondo a Rede Acadêmica de Apoio à Gestão do SUS, em parceria com o MS.

Apesar dos avanços identificados na implementação da lógica da educação permanente decorrentes das ações estimuladas pelo MS, observa-se que estas práticas ainda não se constituem em ações institucionalizadas, configurando a vulnerabilidade do processo.

Tecnologias participativas no desenho dos processos de trabalho: permeabilidade do controle social na definição e prioridades

A participação social na política de saúde começou a ganhar espaço nos discursos oficiais durante a gestão 1983-1989, quando foram formados os primeiros Conselhos Comunitários de Saúde, pela Secretaria de Bem-Estar Social, então responsável pela saúde no município.

A participação popular teve um marco com o movimento "SOS Juiz de Fora", de caráter suprapartidário, que objetivou elaborar propostas para as diversas áreas de atuação do setor público. A comissão de saúde, composta por técnicos e lideranças comunitárias, coordenou as discussões relativas à saúde no município, que culminaram com o I Encontro Popular de Saúde de Juiz de Fora, em julho de 1991. A partir de tal iniciativa e das orientações emanadas pelas Leis nºs 8.080 e 8.142 de 1990, foi instituído

o controle social no SUS. Foram definidos como instâncias participativas os Conselhos Locais de Saúde (CLS), definidos a partir das Unidades Básicas de Saúde e de sua área de abrangência; os Conselhos Regionais de Saúde (SRS) que reúnem representantes dos CLS de uma região, e o Conselho Municipal de Saúde (CMS), com representação regional, além dos representantes de profissionais de saúde e prestadores de serviços. Além do CMS, Juiz de Fora conta com 12 Conselhos Regionais de Saúde que congregam os 37 Conselhos Locais de Saúde.

As Sociedades Pró-Melhoramentos (SPM) existem nos bairros e são formadas por pessoas das comunidades e de entidades que se reúnem para propor melhoramentos para aquele bairro, não só na área da saúde. Muitos dos representantes dos conselhos locais são também membros das SPM.

O processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família no município tem reforçado o papel do CLS, enquanto instância de discussão do planejamento local das UBS. São formados pela representação dos usuários e dos profissionais de saúde Há participação dos usuários, ainda que incipiente, no processo de planejamento através dos CLS, que se reúnem com a participação do gerente da unidade e de forma não-sistemática com a presença de outros profissionais das equipes. Nas UBS há a presença de um gerente da unidade, o qual é eleito pelos profissionais e pelos usuários representados no CLS.

O Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora é um órgão colegiado permanente e deliberativo. Desde a publicação da Lei nº 8.855, de 13 de maio de 1996, o Secretário Municipal de Saúde é apenas membro nato do CMS, sendo o presidente, o vice-presidente e demais membros da mesa diretora eleitos pela plenária do CMS para um mandato de dois anos. Também em 1996, com o objetivo de dar suporte organizacional ao conselho, por meio da Secretaria Executiva criada precariamente em 1992, criou-se o cargo em comissão de Secretário Executivo do CMS, pela Lei nº 8.860, de 21 de maio de 1996. A atuação do CMS na formulação da política de saúde local se dá também na participação ativa da elaboração dos Planos Municipais de Saúde, enquanto instrumento orientador das ações e estratégias do setor saúde. Destaca-se a necessidade de a população ter acesso à informação e também aos dados relativos ao funcionamento do sistema.

Essa mesma lei criou o cargo em comissão de Ouvidor Municipal de Saúde, vinculado ao Conselho Municipal de Saúde, a ser ocupado preferencialmente por um usuário. O ouvidor é eleito pelo Conselho Municipal de Saúde para um mandato de dois anos e nomeado pelo Executivo Municipal, não podendo ser exonerado durante o exercício do mandato, exceto por decisão da maioria dos membros do conselho que o elegeu. A ouvidoria funciona com um dispositivo de comunicação com os diversos sujeitos envolvidos no SUS-municipal, porém nas entrevistas – tanto com pessoas da gestão como com profissionais de saúde – em nenhum momento se referiram a ela, o que faz pensar na não-legitimidade ou operacionalidade dessa instância na solução de questões ou necessidades do público-alvo a que se destina esse órgão.

O Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei nº 7.656/1989, define que os gestores do fundo deverão prestar contas trimestralmente ao CMS, e anualmente à Câmara Municipal, três meses após findar o exercício financeiro. Com a aprovação do Decreto Executivo nº 4.534/1991, a administração do fundo passa a ser função da SMS e seu gerenciamento do secretário, sendo o controle financeiro exercido em conjunto com o prefeito.

As conferências municipais de saúde constituem outra instância institucionalizada de participação social para a definição de prioridades na política de saúde. De 1991 a 2007, ocorreram cinco conferências. A I Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora foi realizada em setembro de 1991, demarcou o processo de participação da sociedade nos destinos do setor saúde e teve como tema central "Municipalização é o Caminho". Contou com a presença de 89 participantes e 122 delegados, representando 38 Conselhos Locais de Saúde e mais de 70 entidades. O relatório final propôs a criação do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, que só viria a ser efetivado em 1992.

Em março de 1995, aconteceu a II Conferência Municipal de Saúde, considerada um grande salto no processo da Reforma Sanitária de Juiz de Fora. Teve como tema central "Os Desafios da Gestão Semi-Plena". A participação maciça da sociedade civil, governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários durante o evento garantiu um elevado grau de coesão à idéia de se aprofundar a municipalização da saúde, resultou na solicitação à Comissão Bipartite do enquadramento do município à modalidade de Gestão Semiplena. Com isso, o município assumiu novas responsabilidades e prerrogativas como gerir toda a rede própria, incluindo o subsistema estatal e privado, contratado e conveniado.

Em fevereiro de 2000, realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora, com o tema "Efetivando o Controle Social". O ano de 2001 trouxe grandes conquistas para o controle social em Juiz de Fora, pois projetou o CMS no cenário estadual e nacional, através da participação de seus conselheiros em vários eventos regionais e estaduais. Em 2003 e 2007, ocorreram a IV e V Conferências Municipais de Saúde, ambas com a participação maciça da sociedade civil, voltadas para a consolidação do SUS com controle social.

A efetiva participação do CMS possibilitou seu envolvimento em outras áreas, enquanto instâncias de definição e deliberação de políticas afins à saúde, como a I Conferência Municipal de Assistência Social de Juiz de Fora, I Conferência Municipal de Vigilância Sanitária e a III Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. O CMS participou também da I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária, I Conferência Regional de Saúde Mental e da III Conferência Estadual de Saúde Mental, além de participar do I Fórum Social Mineiro. Foram enviados delegados para participar da VI Plenária Nacional de Conselhos, da III Conferência Nacional de Saúde Mental e da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária e da Segunda edição do Fórum Social Mundial, em janeiro de 2002, em Porto Alegre.

A atuação do CMS/JF incluiu ainda a participação em comissões de Cursos de Capacitação de Conselheiros em nível estadual, comissão de acompanhamento do Relatório da III Conferência Estadual de Saúde e em Comissões Organizadoras de Plenárias Estaduais de Conselheiros e III Conferência Estadual de Saúde Mental, além das Audiências Públicas nos Legislativos Municipais e Estaduais, Câmaras Itinerantes Temáticas, dispositivos e instâncias de participação social.

Há dificuldades e conflitos entre o CMS e o executivo, no sentido de garantir ao CMS o papel que lhe foi outorgado. No entanto, observa-se que o CMS/JF vem construindo gradativamente uma nova forma de fazer política e de estabelecer um processo de gerenciamento da saúde pública no município.

Utilização integrada de sistemas de informação e de reconhecimento das características do território e referência

Em relação à categoria circulação da informação, observamos que a informação é fragmentada, uma vez que os sistemas possuem bases distintas que não se comunicam, além de centralizadas nas mãos dos responsáveis pelos sistemas de informação, não contribuindo, no nível central nem no local, para o planejamento das ações e tomada de decisões.

Visando a avaliar a cobertura e a confiabilidade dos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a pesquisa Estudos de Linha de Base - PROESF: Lote 1 Sudeste Minas Gerais e Espírito Santo (CAMARGO JR, 2006) realizou um estudo baseada no controle de qualidade de lotes, com revisão dos prontuários e de conferência dos dados do cadastro (Fichas A, B e C do SIAB). Os resultados detalhados são descritos por Ribeiro et al. (2007).

No município de Juiz de Fora, a avaliação do cadastro das famílias, a partir de uma amostra de domicílios, revelou que, desses domicílios, 97% estavam cadastrados e as famílias correspondiam àquelas descritas na Ficha A – Cadastro da Família do SIAB. Quando verificado se todos os membros dessas famílias estavam cadastrados, o percentual caiu para 88%, mostrando que o cadastro das famílias está relativamente atualizado e que a maioria das crianças menores de um ano, gestantes e hipertensos identificados são acompanhados pelas equipes de Saúde da Família.

A mesma pesquisa também buscou analisar a qualidade dos dados do SIAB relativos à cobertura vacinal nos menores de um ano, atenção às gestantes e puérperas e à atenção aos hipertensos. Os resultados apontam para uma baixa correspondência entre os dados do SIAB, que em geral são produzidos e utilizados pelos ACS, e os dados obtidos a partir dos registros da unidade. Os lotes foram considerados rejeitados, indicando que não houve concordância entre os registros da unidade e os dados do SIAB (RIBEIRO et al., 2007).

A partir de 1998, o SIAB se sobrepôs aos sistemas de informação anteriores, baseados, em sua maioria, no atendimento à demanda espontânea, não havendo integração. A lógica das áreas e microáreas parece não ter se imposto aos dispositivos de guarda e armazenamento de informações dos usuários, o que pode ser comprovado pelo fato de a maioria das unidades pesquisadas não adotar o sistema de numeração de famílias do SIAB. Em que pese suas evidentes vantagens em termos de orientar uma visão para a comunidade, o SIAB peca por servir mais aos níveis administrativos centrais do que para os profissionais da ponta operacional do sistema. Pode-se concluir que a situação da informação é preocupante, com uma minoria incorporando a informação à gestão, e um grupo menor ainda dando retorno da mesma às equipes locais, o que ajuda a explicar a má qualidade dos dados de alguns dos sistemas estudados, em especial o SIAB (CAMARGO et al., 2006, p. 59-60).

Conhecimento e práticas dos trabalhadores

Há uma grande diversidade na organização do processo de trabalho na Atenção Básica, que independe do fato de serem unidades tradicionais ou organizadas sob a ótica da Saúde da Família, apesar da regulamentação que normatiza a organização e funcionamento das mesmas.

A compreensão de modelo assistencial é influenciada pela vivência dos profissionais em unidades de saúde que sempre se organizaram sob uma das duas modalidades da assistência – curativa ou preventiva e de promoção da saúde, com conseqüente influência no modo de organização da atenção básica. Nota-se que houve um processo de adaptação à realidade local anterior, mantendo-se, em muitos pontos, o modelo vigente antes da implantação do PSF. Por outro lado, há lugares onde houve inovação na organização do processo de trabalho, como por exemplo, com a implantação do acolhimento. Essa diversidade revela que para manter o mesmo padrão modelar para o PSF, faz-se necessário um esforço de construção no nível local, envolvendo os gestores e as equipes de Saúde da Família.

Os profissionais que atuam na atenção básica, especialmente em UBS-SF, identificam-se como agentes de mudança, vivenciando processos de transição entre modelos assistenciais, da abordagem curativa para a integralidade da assistência, o que pode estar ocasionando uma compreensão não muito clara sobre esse momento de transição.

Foi possível perceber que a UBS, por ser porta de entrada de uma população adscrita, especialmente as de Saúde da Família, estabelece relações interpessoais mais duradouras, orientadas pelo contato constante entre profissionais/usuários, promovendo relações de confiança e vínculo. O conhecimento pelos profissionais das necessidades de cada um orienta práticas individuais/coletivas que buscam acolher, acompanhar e orientar.

Nas UBS c/SF, apesar de o *acolhimento* ter um entendimento diferenciado entre os membros da equipe, apresenta-se como um modo de melhor organizar a demanda. O acesso, no sentido de localização é percebido pelos profissionais como fator que contribui para o acolhimento. O trabalho do ACS divulgando as atividades da unidade também aparece como uma maneira de acolher a população adscrita. A demanda à UBS orienta o processo de acolhimento caracterizado da seguinte forma:

I. demanda espontânea organizada através da fila e da disponibilidade de vagas para os procedimentos. O atendimento para a população fora da área de abrangência não é comum;
II. demanda programada é previamente marcada e esse agendamento é restrito à população adscrita;
III. as urgências são avaliadas pelo enfermeiro no acolhimento.

O acolhimento na recepção ao usuário é realizado por todos os profissionais da equipe, exceto pelo ACS. Há dificuldade da participação do profissional médico devido à grande demanda pela consulta médica.

Na UBS s/SF, a compreensão sobre **acolhimento** está mais vinculada à disponibilidade de vagas do que algo inerente ao processo de trabalho. A atendente é a responsável pela recepção e agendamento do usuário. Esse é feito no início da semana, para toda a semana, deixando a metade das vagas para as urgências, exceto no caso da pediatria, que é sempre aberta à livre demanda.

A localização da unidade facilita o acesso. A demanda para as ações programáticas é orientada pelo cartão de cadastro para consultas e recebimento de medicamentos. A busca ativa a faltosos e a assistência domiciliar não são procedimentos rotineiros na unidade.

A noção de **integralidade** expressa pelos sujeitos pode ser analisada, nas UBS c/SF, levando em consideração alguns aspectos orientadores deste conceito em seu sentido amplo, tais como em Mascarenhas (2003); Silva Júnior e Mascarenhas (2005), a seguir.

Longitudinalidade dos processos de cuidado aos usuários, expressa pelo fluxo assistencial: ainda que de forma fragmentada, a longitudinalidade da atenção aparece presente nos fluxos assistenciais dos dois marcadores estudados. Os mecanismos de referência na rede de serviços de saúde são bem definidos e funcionam na prática, podendo ser considerados partes de um protocolo, principalmente em relação aos atendimentos de pré-natal e parto. Em relação ao atendimento ao hipertenso, as referências às consultas especializadas também apresentam procedimentos ágeis, como o agendamento pelo telefone da própria unidade. O atendimento à criança é bem ordenado em relação à puericultura, com definição de ações, de periodicidade e de responsabilidade entre os membros da equipe.

Se, por um lado, evidenciou-se procedimento bem definido em relação à referência, o fluxo contrário, contra-referência, é praticamente ausente. O que pode ser observado é que a equipe de saúde tem acesso a uma rede de serviços de referência, no entanto, não acompanha o cuidado ao usuário durante seu fluxo pela rede assistencial. O atendimento à gestante, por exemplo, é interrompido na atenção ao parto, o qual é realizado por outro profissional que ela só irá conhecer na hora, apesar de ser informada desde o início do pré-natal qual a maternidade de referência.

Articulação da assistência clínica à vigilância da saúde e processos de trabalho não compartilhados mas continuado pela linha do cuidado: pode-se observar que a assistência clínica é ofertada de maneira sistemática e ininterrupta, sendo a consulta médica a prática hegemônica. As atividades de educação em saúde através dos grupos são em grande maioria realizadas pela enfermeira. A participação nos grupos muitas vezes é critério para distribuição de medicamentos. Os ACS orientam práticas de promoção da saúde, através da organização de grupos de caminhadas. Há também orientações de educação em saúde que acontecem associadas aos procedimentos individuais, abordagem orientada para a prevenção de doenças.

As visitas domiciliares acontecem de forma sistemática na atenção materno-infantil, funcionando como procedimento de continuidade ao atendimento à puérpera e ao recém-nascido. Nas demais situações, os ACS agendam previamente as necessidades de visita. Pode também haver solicitação pela família, no caso de pacientes acamados e idosos. Devido ao grande movimento na demanda espontânea, as visitas são agendadas, tendo um dia fixo para que ocorram, tornando tal procedimento de baixa cobertura, apesar da necessidade.

A falta de insumos, principalmente medicamentos; as deficiências em relação à infra-estrutura e aos equipamentos interferem de forma decisiva na integralidade do cuidado no cotidiano das práticas dos profissionais, tendo como resultado uma baixa resolutividade e a insatisfação dos profissionais em relação a seu trabalho. A falta de procedimentos de armazenamento e controle, em relação aos medicamentos, agrava ainda mais tal deficiência.

Nas UBS s/SF, a **integralidade** na Atenção Materno-Infantil, o acesso da gestante ao pré-natal se dá por livre demanda e o primeiro procedimento é a solicitação do exame de urina para confirmação. Caso a gestação seja confirmada, a unidade abre o cartão do SIS pré-natal e agenda a consulta. O agendamento é mensal e cada vez que a gestante vai para a consulta médica, passa por uma reunião de grupo realizada pela enfermeira.

As gestantes de alto risco e a atenção ao parto seguem o mesmo protocolo das UBS c/SF. Há uma regionalização para referência às maternidades, organizada pelo SIS Pré-Natal.

O setor de Vigilância Epidemiológica manda a informação do nascimento da criança para a UBS, para que haja a busca ativa (única situação em que a busca ativa é realizada pelos profissionais das UBS s/SF) para acompanhamento de puericultura, mas caso a criança tenha morrido no hospital, a UBS não é informada.

Em relação ao cuidado com a criança: a imunização, a BCG é feita no hospital e as outras vacinas na UBS atendendo às normas do PNI. O teste do pezinho é feito por encaminhamento. A criança realiza o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD), sendo o acompanhamento mensal até um ano, a partir daí a periodicidade depende do critério médico. Se a criança não está dentro dos padrões, vai para o SAD (Serviço de acompanhamento ao desnutrido). Se a criança deixa de vir às consultas, não há busca ativa. Quando o recém-nascido é de risco, é encaminhado ao PAI-Pronto Atendimento Infantil do SUS/JF, pois não emite AIH.

Quanto à integralidade do cuidado ao hipertenso, os serviços ofertados são consulta médica e grupos com a assistente social. Consulta com a enfermagem só é realizada se o paciente procurar. Não tem acompanhamento de nutricionista e educador físico. A freqüência aos grupos educativos se dá devido a sua relação com o medicamento. Os hipertensos são cadastrados, no entanto não há busca ativa dos faltosos.

A relação de **vínculo/responsabilização** na UBS c/SF é a principal diretriz de organização do trabalho e da estruturação das relações entre a equipe e os usuários a ela adscritos. Tem uma forte referência no território e domicílio, especialmente para as ações de vigilância à saúde, que estruturam em muito as práticas da equipe. A equipe tem no seu imaginário, saber e prática, a noção de vínculo com a população referenciada sobre determinado território. Tal vínculo foi o que possibilitou o rompimento da resistência no início da implantação do PSF.

O diagnóstico da área é conhecido, mais como informações para o reconhecimento da população e estreitamento do vínculo do que como etapa inicial do processo de planejamento. A busca ativa é utilizada como procedimento para acompanhamento dos egressos de internação e dos faltosos cadastrados em atividades programáticas. O acompanhamento do projeto terapêutico é presente na atenção ao hipertenso e na assistência materno-infantil, havendo apenas a ruptura no momento do parto, sendo novamente recuperado no puérperio com a busca ativa ou visita domiciliar.

Na UBS s/SF, observou-se que há uma valorização do **vínculo** na relação profissional-usuário no momento da assistência; entretanto, na prática isso não foi identificado.

Nas UBS c/SF, o **trabalho em equipe**, uma das principais diretrizes de organização do processo de trabalho no PSF, é concebido e operado de forma diferenciada e com significados diversos dos encontrados no âmbito das equipes de PSF. Há uma divisão do trabalho, que é realizada levando-se em consideração as especificidades profissionais e seus microprocessos, não tendo sido identificados projetos terapêuticos interdisciplinares. Pode-se verificar que em geral os trabalhadores da equipe funcionam através de uma "rede de conversas" quando realizam seu trabalho assistencial. Mas nem sempre isso significa que há uma interação de saberes e fazeres no processo de trabalho da equipe. Essa "rede de conversas" é muitas vezes ruidosa, com a presença de tensões e conflitos

que atravessam as relações entre os trabalhadores, durante seu trabalho. Por outro lado, a concentração das atividades nas demandas clinicas leva os processos de trabalho a se centrarem mais no saber e na pessoa do médico, reduzindo ao mínimo o coeficiente de trabalho em equipe.

A organização da demanda orienta o processo de trabalho da equipe, a qual muitas vezes interfere na relação de vínculo/responsabilização estabelecida pelo PSF através da adscrição de uma população à equipe – área da equipe de PSF. Espaço físico inadequado, falto de material e problemas na manutenção dos equipamentos também interferem nos processos de trabalho.

A UBS conta com um gerente, o qual é escolhido pela equipe e referenciado pelo CLS. A tomada de decisão acontece através das reuniões de equipe agendadas mensalmente, constituindo-se em espaço de participação e avaliação. O planejamento das atividades acontece de forma muito incipiente e não sistematizada.

Um olhar sobre as principais diretrizes operacionais confirma que o modo de operar do PSF é definido pelos trabalhadores da equipe ao imprimirem sua subjetividade no processo de trabalho cotidiano. São formas de produção da saúde que geram perfis diferentes de funcionamento sob a égide da Estratégia de Saúde da Família.

Nas UBS s/SF, o **trabalho em equipe** é bastante fragmentado, não existe interação nem articulação entre as ações, havendo inclusive desconhecimento, por parte dos integrantes da equipe, sobre o trabalho do outro. Há uma preferência pelo trabalho médico especializado, visto que a equipe é composta por médicos pediatra, clínico geral e ginecoobstetra. Cada qual se limita ao atendimento de seus pacientes.Ocorrem reuniões de equipe, sem periodicidade definida e que se restringem às questões administrativas. A tomada de decisão é só da gerente, que afirma ser raro haver divergências.

Nos dois modelos não foram identificados avanços para uma prática de projetos terapêuticos integrados. No entanto, observou-se que o trabalho em equipe é mais consolidado nas UBS c/SF, pois estas valorizam as práticas multiprofissionais e as reuniões de equipe como dispositivos de construção de processos de trabalho que visam a uma continuidade da linha de cuidado.

Na UBS c/SF, a **qualidade técnico-científica** foi caracterizada mais como qualificação e trabalho individual do que como processo de trabalho interativo em equipe, que possibilite a existência de projetos e registros cuidadores multiprofissionais. A educação permanente e continuada não se constitui num programa institucional; sendo assim, assume característica pontual e esporádica, não atendendo, na maioria das vezes, às necessidades oriundas do cotidiano do serviço. Muitos dos profissionais de nível superior têm ou estão cursando a especialização em Saúde da Família oferecida pelo NATES/UFJF. A presença de acadêmicos na rede básica é apontada como um incentivo ao processo de educação permanente das equipes, mas não se constitui em uma proposta interinstitucional de integração ensino-serviço.

Protocolos clínicos são utilizados pela equipe, no entanto, nem todos os profissionais da equipe conhecem, ou tem clareza dos processos, especialmente os auxiliares de enfermagem e ACSs. O excesso de procedimentos burocráticos é apontado como um fator que prejudica a qualidade do trabalho, pois demanda muito tempo. Em relação ao preenchimento e utilização do SIAB, foi relatado desconhecimento de alguns formulários e o não—retorno das informações (retro-alimentação) pelo nível central é apontado como fator que interfere na qualidade técnico - cientifica do trabalho da equipe.

Na UBS s/SF, a categoria **qualidade técnica e científica** foi referenciada de forma contraditória pelos profissionais. Alguns referem que existem capacitações pela Secretaria de Saúde, outros que não existem, demonstrando uma fragmentação na oferta de ações educativas voltadas para os profissionais.

Na UBS c/SF, o **controle social** é presente no cotidiano das equipes através da integração com o Conselho Local de Saúde (CLS), o qual tem participação e influência na rotina da organização da assistência. Interfere e emite opinião em relação ao processo de agendamento das atividades. A falta de entendimento sobre o PSF foi apontada com um dos pontos que dificulta a relação entre o conselho, a comunidade e a equipe de saúde. A mudança dos membros foi apontada como fator de constante alteração no grau de relacionamento entre o conselho e a unidade.

Já na UBS s/SF, um dos entrevistados referiu-se ao CLS como entidade que atrapalha o bom funcionamento da unidade, pois ridiculariza o trabalho da unidade e joga a população contra a mesma (*sic*).

Na UBS c/SF, a **intersetorialidade** foi identificada pela interface com outros programas sociais como bolsa-escola, bolsa-família e cesta básica. Tal iniciativa potencializa o cuidado sob as famílias de risco, caracterizando o olhar diferenciado do trabalho da equipe, ao reconhecer a rede social de assistência. Não foi relatada experiência de execução de projetos intersetoriais no nível da escola, igreja e outros setores da administração municipal.

Já na UBS s/SF, percebeu-se que não há entendimento e prática de intersetorialidade.

Pode-se afirmar que está em curso um processo de mudança referente ao conhecimento e prática dos trabalhadores, que se refletiu, no presente estudo, em todas as categorias analisadas, percebendo-se que a Estratégia de Saúde da Família tem criado ambiente mais propícios ao desenvolvimento de práticas de integralidade. Tais mudanças são marcantes nas UBS c/SF, embora influenciem também as UBS organizadas no modelo tradicional.

Puderam ser reconhecidas tecnologias avaliativas de inovação? Quais são?

Não foi possível identificar no processo de trabalho do conjunto da equipe gestora da Atenção Básica tecnologias sistematizadas de planejamento e avaliação. Há um processo de planejamento e avaliação burocratizado e voltado para a produtividade, especialmente em relação às consultas médicas, que favorece um comportamento ritualístico com a produção, sem grandes compromissos com a solução de problemas.

Nos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica, o planejamento orientado para a organização da oferta de ações de saúde às populações adscritas, ordenado a partir das suas necessidades, é incipiente. Não há, além disso, um raciocínio programático que possibilite o redirecionando do processo de trabalho pela conjugação entre a capacidade de trabalho potencial e real das equipes.

Torna-se fundamental investir num aspecto estratégico para a capacidade de governo, que é a informação. Deve-se capacitar melhor e em maior quantidade quadros locais em vários níveis que possam não apenas operar a mecânica dos sistemas de informação, mas

que possam efetivamente trabalhar de forma crítica a informação, incorporando-a à gestão e devolvendo-a para os trabalhadores de saúde e para a sociedade.

Como destaca Campos (2007), o planejamento enquanto um exercício de localizar os problemas e buscar solução com vistas ao alcance de uma situação-objetivo deveria ser executado pelas equipes. Neste sentido, a priorização ganha vida em termos de organização do trabalho da equipe, pois, ao planejar, estarão refletindo sobre seus processos de trabalho. As equipes passam a ser protagonistas dos cenários de planejamento/organização dos serviços e da produção do cuidado, ao se apropriarem de um raciocínio programático situacional. A incorporação de tal tecnologia contribuiria na redução da alienação dos trabalhadores de saúde dos processos de produção, contribuindo para o compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população.

A Estratégia de Saúde da Família poderá assumir sua capacidade de reestruturação do modelo assistencial e dos processos de trabalho e das práticas em saúde, desde que os cenários de planejamento/organização dos serviços e da produção do cuidado passem a ser comandados pelos profissionais inseridos, ressignificando seu próprio processo de trabalho, articulando à lógica instrumental hegemônica tradicional, o raciocínio situacional e as subjetividades inerentes à natureza do trabalho em saúde. O processo de trabalho se torna mais produtivo e criativo e, conseqüentemente, mais efetivo, uma vez que o trabalho programático (articulação de objetivos, atividades e recursos) se realiza no nível local.

Considerações finais

Tomando o referencial de práticas avaliativas discutido neste estudo (AYRES, 2004; PINHEIRO; SILVA JR., 2008), foi possível identificar modos de avaliar – práticas de avaliação, ordenadas a partir de ações desenvolvidas no cotidiano dos atores sociais inseridos na Atenção Básica.

No plano da gestão e organização dos serviços em relação ao projeto político da Atenção Básica e a capacidade de execução do mesmo, as práticas avaliativas referenciam-se aos instrumentos ordenadores da política, como o plano de saúde, por exemplo. No entanto, a subjetividade dos atores envolvidos influencia em maior grau a tomada de decisão, o que faz com que as decisões muitas vezes não contemplem o plano em sua plenitude. O critério subjetivo na tomada de decisão é inerente ao processo de avaliação; no entanto, a baixa apreensão da realidade, a não-apropriação das informações disponíveis nos sistemas de informação, assim como o desconhecimento sobre os princípios do SUS são apontados como aspectos que interferem no critério subjetivo, fragilizando-o para a elaboração de planos de intervenção e de gerenciamento adequados às necessidades da população, com ganhos para a assistência integral.

A informação em saúde, elemento fundamental na avaliação, apareceu na pesquisa como algo pouco conhecido e pouco operacional. O registro de dados é visto mais como "burocracia" do que como elemento que, consolidado e analisado, reflete a realidade, oferecendo subsídio para o planejamento em saúde. Isso se deve à multiplicidade de sistemas de informação, que não são integrados e, principalmente, cujas informações não retornam para os sujeitos que fazem os registros dos dados. Não há dinamismo capaz de demonstrar a finalidade e o sentido do processo de produção da informação. Mais do que falta de

tecnologia e insumos, falta capacitação, racionalização e utilização da informação como elemento capaz de contribuir para a construção de uma cultura de planejamento em saúde.

A participação popular no âmbito do setor saúde de Juiz de Fora teve início com um movimento suprapartidário, que contou com a participação de técnicos e lideranças comunitárias, cujo propósito foi o envolvimento do segmento da sociedade civil nas propostas para o setor. A criação do Conselho Municipal de Saúde pela legislação do SUS ordenou melhor tal iniciativa, ao institucionalizar uma instância de participação atuante na administração. A criação dos Conselhos Locais de Saúde, ligados às unidades básicas de saúde, ampliou a capilaridade dessas instâncias, garantindo a inclusão dos usuários na tomada de decisão sobre a definição de suas necessidades na busca por cuidado. Dessa forma, os conselhos são espaços de participação por onde as informações chegam e as decisões acontecem; no entanto, a baixa capacidade técnica do conjunto de seus membros muitas vezes limita sua prática avaliativa.

As Conferências Municipais de Saúde constituem outra instância institucionalizada de participação social para a definição de prioridades na política de saúde. Por meio das conferências, foi instituído o Conselho Municipal de Saúde e o aprofundamento do processo de municipalização da saúde, com o enquadramento do município nas modalidades de gestão mais avançadas.

A Ouvidoria foi criada para ser um dispositivo de comunicação entre prestadores e usuários do SUS. Existe na formalidade do sistema, mas não foi referenciada pelos entrevistados como um espaço legitimado de escuta pela equipe gestora. Dessa forma, este dispositivo, que poderia ser um potencializar de práticas avaliativas que permitam interações democráticas entre os atores com vistas à análise e intervenção na relação demanda e oferta de produção de cuidado em saúde, não vem sendo valorizado.

Na regulação do acesso ao sistema, e em especial da Atenção Básica, foram identificadas singularidades que se expressam em práticas avaliativas potencializadoras da integralidade da atenção. O processo de territorialização e o desenho da rede hierarquizada se revelaram como tal por terem possibilitado aos diferentes atores sociais (profissionais de saúde, gestores e comunidade) a inclusão na tomada de decisão sobre a definição de suas necessidades na busca por cuidado. A reestruturação do nível secundário através da criação dos institutos de especialidades e das unidades de referência regional representou a estratégia de reorganização da rede de serviços, com vistas à efetivação da integralidade da atenção. No entanto, observaram-se dificuldades na operacionalização de tal proposta. As unidades de referência regional se transformaram em unidades de pronto-atendimento, não respondendo ao propósito para o qual foram criadas, de dar suporte a um conjunto de UBS de uma dada região sanitária, possibilitando o acompanhamento dos resultados e o impacto das ações do PSF. Nos institutos, há estrangulamento da demanda e a contra-referência continua sendo uma utopia. Tais aspectos são avaliados com base nas ações exercidas no cotidiano, em que se observa que o conjunto de profissionais estabelece acordos e parcerias interprofissionais, constituindo referenciais de intervenção utilizados para melhoria do fluxo da rede assistencial.

Ferramentas tecnológicas também regulam o acesso aos níveis secundário e terciário, por meio das centrais de marcação de consulta e internação que são acionadas pelas UBS, serviços de urgência e emergência e pelos municípios pactuados.

Avanços na integralidade da atenção poderiam ser mais efetivos se a concepção do processo saúde adoecimento fosse percebida em seus múltiplos determinantes pelo conjunto dos atores e resultasse em projetos intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população. O setor saúde, em especial a Atenção Básica, por estar inserida nos territórios onde este processo acontece, percebe com mais clareza a determinação social, ao identificar a multicausalidade.

Sendo assim, as UBS-Saúde da Família orientadas pela apreensão da realidade de suas populações adscritas têm desencadeado movimentos de aproximação junto a outros setores das políticas públicas, apesar de a responsabilidade pela formulação, execução e avaliação de políticas públicas e de promoção da cidadania ser formalmente delegada ao conjunto dos setores competentes (SSSDA-JF, Diretoria de Política Social e Política Urbana).

Em relação ao conhecimento e prática dos trabalhadores, foi possível identificar uma relativa autonomia nos processos de trabalho das equipes, em especial das de Saúde da Família, o que tem estimulado o raciocínio para a elaboração de projetos de intervenção dinâmicos e situacionais.

No âmbito da educação permanente, identificaram-se várias iniciativas que integraram ensino-serviço-comunidade e propiciaram avanços no diagnóstico das necessidades e na implementação de processos de capacitação de profissionais, gestores e conselheiros. Tais processos tinham como premissa a participação dos diversos atores nas instâncias avaliativas constituídas pelos comitês gestores interinstitucionais. Apesar deste aprendizado, a descontinuidade da gestão no setor saúde comprometeu o projeto político da saúde, que, somado à fragilidade da política de desenvolvimento de recursos humanos, impediu a consolidação dessas práticas. Os projetos de incentivo às mudanças curriculares têm restabelecido os espaços de avaliação e discussão sobre educação permanente conduzidos de forma compartilhada entre UFJF e SSSDA-JF.

O acolhimento tem sido implantado como novo dispositivo organizador do fluxo assistencial no interior da UBS. Ao desconcentrar o processo de trabalho da consulta médica, eleva a capacidade de atendimento da demanda espontânea pela equipe, dando uma resposta mais eficaz à característica de "porta de entrada" atribuída à atenção básica.

Apesar da estruturação de um instrumento de supervisão dos processos de trabalho das equipes, a grade de atividades (composta por ações, parâmetros e atribuições profissionais para a Atenção Básica), a inconstância dessas atividades não a tem legitimado enquanto uma prática avaliativa. Mesmo com a regulamentação que normatiza a organização e funcionamento das UBS, cada uma possui uma forma distinta de organização definindo padrões de acessibilidade do usuário. Tal prática possibilita modos de avaliar as ações executadas no cotidiano, imprimindo singularidades aos processos de trabalho. No entanto, o trabalho em equipe ainda não avançou para a implementação de projetos terapêuticos interdisciplinares.

Os profissionais que atuam na Atenção Básica, em especial na Saúde da Família, identificam-se como agentes de mudança ao vivenciarem processos de transição entre os modelos assistenciais, o que potencializa sua capacidade de imprimir práticas avaliativas com respostas cada vez mais qualificadas. Por outro lado, esta capacidade de desenvolver práticas avaliativas é condicionada por uma demanda, oriunda dos usuários e gestores, ainda marcada pelo modelo tradicional centrado na doença e na produtividade, em

detrimento da resolutividade, da qualidade da assistência e da melhoria do padrão de vida das populações.

As práticas avaliativas compartilhadas entre os profissionais das equipes de saúde e usuários, representados nos Conselhos Locais de Saúde, têm possibilitado espaços de reflexão e discussão indutoras de uma práxis que redefine os padrões de relação entre os serviços e as necessidades da comunidade. Estas práxis, permeadas por conflitos, almejam o alcance de consensos na busca do exercício de interações democráticas entre os atores sociais do SUS.

Pode-se concluir que foram identificadas no município de Juiz de Fora práticas avaliativas que potencialmente contribuiriam para a consolidação da integralidade da atenção. Poderiam ser agrupadas em duas categorias: a primeira, originária de espaços e instrumentos formais de avaliação representadas pelas instâncias de controle da gestão social e organizacional do sistema de saúde local; a segunda, representada pelo cotidiano da prática profissional que, ao ser refletida e analisada, permite imprimir modos de avaliar, que mesmo não contando com instrumentos sistematizados, identificam nós críticos que estimulam a readequação nos modos de organizar e produzir cuidado.

Um elemento fundamental para a consolidação da integralidade e dos demais princípios do SUS exige um posicionamento do conjunto dos gestores (gestores, profissionais e controle social) que sinalize claramente o modelo a ser adotado, definido a partir de uma interação democrática que se torne o referencial para a organização do sistema de saúde local.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

CAMARGO Jr, K, R. *Logos*: Programa de gerenciamento de bases de dados de textos. http://paginas.terra.com.br/educacao/kencamargo/index_pt.html. Acesso em: 2006.

CAMARGO JR, K. R. et al. Aspectos metodológicos na avaliação da atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Gestão em Redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 223-244.

CAMARGO JR, K. R. et al. *Relatório Final Estudos de Linha de Base - PROESF*: Lote 1: Sudeste Minas Gerais e Espírito Santo. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 95 p.

CAMPOS, E. M. S. *A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (Re)estruturação do Modelo Assistencial do SUS*: A perspectiva de quem molda sua operacionalização. Rio de Janeiro, 2007. 297 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

JUIZ DE FORA. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. Plano Municipal de Saúde. Juiz de Fora, 2002, 290 p.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. *Serviço de Saúde da Família*, outubro 1996, 12 p.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. *Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade em Saúde na Atenção Básica*. Projeto de pesquisa. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2005.

MASCARENHAS, M. T. M. *Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ*: estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATUS, Carlos. *Problemas de diseño de un Programa de Gobierno*. Caracas: Planificación y Política, n. 1, Nov. 1983.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al*. (orgs.). *Educação médica em transformação:* instrumentos para a construção de novas realidades. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Institucionalização da avaliação em saúde: mediações com a integralidade In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Integralidade e Atenção Básica:* contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

RIBEIRO, l. C. et al. Avaliação da cobertura do sistema de informação da atenção básica em saúde (SIAB): uma aplicação da metodologia de amostragem para garantia da qualidade de lotes. *Revista de APS*, v. 10, n. 2, p. 120-127, jul/dez 2007.

ROCHA, F. R. S. et al. *Educação Permanente em Saúde*: uma experiência brasileira de sucesso na integração ensino-serviço-comunidade, Juiz de Fora: NATES/UFJF, 2006. mimeo.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 241-257.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

TEIXEIRA, M. T. B. et al. *Relatório Final da Pesquisa Avaliação da Atenção Básica em Saúde no Município de Juiz de Fora*. Juiz de Fora: Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, 2006. 34 p.

VIANA, A. L. A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (supl.), p. 139-151, 2002.

A integralidade como eixo das práticas avaliativas: o caso de Piraí

VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR
ROSENI PINHEIRO
CARLA ALMEIDA ALVES
ROSANA FREITAS ARANTES

Introdução

A idéia de lançar foco sobre as práticas avaliativas, no que tange a seus usos e resultados perseguidos, nos permite compreender as formas de construção do SUS em diversas localidades e como se insere o princípio constitucional da integralidade nos saberes e práticas nas instituições de saúde (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Em nossas discussões, observamos que o desafio atual da avaliação consiste em tornar-se, em si, uma prática capaz de produzir efeitos no contexto em que se realiza e, mais do que isso, pretender-se uma prática de intervenção afirmativa do direito à saúde (LAPPIS, 2006; FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006, p. 36). Essa perspectiva nos convoca a pensar sobre os nexos constituintes entre as práticas de integralidade e as práticas de avaliação em saúde, cuja inovação se caracteriza por novos modos de agir na produção do cuidado em saúde (PINHEIRO et al., 2005).

Tomando como conceitos fundamentais a Reforma Sanitária Brasileira, a noção de atenção básica com ênfase na integralidade da atenção à saúde e a pesquisa avaliativa em saúde (HARTZ, 2000), tornou-se possível analisar as práticas de integralidade e avaliativas em duas dimensões: a dimensão da gestão e reorganização da atenção básica e a dimensão dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores. Nessas dimensões, privilegiamos o cotidiano nas instituições de saúde como espaço de construção e estudo de práticas de integralidade cuja noção de integralidade em saúde, em seu plano individual e sistêmico, parte das definições desenvolvidas por Roseni Pinheiro (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Como parte integrante da pesquisa multicêntrica sobre avaliação e integralidade em saúde, este trabalho visa a apresentar uma análise das práticas de gestão do município de Piraí, nacionalmente conhecido como uma das localidades que cumprem o legado constitucional do direito à saúde no Estado do Rio de Janeiro[1].

[1] Durante os primeiros seis meses no ano de 2008, a Prefeitura de Piraí conquistou cinco prêmios de reconhecimento pelo zelo na gestão do dinheiro público e pelo compromisso em melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população. O mais recente foi o prêmio do Programa Prefeito Amigo da Criança, concedido pela Fundação Abrinq, por priorizar as crianças e os adolescentes em suas políticas públicas, na gestão 2005-2008, no Congresso Nacional, em Brasília. Dois prêmios foram concedidos pela Escola de Contas e Gestão do Tribunal de Contas do Estado – Prêmio Ministro Gama Filho e Prêmio de Melhores Práticas de Gestão. Os títulos de Prefeito Empreendedor pelo Sebrae/RJ e o IRFS-CNM pela Confederação Nacional dos Municípios também foram conquistados. Estes prêmios confirmam que Piraí é uma referência em gestão pública no Estado do Rio.

Percurso metodológico

O percurso da pesquisa caracteriza-se por um estudo de natureza exploratória, interdisciplinar, sendo que a modalidade de tratamento analítico do material qualitativo é a análise de conteúdo. Utilizamos os materiais gerados em diferentes momentos do trabalho de campo, a fim de identificar contrastes e consonâncias entre os saberes e as práticas produzidos pelos atores no cotidiano dos processos de gestão. Para tanto, recuperamos os dados coletados em pesquisas anteriores (2ª fase do Projeto de Pesquisa "Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde", realizada em 2005, que trazia como um de seus eixos de análise as inovações da gestão de saúde) e cotejamos com os dados do projeto atual ("Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade em Saúde na Atenção Básica", finalizado em 2007). Ambas as pesquisas têm como o universo de investigação diferentes localidades do Estado do Rio de Janeiro, dentre as quais o município de Piraí.

A técnica de coleta de dados foi de natureza qualitativa, com registro de dados: a) análise documental do Relatório de Gestão 2005; relatórios das Conferências Municipais de Saúde de 2003 e 2005; atas das reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde dos anos 2005 e 2006; b) entrevistas com roteiros semi-estruturados – 30 em 2005 e 15 em 2007; c) observação participante (VII Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde e I Mostra de Experiências Exitosas de Piraí).

O material empírico foi tratado em duas etapas. Primeiro, sistematizamos seu conteúdo em matrizes com as categorias temáticas com critérios/indicadores definidos na metodologia da pesquisa, para as dimensões da organização dos serviços e dos conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde, distribuídos por atores envolvidos (gestores do nível central, gestores do nível local, trabalhadores, conselheiros representantes dos usuários e usuários). Em seguida, traçamos um roteiro para identificar práticas avaliativas; inovações; evoluções encontradas no período 2005 a 2007 e espaços de participação que favorecem a realização de práticas avaliativas. Na análise documental, utilizamos as categorias e critérios/indicadores das matrizes supracitadas. Focalizaremos neste capítulo a discussão acerca das evidências relacionadas à dimensão da gestão e reorganização dos serviços de saúde.

Contexto do município

Piraí é um município de 24.170 habitantes (IBGE, 2007), localizado no Estado do Rio de Janeiro (RJ), na região industrial do Médio Paraíba, fazendo parte da bacia hidrográfica do Rio Paraíba do Sul. É cortado em toda sua extensão, de 504,6 km², pela BR-116 (Via Dutra). Aproximadamente 81,71% de sua população localizam-se na área urbana, sendo a média de moradores por domicílio de 3,5 pessoas, segundo dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). Os idosos representam 11% da população do município, e as crianças entre 0 e 9 anos, 16% (SMS PIRAÍ/RJ, 2005).

O PIB de 2003 alcançou R$ 738 milhões, 23ª posição entre os 92 municípios fluminenses. Em 2005 foram aplicados 25,22% dos recursos próprios em saúde, quando o exigido por lei são 15%. Do total das despesas com saúde (R$ 15.219.614,28), 20,40% foram financiados com recursos transferidos de outras esferas de governo (100% dessas transferências são de origem da União) e 79,60% com recursos próprios.

Piraí possui um contexto político peculiar: desde 1993, o mesmo grupo de profissionais atua na gestão da saúde do município, tendo como projeto de governo a estruturação, aprofundamento e continuidade de uma política de saúde com ações planificadas de forma participativa – dialogando com a sociedade organizada, os gestores, os trabalhadores e a prefeitura.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Piraí é habilitada no regime de Gestão Plena do Sistema Municipal, desde 13 de outubro de 2003. Por meio do SUS, o município oferece uma rede de serviços de saúde que absorve mais de 90% da demanda municipal – casos mais complexos são encaminhados para outros municípios. Nessas situações, a SMS dispõe do Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), garantindo o agendamento, o transporte e o acompanhamento dos pacientes em outro município (PORTAL DE PIRAÍ, 2008).

Em 2005, a rede de serviços encontrava-se distribuída por 86 prestadores públicos, 11 prestadores privados locais e 14 prestadores privados extramunicipais (SMS PIRAÍ/RJ, 2005). A estrutura hospitalar é composta unicamente pelo setor público. O HFL, de natureza filantrópica, desde 1997 é administrado em regime de co-gestão entre a Prefeitura Municipal e a Santa Casa de Misericórdia (PORTAL DE PIRAÍ, 2008).

Na área assistencial, o município desenvolve ações programáticas baseadas na Estratégia Saúde da Família (ESF)[2] e destaca-se por apresentar 100% de cobertura pela ESF, com 12 equipes. Sua implementação vem se constituindo como mais uma estratégia político-assistencial, com vistas à reformulação da assistência à saúde na região.

Práticas de saúde e práticas avaliativas de integralidade: contribuições conceituais

Para construir a proposição teórico-conceitual de práticas avaliativas de integralidade na atenção básica de saúde, foi adotada a seguinte definição acerca de práticas:

> Práticas são ações exercidas cotidianamente nos serviços, como referenciais ricos de análise e intervenção; e que não se esgotam nas ferramentas tecnológicas já existentes, e nem se pretendem tornar técnicas a serem compartilhadas (AYRES, 2006).

Pinheiro e Silva Junior (2008), apoiados em Ayres (2006), avançam com essa noção quando propõem uma definição operatória para identificar e analisar práticas avaliativas no âmbito dos sistemas municipais de saúde:

> Práticas avaliativas são diferentes modos de avaliar que tomam como base as ações exercidas cotidianamente nos serviços, na medida em que forjam acoplamentos de saberes e práticas dos sujeitos (gestor, trabalhador e usuário) na produção do cuidado em saúde e subsidiam sua avaliação como intervenção; não se esgotando nas ferramentas avaliativas já existentes, e pode ser tornar técnicas a serem compartilhadas ou não (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

No entendimento dos autores, para que uma prática avaliativa seja reconhecida como amistosa à integralidade é necessário que inclua o usuário como o principal ator/sujeito

[2]Diabetes; DST/Aids; Hanseníase; Hipertensão Arterial; Imunização, Pneumologia Sanitária, Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental); além de contar com o Programa Bolsa Família; Programa de Assistência Domiciliar (PAD); Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA); Programa de Saúde Bucal; Programa de Saúde na Escola (PROSANE); Programa Saúde Mental e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

na tomada de decisão sob suas necessidades por cuidado, ao mesmo tempo em que os saberes originados dessa decisão produzam conhecimentos que sejam apropriados socialmente pelos envolvidos. Também é fundamental que se supere a dicotomia entre demanda e oferta nos serviços de saúde – categorias originárias do campo da economia e amplamente utilizadas no planejamento em saúde, que colocam o usuário como único produtor de demanda e o gestor e trabalhador como produtores da oferta (PINHEIRO, 2001). Partindo desse entendimento, foi possível construir os pressupostos epistemológicos que embasam a definição de práticas avaliativas de integralidade na atenção básica, proposto pelo estudo multicêntrico, qual seja:

> As práticas avaliativas de integralidade em saúde resultam de interações democráticas entre atores em suas práticas no cotidiano na relação demanda e oferta de produção de cuidado na saúde; garantem a inclusão dos usuários na tomada de decisão sobre a definição de suas necessidades na busca por cuidado; possuem uma elevada potência formativa capaz de produzir conhecimento para a elaboração de respostas qualificadas e no modo de provê-las (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Em nossas pesquisas, observamos que as práticas avaliativas que se relacionam com a dimensão da gestão e da reorganização dos serviços são, em grande parte, de natureza normativa, e buscam atender às pactuações do financiamento com o nível federal (BOSI; UCHIMURA, 2006; CONILL, 2006). Essa constatação nos permite inferir a existência de limites que precisam ser considerados na sua relação com uma maior indução a monitoramentos, visando ao cumprimento de normas e regras, e mesmo cobertura de programas, do que apropriação social dos resultados e questões reveladas por essas avaliações.

No que concerne à avaliação normativa, ressaltamos alguns aspectos importantes. Para Clemenhagen e Champagne (1986), é atividade comum numa organização ou num programa e corresponde às funções de controle e acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade. Contandriopoulos et al. (1997) a consideram uma atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Na visão de Hartz (1997, p. 35), todas as avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe forte relação entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. Silva Junior e Mascarenhas (2004) a consideram pouco permeável para uma compreensão qualitativa de aspectos relevantes na direcionalidade das mudanças no modelo tecnoassistencial. Faz-se necessário complementá-la com a abordagem da pesquisa avaliativa (HARTZ, 2000), para a percepção dessas mudanças, sendo esta uma ferramenta mais amistosa para a integralidade.

A avaliação de programas de saúde ainda possui forte influência positivista e é marcada historicamente pelo uso predominantemente de métodos quantitativos (BOSI; UCHIMURA, 2006). Ressalte-se que a corrente hegemônica e normativa da avaliação apresenta questões limitantes e desafiadoras para práticas avaliativas voltadas para a integralidade na atenção básica.

No Brasil, sobretudo, a avaliação em saúde é hegemonicamente de caráter mais prescritivo e burocrático, coerente com a história de organização centralizada que marcou de forma

incisiva a institucionalização dos serviços de saúde no país. No âmbito nacional das políticas públicas, as estratégias de fortalecer uma cultura de avaliação capaz de contribuir para o processo decisório e a formação dos profissionais, sejam eles avaliadores ou trabalhadores da saúde, ainda se encontram em processo de institucionalização. Até porque institucionalizar a avaliação significa incorporá-la à rotina dos serviços, tendo, portanto, um objetivo indissociado do desafio de consolidação do SUS/sistema público nacional, por meio da qualificação das ações nos diferentes níveis de atenção, sendo orientado pelo princípio da integralidade e possibilitando a organização de um modelo de atenção básica de saúde com maior resolutividade (BRASIL, 2005; FELISBERTO, 2004; 2006).

Entretanto, é possível observar evidências de inovação na gestão do SUS, no sentido da afirmação de seus princípios universais, sendo o município de Pirai, no Estado do Rio de Janeiro, uma de seus *loci* de expressão. As práticas avaliativas, ali exercidas, conferem os atributos de um sistema municipal de saúde voltado para a integralidade da atenção, cujas relações que se estabelecem têm na idéia de gestão com responsabilidade sua principal força.

Práticas avaliativas no município de Piraí e suas relações com a integralidade

Considerando o marco lógico e teórico do estudo multicêntrico, este trabalho privilegiou a dimensão da organização e gestão dos serviços de saúde, tendo em vista o atendimento dos critérios atribuídos a configuração das práticas avaliativas amistosas à integralidade. Em nossas evidências, constatamos um elevado nível de aprendizado institucional (VIANA et al., 2000), que tem uma equipe de gestores atuando em seu sistema, com expressiva participação em todas as etapas do processo de implantação e consolidação do SUS no Estado brasileiro. Esse aprendizado se reflete, ao menos, em duas iniciativas específicas e concretas no modo de gerir a coisa pública na saúde, quais sejam: a) o desenvolvimento sistemático de instrumentos de planejamento, programação e avaliação; e b) na criação de espaços e dispositivos que favorecem a construção de práticas avaliativas com ampla participação dos usuários em suas concepções e modos de gerir as ações de saúde na Atenção Básica. Cada uma dessas iniciativas será aqui apresentada em suas principais características.

Instrumentos de planejamento, programação e avaliação

A análise das práticas avaliativas de Piraí nos levou a observar na gestão do município o que Vieira-da-Silva (2005) qualificou como espectro da avaliação, devido à existência de diversas possibilidades avaliativas, que compreendem desde as avaliações das práticas cotidianas até as pesquisas avaliativas. A autora destaca que entre esse dois extremos opostos do espectro da avaliação, estaria uma multiplicidade de possibilidades de avaliação para a gestão ou avaliação administrativa em saúde.

Apesar da variedade existente, identificamos uma predominância de práticas avaliativas normativas, principalmente porque têm sua origem nos instrumentos de planejamento e programação preconizados pelo SUS, que pressupõem monitoramento e avaliação sistemáticos. A gestão central da SMS é a instância de maior concentração desses instrumentos (vide quadro 1). Em contraponto, vimos a presença de práticas avaliativas de vocação formativa, pela recorrente utilização do resultados de suas avaliações, como se

retroalimentassem a co-produção de tantas outras práticas avaliativas, que são sistematicamente amplificadas pelos diferentes espaços e dispositivos de participação. Esse fato é corroborado pela crescente integração com instituições de ensino e pesquisa, oferecendo campo de estágio e investigação para universidades, tais como a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. São evidentes os efeitos e repercussões dessas práticas, por meio da promoção do aperfeiçoamento institucional e profissional, que muito deles se materializam em encontros semanais junto com os estudantes e pesquisadores no cotidiano dos serviços, para discussão de casos, capacitação, troca de experiências e atualização técnica.

Uma das inovações (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004), que identificamos no nível local (vide quadro 2) são os *Cadernos dos Seminários de Avaliação*. Esses cadernos constituem o principal instrumento norteador das atividades no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Piraí, cuja construção parte de demandas, idéias e/ou instrumentos utilizados pelos gerentes das USF. Esse *Caderno* é utilizado por todas as USF e, além de monitorar as ações de saúde, permite a realização de avaliações trimestrais, por intermédio de reuniões da Coordenação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com os gerentes das USF, oportunidade em que resultados são avaliados e estratégias de enfrentamento de problemas, quando necessárias, são desenvolvidas.

A elaboração desse instrumento demonstra a preocupação da SMS em criar práticas avaliativas próprias e aponta o alto grau de incorporação da avaliação na rotina dos serviços das equipes, ainda que com uma participação pouco expressiva do usuário.

Práticas avaliativas normativas também estão presentes no cotidiano da gestão local, todas elas preconizadas pelo nível federal, que buscam aliar qualidade e informações de bases nacionais. Os gerentes de Unidades de Saúde da Família (USF) apontaram o uso recente do instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), especialmente o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), como fonte de dados para análise e avaliação de suas unidades:

> Olha, [...] do nosso trabalho tem muitos instrumentos de avaliação! A gente tem um seminário que acontece de três em três meses. Então, assim, a gente levanta todos os dados, né, de diversas fontes: SIAB, SINASC, SISVAN, SINAN, todos os dados mesmo; e, mensalmente, a gente faz avaliação pelo SIAB. [...] Então, material pra avaliar o nosso trabalho a gente tem bastante. (GL 01, 2007).

Apesar de muitos autores apontarem as limitações do SIAB na avaliação e monitoramento da Atenção Básica (HARTZ, 2002; 2000; CONILL, 2002; SILVA; LAPREGA, 2005; IBAÑEZ et al., 2006) e indicarem a necessidade de instrumentos e pesquisas avaliativas para avaliação de seu desempenho, em Piraí tal assertiva não é totalmente corroborada. Entre os trabalhadores, o SIAB também é o instrumento que favorece práticas de planejamento e avaliação, atividades materializadas por meio de reuniões regulares promovidas pela Coordenação da ESF. Nessas oportunidades, os dados consolidados do período são apresentados e avaliados em relação ao ano anterior.

Em menor número foram identificadas outras práticas avaliativas nas USF, como a aplicação de uma pesquisa de acesso e satisfação de usuários, pesquisas avaliativas realizadas pelo LAPPIS e instrumentos próprios, como a agenda das unidades.

No município, os limites das práticas avaliativas normativas são constantemente tensionados pela gestão central, a partir dos espaços de participação onde ocorrem interações democráticas entre os atores. Dessa forma, as práticas avaliativas, mesmo tendo cunho normativo, possuem certa permeabilidade às práticas de integralidade na atenção à saúde.

Espaços e dispositivos que favorecem as práticas avaliativas

A política de gestão participativa da saúde em Piraí é sustentada pela existência de espaços formais, instâncias que também favorecem as práticas avaliativas, como o Conselho Municipal de Saúde; os Conselhos Gestores das USF; as Pré-Conferências Locais de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde. Nesses espaços, há a interação de gestores, trabalhadores, conselheiros e, em menor escala, usuários, na formulação do planejamento e na avaliação das ações do município.

Em geral, os usuários procuram os conselheiros pessoalmente para apresentar suas demandas, por eles estarem envolvidos de alguma forma com a saúde e, talvez, por demonstrarem alguma influência. Suas demandas são incluídas no planejamento local e a SMS estimula continuamente a participação, inclusive por ser uma forma democrática de dividir as responsabilidades entre gestor e usuário.

Os trabalhadores reconhecem que, por meio da constituição dos Conselhos Gestores das USF, a participação do usuário aumentou, tendo ele ganhado espaços a reivindicar seus direitos.

Devemos considerar que nos espaços de discussão do Conselho ainda há um predomínio do discurso técnico e os representantes da população na maioria das vezes legitimam a condução dos técnicos. A gestão, por sua vez, faz um esforço de escuta das demandas, incluindo-as no desenvolvimento das ações. Os conselhos são arenas de disputas e de redistribuição de políticas sociais e, a despeito das dificuldades na participação e da assimetria de informações, constituem espaços importantes de diálogo e mediação de políticas (STOTZ; SILVA JUNIOR, 1994).

Há outros espaços instituídos pela gestão central (SMS PIRAÍ, 2005) que promovem o encontro entre gestores e trabalhadores, com ênfase na realização de avaliações:

- Fórum de Gerentes de Unidades: espaço de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações. Reúne mensalmente os gerentes de unidade, os coordenadores de programa e o técnico de planejamento.
- Reunião do Pólo de PSF: reúne a coordenação do PSF, coordenação de Odontologia, Médicos, Enfermeiros e os Cirurgiões-Dentistas para avaliação de resultados trimestrais para cada uma das Equipes de PSF e Equipe de Saúde Bucal (ESB). A reunião acontece mensalmente, sendo uma organizada em um dos meses para consolidação de dados, outra para apresentação de dados do pólo Piraí e outra para apresentação do pólo Arrozal.
- Plenária de Planejamento (ou Seminário de Avaliação Anual): realizada uma vez ao ano em formato de oficina. Reúne os gerentes da SMS para avaliação da agenda do ano anterior, problematização, definição de operações para o ano em curso e construção da agenda municipal de saúde.

Além do Seminário de Avaliação Anual, iniciado em 2001, há outro, realizado trimestralmente. Conforme esclarecimento de um trabalhador, isso possibilitou a elaboração de estratégias de mudança mais rápidas:

> Por que antigamente, a gente avaliava anualmente, só que a gente via e ficava muito distante de conseguir a mudança. [...]. Agora, a gente começou a se organizar, tem uma reunião só do Pólo, e aí a gente junta os dados, joga no data show, a gente conversa, compara, aí a meta é para os próximos três meses. Há dois anos mudou. Eu achei bem melhor. Por que a gente consegue um termômetro mais fidedigno [...]. Aí já faz a estratégia da mudança, não espera [...]. A gente até consolida os dados anual, só que a gente faz assim: analisa os três meses e a gente passa tudo que foi analisado. (M 03, 2007).

As reuniões de equipe, realizadas periodicamente nas USF, ainda que sem a participação do usuário, seriam uma forma de avaliação das práticas cotidianas. Embora essas reuniões produzam mudanças, observamos certa tensão entre reunir e atender, em função das demandas rotineiras das equipes das USF.

Identificamos também dispositivos de práticas avaliativas que incluem o usuário como agente direto da avaliação e da vocalização de suas demandas, como o livro de reclamações e sugestões das unidades, em que há registros de todos os tipos – o mais comum é em relação à morosidade na entrega de medicamentos e alguns direcionados aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A implantação de uma Ouvidoria Municipal, em 2005, representou mais um espaço de escuta e uma porta de acesso para o usuário dos serviços de saúde. As características impressas na figura do Ouvidor, conforme define Pacheco (2008), se aproximam do estilo de gestão estabelecido em Piraí, traduzido nesta pesquisa como "portas abertas", por ouvir as pessoas, mediar conflitos, responder a demandas e incorporar sugestões, sendo um espaço de prática avaliativa para a população. As demandas pendentes da Ouvidoria Municipal são listadas e encaminhadas nas reuniões regulares que ocorrem na Prefeitura com as demais Secretarias de Piraí. Nessa oportunidade, a Prefeitura avalia o desempenho da SMS em relação às demandas do usuário.

Esse estilo de gestão é identificado também na existência de ouvidorias não-oficiais, localizadas nas unidades de saúde, onde as reclamações são reportadas à gerência. Essa forma de avaliar as questões dos usuários evita a abertura de queixas formais e de conseqüentes processos a serem encaminhados para a Secretaria, sendo uma prática avaliativa que favorece a integralidade.

Em Piraí são poucas as demandas encaminhadas para o Ministério Público (MP). Na sua totalidade são solucionadas junto ao gestor do sistema. Ao serem perguntados, os usuários referendam os espaços de participação citados anteriormente, além do livre acesso da população à SMS. É possível notar o caráter articulado e cooperativo entre a SMS e o MP. Além disso, reconhecemos a Ouvidoria da Prefeitura e o MP como espaços onde se reúnem agentes de avaliação externos que produzem um tipo de avaliação que altera a direcionalidade das mudanças do modelo tecnoassistencial. Essa prática avaliativa impacta nas ações de saúde, na organização do sistema e no próprio processo de trabalho, ampliando o acesso ou reivindicando melhor qualidade do cuidado oferecido.

O setor de marcação de exames e consultas é o organizador das referências de Piraí e realiza práticas avaliativas que permitem verificar se o município precisa investir em

assistência complementar. Trata-se de outro dispositivo que contribui com a organização da oferta dos serviços de saúde. Embora a contra-referência seja incipiente, os critérios e indicadores atribuídos à dimensão da gestão e da organização dos serviços de saúde em Piraí apontam para o empenho da gestão em garantir o acesso a todos os níveis de complexidade tecnológica de atenção à saúde.

Considerações finais

O município de Piraí vem fazendo um grande investimento na estruturação e oferta de serviços públicos qualificados de saúde. A avaliação integralidade tem sido seu eixo de estruturação, como podemos perceber no esforço de garantir acesso a todos os níveis de complexidades tecnológicas de atenção à saúde e a inclusão das demandas da população no planejamento local.

No que tange à gestão e à reorganização da Atenção Básica, são utilizados mecanismos e dispositivos que buscam a conformidade aos princípios do SUS como os instrumentos normativos de planejamento e avaliação instituídos pelo nível central do sistema (MS). Há um esforço de mediação entre os instrumentos usados pelo nível central da gestão e aqueles usados pelo nível local, como o *Caderno de Atividades* (ou *Caderno do Seminário*). Objetiva-se, assim, a superação dos limites encontrados nos instrumentos normativos em traduzir o cotidiano das equipes de saúde e as mudanças qualitativas no processo de trabalho local.

As estratégias regulatórias vêm garantindo o acesso da população aos diversos recursos de cuidado na rede assistencial loco-regional, embora não se consiga garantir contra-referência espontânea. Os sistemas de informação foram plenamente implantados e fornecem subsídios importantes de conhecimento da realidade local, servindo às práticas avaliativas e ao processo decisório na política de saúde.

Vários mecanismos e espaços de participação são usados na construção de práticas de gestão e de cuidado pautados na integralidade e na participação social. Destacamos, além dos espaços formais, o "estilo de gestão de portas abertas" e as reuniões de equipe local. Estes espaços/mecanismos têm possibilitado interações entre os diversos atores no cotidiano de suas práticas, permitindo adequações entre oferta e demanda por cuidado em saúde. O protagonismo dos usuários na decisão de prioridades e necessidades é garantido de várias formas. Entretanto, cabe destacar que a participação mais intensa ainda está restrita aos representantes formais de usuários em instâncias de controle social e que a população, em geral, ainda participa pouco dos debates. Considera-se também que a participação dos representantes dos usuários muitas vezes é mediada pelo olhar dos técnicos da SMS, evidenciando ainda uma baixa capacidade analítica autônoma.

De um modo geral, as práticas avaliativas locais têm qualificado as discussões sobre a política local de saúde e instrumentalizado os conselheiros e demais atores na formação de novos juízos de valor, qualificando as normas existentes. Potencializam, assim, a capacidade formativa dos processos avaliativos, valorizando o diálogo entre atores no cotidiano e o maior conhecimento da realidade local.

Por fim, parece-nos que a gestão do SUS no Município de Piraí é pautada por razões públicas que têm na dimensão da gestão e organização dos serviços um dos vetores da efetivação do direito à saúde. O principio ético-político e educativo do direito à saúde

se afirma no exercício da responsabilidade, do compromisso, do respeito e da alteridade com usuários na produção de cuidados de saúde.

Quadro 1 – Gestão central

Práticas avaliativas no município de Piraí na dimensão da gestão e da reorganização dos serviços	
Instrumentos de planejamento, programação e avaliação	1. Plano Municipal de Saúde 2. Programação Anual de Saúde 3. Relatório Anual de Gestão 4. Programação Pactuada Integrada 5. Plano Plurianual 6. Orçamento municipal

Quadro 2 – Gestão local

Práticas avaliativas no município de Piraí na dimensão da gestão e da reorganização dos serviços	
Instrumentos de planejamento, programação e avaliação	1. Análise de dados obtidos pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS): SIAB; SINASC; SINAN; SISVAN; etc. 2. Aplicação do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) 3. Caderno do Seminário de Avaliação Anual do município 4. Pesquisa de acesso e satisfação de usuários 5. Pesquisas avaliativas do LAPPIS (LAPPIS / IMS / UERJ) 6. Agenda das USF

Referências

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde de programas de saúde*: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde*: caminhos da institucionalização. Brasília: MS; 2005.

CLEMENHAGEM, C.; CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for manager and clinical department heads. *Quality Review Bulletin*, v. 12, n. 11, p. 383-387, 1986.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, p. S191-S202, 2002.

_____. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 564-566, 2006.

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

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 553-563, set 2006.

_____. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. bras. saúde matern. infant*, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul.-set. 2004.

FERLA, Alcindo A.; LEAL, Mariana B.; PINHEIRO, Roseni. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para a atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.

_____. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessária complementação. *Divulgação em Saúde para debate*. Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, 2000.

_____. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para atenção básica. *Rev C S Col*, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 683-703, set 2006.

IBGE. *Contagem da população 2007*. População recenseada e estimada, segundo os municípios - Rio de Janeiro – 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>. Acesso em: 31 jan. 2008.

LAPPIS. *Relatório da 2ª Oficina de Trabalho do Projeto Estudos Multicêntricos Integradores de Tecnologias Avaliativas de Integralidade na Atenção Básica em Saúde*. Rio de Janeiro, 2006 (mimeo).

PACHECO, M. V. F. *A ouvidoria a serviço da sociedade*. Portal da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman. Disponível em: <http://www.abonacional.org.br/textos.asp?vpro=mvinicius>. Acesso em: 31 jan. 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A .(orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

_____. *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

_____. *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. 304p.

_____. *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. 484 p.

_____. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. 180p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 67-113.

PINHEIRO, R. et al. Estudos multicêntricos integradores de tecnologias avaliativas de integralidade na atenção básica em saúde. Projeto de pesquisa apresentado e aprovado no CNPq. Rio de Janeiro, 2005 (mimeo).

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs.). *Educação médica em transformação:* instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas Avaliativas da integralidade em saúde: percurso metodológico da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Atenção Básica e Integralidade*: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

PORTAL DE PIRAÍ. Prefeitura Municipal de Piraí. Perfil Econômico. *Perfil Econômico Municipal* - 2002. Saúde. Disponível em: <http://www.pirai.rj.gov.br/web/page/perfileconomico12.asp>. Acesso em: 09 fev. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PÍRAI / RJ. Relatório de Gestão 2005. Piraí, 2005 (mimeo).

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA, A. S. da; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública*, v. 21, n. 6, p. 1.821-1.828, nov.-dez. 2005.

STOTZ, E. N.; SILVA JUNIOR, A. G. *Conselho de Saúde como parte de arenas redistributivas*: pontuando a questão da equidade. Trabalho apresentado na Oficina de Trabalho "Controle Social no SUS: a Prática e os Desafios", no âmbito do IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO. Recife, 19 e 20 de junho de 1994.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; HEIMANN, Luiza S.; LIMA, Luciana Dias de et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad.Saúde Pública*, v. 18, supl., p. S139-S151, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

PARTE III

Itinerários Terapêuticos e Trajetórias Assistenciais: desenhos interdisciplinares para avaliação em saúde

O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde

ROSENEY BELLATO
LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO
PHAEDRA CASTRO

Introdução

Tendo como interesse partilhar conhecimentos em práticas avaliativas em saúde, o objetivo deste estudo é trazer nossa experiência em pesquisa e, nela, a construção de itinerários terapêuticos (ITs), evidenciando seu potencial e suas possibilidades de usos como uma tecnologia avaliativa em saúde a ser considerada.

A construção de itinerários, em seus percursos teórico-metodológicos, tem possibilitado apreender discursos e práticas que expressam diferentes lógicas através das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados. Esses princípios evidenciam os tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas de cuidados em saúde por usuários e suas famílias e dos modos como os serviços de saúde podem dar-lhes respostas, mais ou menos resolutivas.

Mapeamento da produção bibliográfica sobre itinerário terapêutico em saúde

A discussão teórica sobre itinerário terapêutico (IT) tem sido realizada por áreas do saber como antropologia, psicologia, sociologia e saúde. Nesta última, a perspectiva de compreensão do IT é eminentemente cultural, através da abordagem da antropologia médica americana, destacando-se a produção de Kleinman (1998) e Geertz (1989), citados pela maioria dos autores, bem como de estudos cujo foco recai sobre condições crônicas, dentre as quais se destacam os transtornos mentais, a hipertensão e diabetes, a hanseníase e as doenças respiratórias crônicas.

No Brasil, os primeiros estudos da temática datam da década de 1980 e início da década de 1990, com Montero (1985), Rabelo (1993) e Alves (1993) abordando a experiência de adoecimento e busca por cuidado dentro do subsistema de saúde popular, com enfoque na religião como instância de cura.

Ressaltamos os estudos de Montero (1985) que trazia em discussão, em plena era produtiva marxista, a "experiência vivida da doença", evidenciando que esta se consubstancia perceptivelmente para o sujeito, nas interrupções dos fluxos cotidianos, das rotinas domésticas ou produtivas, sendo decorrente da imobilidade do corpo e produzindo efeitos de desordem na organização da vida familiar.

Nos estudos em saúde, o IT tem sido apresentado como recurso de demonstração de trajetos de busca por cuidado, principalmente no subsistema popular, ou não-

profissional. Estes trajetos são, em geral, apreendidos como resultantes de uma "escolha" feita pela pessoa doente, dentre uma ampla gama de opções em situação de busca de cuidados, para satisfação de necessidades de saúde em um dado momento. Assim, segundo Silva (2006), a pessoa teria "liberdade" na escolha do passo a ser dado para tal, segundo determinação própria.

Contudo, entendemos que esta liberdade é relativa, pois na construção desses trajetos é pertinente considerar algumas dimensões dos serviços de saúde, tais como o modo como os mesmos se configuram, podendo dificultar a acessibilidade de usuários e trazendo implicações em suas trajetórias de busca por cuidados.

Já Reinaldo e Saeki (2004) abordam o IT como uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma trajetória elaborada ou definida pelo usuário e sua família no processo saúde-doença, como uma busca por alcançar um padrão de normalidade aceito culturalmente. As autoras ainda apresentam o itinerário como uma maneira de elucidar os modos de reorientação do usuário em um mundo de relações, atividades e planos que podem ser alterados pelos rumos da doença. Visto que a família é o principal *lugar* de cuidado, é nesse âmbito que são tomadas as decisões acerca das estratégias para se lidar com a situação de adoecimento e busca por cuidado.

Entretanto, Leite e Vasconcellos (2006) lembram que esta participação da família não é isolada, dependendo também das redes de relações sociais mediadas tanto pela família, quanto pelos próprios indivíduos, sendo que o sentido da doença e da busca por cuidado é tecido na congruência entre a base cultural do sujeito e a experiência que segue construindo no processo por ele desenvolvido para uma ação de saúde. Entendemos que, nesta concepção sobre IT, o enfoque cultural continua sendo a abordagem teórica, mas amplia-se a base empírica desta abordagem, incluindo as redes sociais da qual a família faz parte, incorporando os processos cognitivos que procuram explicar os diferentes modos de busca de cuidado.

Para Silva et al. (2006, p. 298), "o itinerário terapêutico inclui uma seqüência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes sobre a identificação da doença e a escolha da terapia adequada". Esta noção de IT se limita ao momento da escolha, desconsiderando elementos que permeiam o próprio poder de fazer escolhas, tal como a organização do cotidiano para que possam realizar o cuidado em saúde, bem como os diferentes capitais culturais[1] que as posicionam de forma desigual nas relações que estabelecem. Desta forma, os capitais simbólico e linguístico podem possibilitar ao usuário e sua família "compreender as orientações dos profissionais de saúde e, especialmente, posicionar-se de forma mais ativa nas relações, negociando e estabelecendo relações menos assimétricas" (BELLATO; ARAUJO, 2006, p. 77).

Segundo estudos do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON/UFSC), o IT comporta o percurso feito na busca de tratamento e cura da doença e, ainda, as avaliações dos diferentes resultados obtidos (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004). Esta é uma perspectiva dentro dos estudos culturais, fazendo referência aos sistemas de cuidado à saúde, por onde as pessoas

[1] Bourdieu (2003) trabalha o conceito de "capital" na análise social, em suas formas econômica, cultural e social, ao estudar as desigualdades escolares e as vantagens que indivíduos ou famílias obtêm ao possuírem tais capitais.

transitam em diferentes processos de escolha e decisão para o diagnóstico e tratamento de sua doença, muitas vezes de forma contraditória e não-linear. O IT é representado pelas decisões, negociações e avaliações que as pessoas efetuam no processo de viver com sua condição crônica, concluindo que as experiências são construídas pelas pessoas em seus contextos de relações sociais

Em estudo de Gerhardt (2006), o termo IT é utilizado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos, como caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde. Procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais de saúde situando os estudos entre indivíduos pertencentes a camadas de baixa renda. O IT é apresentado pela autora tendo como centralidade a "trajetória biográfica" do indivíduo, relativizando, dessa maneira, o peso do determinismo cultural, bem como da autonomia pessoal de escolha trazidos por outros autores, conforme apresentado nos enfoques anteriores.

Neste estudo vimos, especialmente, uma proposta de abordagem que visualiza, ilustrativa e discursivamente, a construção e o estabelecimento de redes na constituição do IT. Além disso, sua abordagem evidencia a correlação, de maneira mais direta, do indivíduo situado no seio de uma família e sua comunidade na qual se estabelecem redes de troca e entre-ajuda com várias famílias, assim como destas com instituições de saúde ou outras, de maneira a que possam enfrentar os problemas cotidianos, sobretudo em relação à procura de cuidados em saúde.

Barros (2004) discute as maneiras através das quais a sociedade africana *Dogon* constrói a vida de quem nela existe. Investiga os modos pelos quais são organizados os conhecimentos e os sentidos atribuídos à loucura, suas formas de manifestações e as possibilidades de tratamento, ou de abandono, que se abrem nesta sociedade à pessoa considerada louca. Estabelece a relação da condição de loucura com as práticas sociais dessa sociedade. Trata-se de um estudo pautado na perspectiva cultural, sendo a pessoa considerada no âmbito de um "projeto existencial coletivo"; esse estudo mostra, ainda, um percurso em pesquisa bastante cuidadoso e complexo, composto pela associação de diversas abordagens teórico-metodológicas e utilizando-se de estratégias variadas para as dimensões que pretende apreender.

A noção de Itinerário trazida por Barros (2004) é ampliada de uma condição de adoecimento para uma trajetória biográfica. Desta forma, conclui a autora, a loucura assume, por vezes, novos sentidos, sendo que o louco poderá adquirir forças e conquistar o saber necessário para, nas relações sociais, redefinir seus espaços, tornando-se um adivinho e/ou terapeuta. Desta maneira, revela-se outra face do adoecer, a de ser uma experiência que pode ser tranformadora.

Dalmolin (2006), também abordando a loucura, empreende cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico na dimensão das cidades, estudando seis sujeitos numa comunidade urbana. Buscou entender os modos de vida dessas pessoas circulando em espaços abertos para falar das dores profundas do sofrimento psíquico, do protagonismo de sujeitos e famílias que sofrem estas dores e dos modos de operar, limitados e limitantes, das instituições de saúde mental, em descompasso com as necessidades e desejos dessas pessoas.

Essa autora realiza cartografias ou "mapas existenciais" desses sujeitos, considerando que cartografar é produzir algo para além do mapeamento estático territorial geográfico, compor-

tando um desenho que acompanha as mudanças e os sentidos produzidos por determinada situação de vida, no caso, o sofrimento mental, nos territórios que considera psico-sociais.

A cartografia busca

> [...] captar os universos traçados pelos modos de vida, pelo desejo, pelos "desmanchamentos" de certos mundos que vão se tornando obsoletos, ou que fogem das suas possibilidades concretas pela situação vivida, pela desterritorialização, e que correspondem a diferentes formas de inserção social e cultural (DALMOLIN, 2006, p. 101-102).

Finalmente, em nossas buscas encontramos estudos que não trazem discussões acerca do IT no corpo do trabalho, fazendo usos deste termo apenas ao nomearem o episódio da doença ou uma seqüência de eventos que ela comporta, bem como referenciarem estudos de outros autores; assim, não apresentam uma construção teórica sobre IT.

Também encontramos diversos outros termos, tais como "processos terapêuticos", "caminhos percorridos", "procura de cuidados em saúde", "trajetória biográfica", "peregrinação", que parecem ser empregados como sinônimos de IT. No entanto, são estudos que não abordam o IT na perspectiva por nós eleita.

No todo desta revisão, percebemos que as discussões sobre IT podem ser situadas em torno de dois eixos: um primeiro em que se situam trabalhos que trazem uma perspectiva individual, com ênfase nas escolhas que o sujeito realiza e, assim sendo, determinando certo itinerário; outro eixo, trabalhos em que o meio cultural é o determinante que predomina nas escolhas possíveis para o sujeito. Contudo, os estudos mais recentes vêm relativizando este determinismo, tanto dos sujeitos como da cultura no desenho dos IT, apresentando, cada vez mais a articulação ou imbricação destes dois eixos.

Ainda assim, estes estudos não privilegiam a problematização das instituições formais em saúde acionadas pelas pessoas que buscam cuidados. Desta forma, coloca pouco em discussão a relação tensionada que se estabelece entre as pessoas e as instituições de cuidado, sendo esta a necessária reflexão aqui apresentada, dada a dimensão de um sistema de saúde que se pretende universal, tal como o Sistema Único de Saúde (SUS), configurado como uma rede complexa, estruturada em níveis hierarquizados de atenção.

Este sistema tem a pretensão de atender necessidades múltiplas de saúde nas diversas dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, para tanto, conformam-se muitos arranjos que o configuram diferentemente, tornando-o único em sua proposta e nas formas locais como se apresenta. Segue, ao mesmo tempo, formas e modelos consubstanciados em programas e em diversos *menus* de propostas, política e administrativamente formalizadas e instituídas para o todo de seu funcionamento.

Toda esta organização se põe em movimento, em seus inúmeros espaços de realização, por meio de práticas que dão concretude à proposta de cuidado em saúde desta organização, operadas por sujeitos que são desejantes. Assim, tensões se produzem no encontro das lógicas e dos desejos diferenciados que trazem os usuários que buscam os serviços de saúde, suas famílias e suas comunidades, e os trabalhadores que realizam práticas concretas de atenção e de gestão em saúde.

Se, na perspectiva cultural, o IT é apreendido nos subsistemas familiar e popular de saúde. Se, na perspectiva dos serviços de saúde, o IT é analisado no interior do sistema oficial de saúde, estas abordagens circunscrevem-no em sistemas que não se articulariam e, para efeito de estudo, não enfocariam o trânsito que os usuários realizam entre os mesmos.

Compreendemos que, mais que transitar por entre os diversos sistemas de cura e cuidado, os usuários constroem pontos e faces de intersecção e mediação entre os mesmos nas buscas que realizam por cuidado. Talvez seja por isto que os mesmos sigam, aparentemente, não apreendendo como excludentes ou incoerentes o fato de recorrer a todos eles e, muitas vezes, de maneira concomitante. Nesta perspectiva o usuário nos pareça mais integrativo na valorização das diversas práticas e saberes que compõem cada um destes subsistemas, sendo menos ortodoxo na sua busca por resolução de seus problemas de saúde, recortando-os menos por dada racionalidade, mas buscando integralidade à sua maneira.

Bonet e Tavares (2006, p. 397) evidenciam, no âmbito da comunidade assistida pelo PSF, a coexistência de variadas tradições terapêuticas, compondo um circuito dinâmico e complementar à assistência médica. Contudo, especialistas destas tradições têm um reconhecimento marginal por parte da equipe que aí atua. As redes que os usuários tecem e os agentes terapêuticos alternativos que utilizam são considerados de forma residual pelos serviços de saúde, que os relacionam à precariedade de suas condições de vida e como dispositivos de apoio, "[...] e não como uma condição essencial dos processos de sociabilidade e da tessitura dos espaços sociais".

Desta forma, o que nos parece que precisa ser mudado é a apreensão e potencialização, por parte dos serviços de saúde, das ligações construídas pelos usuários entre os diversos subsistemas de cura e cuidados; igualmente, o modo como cada um destes possibilita respostas à suas necessidades.

Considerando que o IT é a prática de empreendimento de busca por cuidado em saúde de usuários na experiência de seu adoecimento, e que esta busca realiza-se nos diversos sistemas de cura e cuidado de que possa se valer, a análise dos seus ITs, na avaliação em saúde, não pode se circunscrever à um ou outro destes subsistemas. Nossa proposta é trazer o IT como uma tecnologia, na perspectiva da construção de um conjunto de recursos teórico-metodológicos, ferramentas e seus modos de usos que possam apreender estes percursos empreendidos e as produções de sentidos na busca por cuidado em saúde.

A apreensão do IT pode vir a ser utilizada como uma prática avaliativa em saúde que privilegia a experiência de adoecimento e busca de cuidados de usuários e suas famílias, na perspectiva de sua lógica nesta experiência e busca.

Construindo uma proposta de apreensão de itinerário terapêutico

As práticas avaliativas da atenção têm privilegiado estudos sobre a composição e oferta do cuidado em saúde sob a lógica dos próprios serviços de saúde e das práticas profissionais aí desenvolvidas; e têm pouco considerado a experiência de adoecimento e de busca de cuidado, na perspectiva daqueles que a vivenciam, bem como os múltiplos efeitos desta condição para os usuários do SUS e suas famílias.

Observa-se, assim, a importância de estudos que contemplem, em seu desenho, a escuta e análise atenta da experiência de adoecimento por quem a vive. Nesse viver, a busca por cuidados, para um ou mais de seus membros, pode ser mostrada apontando as condições em que esta experiência acontece e as possibilidades de resolutividade das práticas profissionais aí desenvolvidas.

Em nossas experiências com pesquisas, procuramos abordar temáticas que tratam do atendimento dos princípios da Integralidade e da Resolutividade na atenção à saúde no contexto do SUS em Mato Grosso, a partir de condições crônicas. Buscamos, dentre outros objetivos, compreender as distintas lógicas que se implicam continuamente, conformando a trajetória de usuários em busca de atendimento às suas necessidades de saúde; ao mesmo tempo, problematizar as práticas profissionais de atenção e de gestão em saúde.

O aumento da incidência de agravos à saúde que levem à condição crônica tem se apresentado como uma realidade mundial, e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

> [...] os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas [...] o paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes [...] O tratamento agudo será sempre necessário (pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos); contudo, os sistemas de saúde também devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo (OMS, 2003, p.33-34).

Discussões oriundas destas pesquisas têm evidenciado também, em nossa realidade, um aumento das condições crônicas, preveníveis no âmbito da Atenção Básica, apontando para uma baixa efetividade das políticas de saúde, apesar do longo histórico de programas direcionados especificamente a estes agravos. Tais estudos evidenciam que os custos implicados na experiência de adoecimento são computados, em geral, como gastos para o SUS, desconsiderando a resolutividade implicada nos mesmos, bem como os múltiplos custos desta condição para os usuários e suas famílias. Por múltiplos custos entendemos: os familiares, os profissionais, os sociais, dentre outros, que não se limitam àqueles expressos em unidades monetárias, e que trazem implicações e ônus à essas pessoas, com desgaste de seus potenciais e de suas próprias vidas.

Nossas pesquisas em ITs têm mostrado, na apresentação e análise da experiência de adoecimento e de busca por cuidado em saúde, olhares avaliativos privilegiados sobre as práticas em saúde, o modo de organizá-las e seus efeitos nas vidas de usuários do SUS e de suas famílias. Apontam, também, possibilidades de construção de saberes sobre a própria experiência de adoecimento e busca de cuidados destas pessoas, pois retratam as necessidades de saúde na perspectiva de quem adoece e busca cuidados, os sentidos de nossas práticas para estas pessoas e de como, nas práticas concretas em saúde, é possível haver resolutividade e integralidade da atenção. Este é o potencial dos ITs como uma tecnologia avaliativa.

A experiência de adoecimento e de busca de cuidados é, centralmente, o material com o qual trabalhamos. Desta forma, buscamos, por meio de todo um percurso teórico-metodológico, trazer em evidência esta experiência e analisá-la. Pressupomos que o usuário e sua família é quem detém esta *história* e é, então, quem melhor pode contá-la.

Percurso teórico-metodológico na construção dos itinerários terapêuticos em saúde

A noção de IT vem sendo por nós tematizada na perspectiva de uma construção analítica da experiência de adoecimento e de busca de cuidados, apreendida através da dimensão vivida dessa experiência, na qual é traçada a trajetória percorrida pelo usuário

e sua família, assim como a lógica desta trajetória e os modos como vão tecendo os sentidos nos muitos percursos que a compõem.

Esta experiência está entrelaçada e implicada pela forma como os serviços de saúde se organizam e produzem efeitos na vida dessas pessoas, respondendo ou não aos princípios da integralidade e da resolutividade da atenção.

Trazer a "peregrinação" de usuários em busca por resolver necessidades em saúde pode pôr em evidência as implicações dos sistemas de saúde em seus itinerários, aquilo que esses sistemas possibilitam de resolutividade, ou seja, o que dão conta e tudo aquilo que "escapa" aos mesmos, bem como os efeitos que produzem sobre a experiência de usuários e famílias.

Duas lógicas na composição do itinerário terapêutico

Partimos da compreensão que, no campo da atenção à saúde, lógicas distintas se tecem e se tensionam continuamente, redesenhando a configuração / hierarquia dos serviços de saúde: a lógica dos serviços de saúde e a dos usuários e suas famílias. A lógica dos serviços de saúde está refletida nas práticas profissionais que aí se concretizam e no modo de organizá-las, que respondem, de certo modo e em certa medida, às necessidades de cuidado da população à qual assiste. E a lógica dos usuários e famílias que buscam cuidados a partir de um recorte de suas necessidades empreendendo trajetórias próprias, que não se restringem aos serviços de saúde como *lugar* privilegiado desta busca.

É no tensionamento dessas duas lógicas que os ITs são produzidos, não como a soma da lógica de A mais a lógica de B; nem mesmo como sua oposição ou comparação, mas como uma forma mediada e produzida nas tensões geradas na relação de A "e" B "e" tudo aquilo que, junto, venha compor a mesma.

Esta relação entre as lógicas, do usuário e dos serviços, tem o sentido de que cada uma delas não pode acontecer isoladamente, pois estão implicadas. Entendendo que a tensão que se estabelece entre estas lógicas é sempre, numa perspectiva foucaultiana (FOUCAULT, 2003), uma vontade de potência; tomamos "tensionamento" como as forças que, numa relação, estão mutuamente se exercendo. Desta relação de forças (entre A - aquilo que o usuário busca; e B - aquilo que o serviço de saúde oferece) algo se produz, no caso, implicações nos sentidos da experiência e rumos da busca do usuário.

Diferente da lógica previamente traçada, de alguma forma, pelos gestores e profissionais de serviços de saúde, que se expressam em normas preestabelecidas, o usuário vai seguindo como que intuitivamente uma lógica traçada no próprio ato de percorrer sua trajetória em busca por cuidados, de acordo com as situações vividas, com as experiências positivas e negativas com que se depara e com a resolutividade obtida para seus problemas. Essa trajetória nem sempre é planejada com antecedência, não sendo passível, pois, normatizá-la. Nesse encontro de lógicas distintas, parece-nos que os serviços de saúde criam normas, os profissionais a elas se adequam no exercício de suas práticas, mas os usuários percorrem caminhos que tensionam aquilo que está formalmente configurado.

Nessa perspectiva, apreendemos políticas e programas de saúde como modelos formais, no sentido mesmo de enquadrados numa "fôrma", pois têm um caráter propositivo, sendo, em certa medida, linear e direcionador, buscando, através de cada dispositivo engendrado que o operacionaliza (regulamento, norma, técnica, protocolo, manual, den-

tre outros), homogeneizar a complexidade da realidade de vida e do trabalho em saúde.

É deste modo que, na perspectiva do usuário, sua trajetória entre os diversos níveis de atenção em saúde é orientada pela busca de atendimento a suas necessidades. Esta mesma trajetória, segundo os serviços, é comandada pela "regulação", entendida como prática institucional que estabelece e "liga" o fluxo da linha de produção em saúde[2] na rede de serviços descentralizados e hierarquizados do sistema de saúde, direcionando, entre seus três níveis de atenção, a referência e contra-referência. Esta linha de produção mantém o usuário "intervencionado", isto é, objeto de uma linha de intervenções, não necessariamente de cuidado, na qual o sistema de saúde busca organizar e dispor, num determinado fluxo racionalizador, seus produtos para consumo.

Nos serviços de saúde, e por meio da prática da regulação, a complexidade da atenção tem sido tomada na perspectiva da densidade tecnológica existente e organizada em níveis crescentes e hierárquicos do sistema. Esta complexidade também se baseia na hiper especialidade do saber, igualmente presente em níveis crescentes neste sistema.

Enquanto o usuário necessita de cuidados que atendam a indivisibilidade e complexidade de suas necessidades, os serviços têm disponibilizado uma linha de produção que se apresenta na forma de intervenções profissionais materializadas como procedimentos, técnicas, rotinas, dentre outras formas especializadas de ação distribuídas, hierarquicamente, nos diversos níveis de atenção. Estas seguem a lógica em busca, primeiramente, do diagnóstico de um agravo e, posteriormente, seu tratamento, controle e/ou prevenção de complicações.

É necessário considerar, no entanto, que na perspectiva do usuário existe uma tensão estabelecida entre suas necessidades de cuidado e o acesso que lhe é permitido nos diferentes níveis hierárquicos do sistema, pois este dispõe de uma gama de serviços com custos crescentes em cada nível e, em conseqüência, limitados e regulados, centrados em intervenções especializadas, diagnósticas e terapêuticas. É possível pensarmos, aqui, em todas as medidas cuidadoras de baixa tecnologia, de domínio da própria população ou disponíveis e acessíveis à mesma, pouco consideradas conforme ascendemos nesses níveis da hierarquia do sistema de saúde.

Procuramos, desta forma, compor um desenho de pesquisa constituído por abordagens metodológicas diferentes, mas complementares, que permitem a compreensão das duas lógicas anteriormente evidenciadas. Na apreensão das mesmas, nosso ponto de partida tem sido o estudo da lógica do usuário, por nós considerada a direcionadora do olhar para a compreensão das práticas profissionais na sua materialidade.

A lógica do usuário

A história de vida focal é a abordagem metodológica que oferece a possibilidade de compreensão profunda do vivido, pois permite a descoberta, a exploração e a avaliação

[2] Parece-nos que as discussões sobre linha de produção de cuidado têm trazido, como ideal regulatório, o cuidado em sua integralidade, como se um conjunto articulado de serviços, especialistas e suas tecnologias (diagnósticas e de tratamento) pudessem responder a isto. Contudo, pode-se dar conta da amplitude da pessoa que a noção de integralidade traz, com o modo fragmentado e intervencionista dessas tecnologias, expressando-se em mecanismos de visibilidade que recortam, em geral, um corpo fisico realizando suas leituras diagnósticas? Ao se reduzir terapêuticas a tratamentos, é possível construir a percepçao de que nossas práticas possam ser integrativas das necessidades de usuários e se organizarem numa produção cuidadora?

de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e lhes dão significado. É, portanto, uma importante forma de pesquisar o sentido da experiência humana (MINAYO, 2006).

Segundo Minayo (2006), a história de vida tópica (denominada, por nós, "focal") dá ênfase a determinada etapa ou setor da vida pessoal ou de uma organização e, geralmente, focaliza acontecimentos específicos tais como foram vivenciados, por uma pessoa ou grupo social. A apreensão do relato de vida é uma tentativa de revelar a dimensão intangível dos acontecimentos experienciados. Corroborando esta abordagem, Leopardi (2002) afirma que ela permite identificar aspectos da realidade que enfocam as manifestações das qualidades humanas, em seu campo de ação, significando a compreensão de uma parte da realidade, num tempo e contexto determinado.

A história de vida focal, como percurso metodológico, privilegia a experiência de adoecimento do usuário do SUS e sua família, localizando-se, nesta experiência, o evento atual de agravo à saúde, permitindo, porém, traçar a retrospectiva de sua evolução, trazer as repercussões desta experiência em sua vida, a sua busca por cuidados e por atenção nos serviços de saúde e as dificuldades aí encontradas desde o início de seu adoecimento.

Concebemos que é o usuário do SUS e sua família que detêm a *história* de seu processo de adoecimento e de busca por cuidado. Assim, através de sua historia torna-se possível desenhar e analisar sua trajetória, de maneira a entender o sentido que a direcionou e compreender a lógica empreendida na sua busca por soluções para seu problema de saúde no sistema de cuidado profissional. Deve-se considerar que o mesmo vem com expectativas quanto ao cuidado do seu corpo, por um lado, ao mesmo tempo possuindo uma experiência de cuidado construída ao longo de sua vida e repleta de significações que lhe subsidiam os sentidos desta busca nos serviços de saúde.

Entendemos que o usuário e sua família podem ajudar a revelar faces ocultas e lacunas desse sistema de saúde, ou seus potenciais desperdiçados, apreendidas na perspectiva de quem vivencia o adoecimento, segundo seus modos de viver, pensar e se relacionar com esta experiência e, neste viver, buscar por cuidado. Entendemos, também, que seja imprescindível centralizar a história de adoecimento no contexto da família, sendo esta compreendida como a unidade primária cuidadora, para a qual convergem as implicações da experiência de adoecimento de um ou mais de seus membros, sendo por isso também a unidade demandadora de cuidados em saúde.

A história de vida focal implica apreensão da subjetividade do usuário, utilizando como recurso central as narrativas de sua experiência. Em sua aplicação prática, utilizamos a entrevista em profundidade, segundo a qual o usuário é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador buscam dar profundidade às reflexões.

É uma entrevista do tipo aberto, pressupõe o estabelecimento de um relacionamento aberto e informal, tendo como ponto de ancoragem aquilo que o usuário fornece de narrativa, a disposição do pesquisador para compreender a experiência do outro e implica, portanto, aproximações sucessivas, de maneira a aprofundar e explorar gradativamente a experiência deste adoecimento. Assim, é proposta a realização de vários encontros com o mesmo usuário possibilitando esse aprofundamento.

Neste aprofundamento, buscamos explorar aquilo que possa narrar das dimensões da estrutura sociopolítica do sistema público de saúde, bem como dos sentidos, valores e crenças

sobre saúde, doença, tratamentos e cuidados, profissionais e não-profissionais, dentre outras. Dimensões estas, entrecruzadas e (re)construídas pelos sujeitos que as vivenciam e que permitem análises sobre a produção e mediação da subjetividade dos mesmos na sua relação com os serviços de saúde, bem como sobre as relações identitárias usuários / profissionais.

Lembramos, ainda, que esses retornos são necessários, tendo em vista a necessidade de rememoração da experiência que a história de vida focal pressupõe, uma vez que voltar no tempo é um exercício que necessita de um constante ir e voltar e se baseia muito na significação subjetivamente tecida pelo usuário ao contar sua história. A projeção das lembranças no presente, através da rememoração, é acionada pelas indagações elaboradas em encontros sucessivos.

Apoiando-nos em Bosi (2003), entendemos que o sujeito não apenas lembra uma ou outra imagem, mas evoca, dá voz, diz de novo o conteúdo de suas vivências e, nisto, estará vivendo no tempo presente e com uma intensidade nova essa sua experiência. O passado reconstruído não é, portanto, refúgio, mas uma fonte de razões para lutar. A memória deixa de ter um caráter de restauração e passa a ser memória geradora de futuro. Na interpretação dessas narrativas o pesquisador busca o significado que transcende a biografia do narrador.

A entrevista em profundidade requer, agregada a ela, o registro daquilo que extrapola à narrativa, ou seja, as observações das reações não-verbais, o contexto, as sensações e sentimentos que compõem, na narrativa e na relação, a história de vida do usuário. Estas observações são registradas no diário de campo.

Nas entrevistas emergem significados e sentidos muito próprios, construídos pelos usuários na experiência de adoecimento, que escapam aos roteiros diretivos elaborados pelo pesquisador para a condução da mesma. A escuta atenta e interessada possibilita que a entrevista tome outros rumos, com temas significativos para os usuários, sempre que se permite sua expressão de modo menos orientado e mais livre, entendendo que, para ele, os acontecimentos, aparentemente desconexos e descontínuos, têm uma ligação íntima que, à primeira vista, nos foge à compreensão.

Trazer estas narrativas tem sido um desafio, pois nossas indagações junto aos usuários no momento das entrevistas são, ainda, orientadas por um olhar preso a uma racionalidade profissional que privilegia nossos saberes. Daí a necessidade de obter narrativas nos diversos encontros ao longo da entrevista de uma "história focada na vida do usuário", orientada por uma abordagem compreensiva.

Em diversos momentos da sua história de vida, a experiência de adoecimento aparece associada a fragmentos de sua vida social e de suas relações familiares, religiosas, do mundo do trabalho, dentre outros. Assim, a motivação para a busca por um serviço de saúde de alta complexidade pode estar conectada a um evento passado ou a uma experiência ocorrida com uma pessoa próxima.

Na conversa com o usuário o "como", e não o "porque" dessa experiência tem sido enfatizado quando se faz necessário retomar algum tema do relato, reiterar uma interpretação ou reforçar e estimular a continuidade de sua narrativa. É necessário considerar que a experiência do adoecimento tem um contexto espacial e temporal muito próprio na narrativa do usuário, e a tentativa de "ordenar" os momentos desta vivência numa linha cronológica pode fazer com que percamos a riqueza de sua narrativa.

A narrativa construída pelo usuário é tecida muito mais pela importância dos acontecimentos em sua vida, do que pela costumeira linha do tempo – passado, presente e futuro – que orienta nossa construção e organização do conhecimento. Assim, a narrativa do usuário vem acompanhada de sentidos diversos e ele reage, na situação, orientado por suas rememorações e pelos sentimentos que estas acarretam.

A ordenação da estrutura temporal e espacial da experiência narrada pelo usuário se torna um momento analítico posterior a ser empreendida pelo pesquisador ao reler, de maneira atenta e minuciosa, o *corpus* da entrevista.

A riqueza da narrativa tem se mostrado dependente, também, da relação que se estabelece entre usuário e pesquisador. Tempo, empatia, percepção do outro, disponibilidade, são alguns elementos que têm se mostrado importantes para a aproximação e configuração de certo vínculo que permite o aprofundamento da entrevista. A condição inicial de estranhamento vai, aos poucos, sendo transformada em uma interação mais próxima, criando-se então uma relação propícia para a imersão de ambos, pesquisador e usuário, na compreensão dos processos vividos por este.

Esta relação de confiança possibilita que sejam conhecidas, para além da mera descrição das buscas por serviços de saúde, as motivações que direcionaram cada busca e as respostas aí obtidas por parte dos serviços e seus profissionais. Também as conseqüências que tais buscas e respostas, satisfatórias ou não, têm para o usuário e sua família, permitem a compreensão dos múltiplos custos implicados na experiência de adoecimento para essas pessoas.

A lógica das práticas dos serviços de saúde

Para compreender a lógica da organização da atenção em saúde, elegemos determinadas práticas profissionais de atenção e de gestão em saúde como ponto de partida para a análise das formas particulares da experiência da integralidade, presente ou não, no cuidado em saúde, visto considerarmos práticas nas quais este princípio se materializa, de certo modo e em certa medida, expressando a racionalidade na organização da atenção em saúde.

Foram selecionadas práticas de planejamento estratégico, agendamento e regulação, consulta médica e atendimento de enfermagem nos serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, buscados pelos usuários por nós entrevistados anteriormente.

É nesse *lugar* onde as práticas acontecem que elas precisam ser apreendidas, no próprio ato de sua realização. Assim, não vamos em busca do que os profissionais de saúde "pensam que fazem", mas do seu próprio fazer concreto. Aqui também, em dados momentos, há necessidade de aprofundamentos de compreensão sobre esse fazer, e aí a pergunta a ser lançada para os profissionais é "como você faz", e não "porque você faz", determinada prática.

Os instrumentos técnicos de pesquisa devem permitir apreender, destas práticas, sua materialidade discursiva – os discursos observados ou documentados; e não-discursiva – imagens e visibilidades passíveis de descrições pelo pesquisador, tais como formas, processos, organizações, localizações, disposições, relações, procedimentos, técnicas e demais execuções. Propomos que o *corpus* de análise se constitua através da observação, do registro de imagens e da seleção e leitura do corpo documentário destas práticas.

O material obtido é transcrito em forma de relatos de observação pelo próprio pesquisador e, assim como as narrativas dos usuários, lido exaustiva e repetidamente para se apreender a lógica que direciona o desenvolvimento das práticas dos profissionais. Dessa análise emergem aprofundamentos sobre a experiência de adoecimento e busca por cuidado narrada anteriormente pelo usuário, pois "mergulhamos", durante o trabalho de campo, no cotidiano por ele vivido dentro dos serviços de saúde, e no seu próprio contexto de vida, uma vez que conhecer seu bairro, sua cidade e os trajetos por ele percorridos nos apontam, de maneira viva, as dificuldades e facilidades encontradas nesse processo.

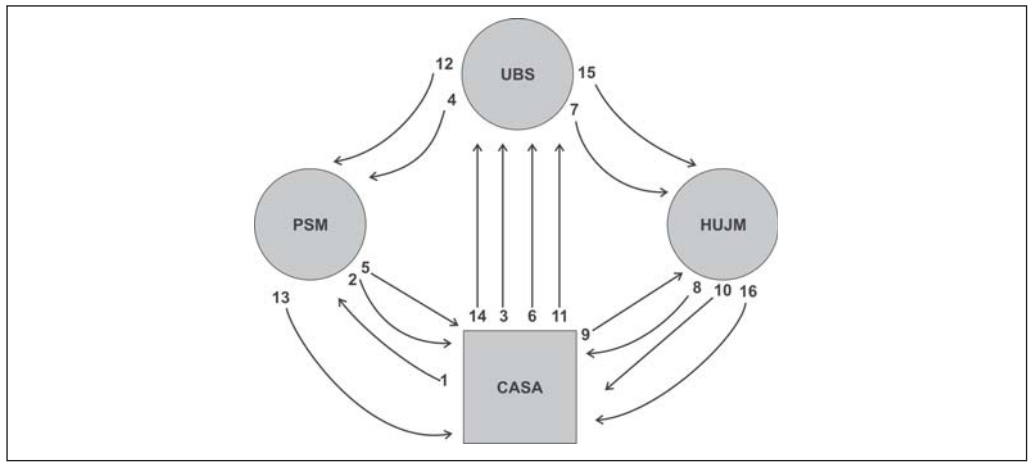
Assim, podemos dizer que "revivificamos" a experiência de adoecimento e busca por cuidado narrada pelo usuário em nossa própria experiência de pesquisar seu vivido junto aos serviços de saúde. Esse mergulho no dia-a-dia das práticas profissionais tem nos permitido compreender a lógica de organização e de gestão presentes nos serviços que põem em movimento a atenção à saúde.

Os itinerários terapêuticos: uma construção coletivamente empreendida[3]

O IT é construído num plano analítico, tendo como ponto de partida a entrevista em profundidade realizada com o usuário e sua família, exigindo diversos retornos aos mesmos para este aprofundamento.

O desenho do IT foi inicialmente pensado como um "mapeamento" dos serviços de saúde buscados pelas pessoas em processo de adoecimento, de maneira que permitisse visualizar o "trajeto" da busca por cuidados, ganhando complexidade conforme descrito a seguir. Nasce de um desenho simples (figura 1), que expõe graficamente os serviços de saúde buscados por uma família de uma criança desnutrida (SOUZA; MESQUITA, 2007).

Figura 1: Fluxograma de atendimento – trajetória de Luana nos serviços de saúde. FAEN/UFMT, 2007



[3] A construção do desenho dos ITs vem se dando no âmbito dos Grupos de Pesquisa GEPLUS e GPESC, da FAEN/UFMT, tendo como foco estudos sobre a experiência de adoecimento e busca de cuidados de pessoas com agravos em saúde que se caracterizam como condição crônica. Participam pesquisadores e alunos de enfermagem de graduação, especialização e mestrado.

O desenho representa, no centro, a casa da família e as instituições de saúde buscadas; as setas indicam os diversos percursos empreendidos pela família e são numeradas na seqüência temporal de sua ocorrência, assim como a direção do percurso. Analisando o desenho, evidenciamos que é a família que empreende os movimentos de busca, pois somente a unidade básica de saúde a direciona, em quatro ocasiões, para outros níveis de referência em saúde, o que nos levou a indagar como tem sido realizada a regulação da atenção em saúde.

Tivemos ampliações desta idéia inicial de IT, a partir de histórias de vida coletadas, trazendo outros elementos para sua composição. Realizamos um desenho organizador da seqüência dos eventos narrados nestas histórias de vida, procurando ordená-lo em sua temporalidade. Este ordenamento localiza a manifestação inicial da experiência do adoecimento, seu agravamento e cronificação, os períodos de agudização e normalidade; bem como as buscas por cuidados, na seqüência de instituições, serviços e profissionais acessados, os encaminhados para outros serviços ou profissionais, os deslocamentos territoriais realizados, os retornos para a própria casa e as respostas obtidas ao longo do tempo. Evidencia, também, as pessoas e os recursos comunitários que participaram da rede de cuidado e apoio, e que vão sendo acionados, ao longo do tempo, pelo usuário e sua família para resolver seus problemas.

Os desenhos de IT foram sendo complementados na medida do aprofundamento das histórias de vida, adquirindo uma característica processual.

Aprimoramos o desenho do IT, usando-o de forma mais analisadora, composto por dupla dimensão, a temporal e a espacial, compondo a experiência de adoecimento e busca de cuidado. Esse desenho é composto por uma dimensão espacial com os serviços de saúde buscados e a especificação quanto ao nível de atenção que desempenha. A rede de apoio, tecida pelo usuário, também passou a ser expressa, representada por pessoas ou instituições, formais ou informais.

A rede de apoio familiar e social ganhou maior concretude a partir do emprego do genograma e do ecomapa[4], ferramentas analíticas que evidenciam estas relações, bem como o tipo e a intensidade das mesmas, incluindo suas rupturas. O genograma permitiu visibilizar o núcleo familiar, as experiências de adoecimento e, nelas, quem são as pessoas cuidadas e cuidadoras, dentre outras possibilidades. O ecomapa traz em seu centro os membros da família que participam de maneira mais intensa da experiência de adoecimento e permitiu evidenciar as relações dessa família com a comunidade, serviços, instituições formais e informais que participam do cuidado em saúde, bem como as pessoas que estabelecem e mantêm os vínculos da família em cada um desses locais, conformando sua rede de sustentação e apoio.

A partir destas ferramentas, realizamos o desenho do IT trazendo centralmente a família em suas múltiplas relações (figura 2). Entendemos que ambas as ferramentas ampliam a compreensão da família em suas relações e seu contexto. Salientamos, contudo, que possibilita representá-la num dado momento no tempo, não podendo demonstrar a dinamicidade de sua composição e relações, o que o desenho do IT possibilita, dada sua dupla dimensão.

O desenho do IT contempla, também, uma dimensão temporal que traz o mapeamento da trajetória de busca de cuidado ao longo da experiência de adoecimento; essa trajetória

é composta pelo conjunto dos percursos empreendidos, tendo como referência central a sua casa. Para cada serviço de saúde e rede de apoio graficamente representado, é registrada a ordem de seqüência em que foi acessado pelo usuário, o número de acessos, bem como a direção do percurso seguinte, se referenciado para outra instituição e/ou serviço e/ou profissional, ou se em retorno para sua casa, até que nova busca seja empreendida pelo mesmo (figura 3).

No desenho, cada percurso é assinalado, numericamente, de acordo com a ordem temporal de sua ocorrência, através de setas indicativas do sentido do movimento, por exemplo, partindo da casa em direção ao serviço de saúde. O percurso seguinte será assinalado por nova seta numerada, também aí contemplando o novo destino, ou seja, se a casa ou outro serviço de saúde. Essa demarcação de percursos segue sendo feita para cada busca empreendida pelo usuário, em sua seqüência temporal e o encaminhamento dele resultante (figura 4).

Os itinerários terapêuticos e suas possibilidades como tecnologia avaliativa em saúde

Ao trazer **a experiência de adoecimento** de usuários e suas famílias, o IT permite analisar o modo como o adoecimento se manifesta em cada usuário, desde o aparecimento da doença de base até o momento da investigação, bem como seu processo de cronificação. E permite evidenciar como a experiência de adoecimento é vivenciada pelas pessoas, incluindo seus tempos cotidianos.

Nessa experiência a vida pode retomar, ou não, seu curso normal, sendo implicada pelas diversas necessidades de busca por cuidado e pela resolutividade obtida junto aos serviços e profissionais de saúde. Os "vazios" de buscas podem representar os momentos de "normalidade" que o processo de adoecimento permite. Essa compreensão é particularmente importante no que se refere ao estudo da condição crônica, por nós entendida como aqueles agravos que demandam cuidado continuado e prolongado de saúde, visto que evidencia os "ritmos" que essa condição impõe ao viver humano.

Demonstra-se, desta forma, a manifestação desta experiência em movimentos próprios, sua não-linearidade no espaço e no tempo em ritmos de expansão e contração. A trajetória biográfica de cada pessoa e sua família se mostrou o principal direcionador dos percursos de busca por cuidado, sendo cada desenho de IT único.

O IT permite compreender os sentidos da experiência de adoecimento e os demais sentidos a ela associados, tecidos pelo usuário e sua família nesta experiência e na busca de cuidado, ao longo de sua trajetória (FARIA; BELLATO, 2007). É analisador da (re)organização familiar, como unidade primária de cuidado em saúde, decorrente tanto do adoecimento de um ou mais de seus membros, como dos movimentos de busca de cuidado que a família necessita empreender. Permite, desta forma, apreender os múltiplos custos que incidem sobre a mesma, decorrentes do adoecimento e da busca por cuidados.

[4] Segundo Rocha, Nascimento e Lima (2002), o genograma é um diagrama detalhador da estrutura e do histórico familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis dos membros e das diferentes gerações familiares, assim como as bases para a discussão e análise das interações familiares. Já o ecomapa se constitui num diagrama das relações entre a família e a comunidade, possibilitando avaliar os apoios e suportes disponíveis, bem como sua utilização pela família.

Ao trazer **a experiência de busca de cuidado** empreendida por usuário e sua família, o IT permite analisar suas facilidades, dificuldades e limitações na busca em relação ao acesso e resultados encontrados, dentre outros; e o modo como os serviços de saúde deram respostas aos mesmos, em cada um e no conjunto dos percursos que compõem sua trajetória; ou seja, a resolutividade obtida, ou não, em cada busca por cuidado.

Este conjunto de percursos mostra a peregrinação do usuário e sua família por diversas instituições, serviços e níveis de atenção, bem como os profissionais de saúde que os atenderam, mapeando-os em diferentes cidades. Permite analisar como esta peregrinação repercute em suas vidas e como certa forma de organizar e regular cuidados em saúde no SUS traz implicações em suas trajetórias, obrigando-os a deslocamentos territoriais que podem ser significativos, a depender da configuração e capacidade local e regional do sistema de saúde. E permite analisar, também, como cada serviço e profissional auxilia (ou não) nesta busca e produz (ou não) vínculo com o usuário e sua família.

O IT permite analisar **as redes de sustentação e de apoio** que são construídas pelo usuário e sua família na experiência de adoecimento e busca por cuidado, evidenciando que novas redes vão se constituindo nos deslocamentos dessas pessoas, ao demandarem por serviços de saúde em outros locais, e o modo como as mesmas vão sendo tecidas com vistas à consecução da resolução de seus problemas de saúde.

A *escala de leitura* dessas redes tecidas, tanto no nível formal quanto informal, se dá sob a ótica do usuário, nela revelando além do desenho empreendido por este, também as dificuldades sociais e organizacionais encontradas pelo mesmo na resolução de suas necessidades. Mostra que a busca por cuidados não se restringe ao âmbito dos serviços de saúde e seus profissionais, mas dela participam a família, os amigos, membros e serviços da comunidade, instituições outras, que não de saúde, de maneira bastante ativa. Desta forma, o IT permite analisar quem são as pessoas que estabelecem a articulação do usuário e família e efetivam seus vínculos nestas redes.

Na perspectiva da **organização formal dos serviços de saúde**, o IT permite analisar as práticas profissionais cotidianas em sua materialidade, bem como em seus saberes operadores; e de que forma têm implicado a trajetória do usuário e sua família. Numa primeira aproximação de análise nos mostra, de maneira bastante evidente, o consumo de serviços de saúde e o modo de regular a referência e contra-referência nos diversos níveis de atenção dentro do SUS.

Os ITs têm nos apontado questionamentos sobre a organização do cuidado pelos serviços de saúde, visto que este nos mostra diversos tensionamentos naquilo que, usualmente, pensamos como oferta e demanda de cuidado, território em saúde e acesso a serviços, e a resolução obtida frente aos problemas de saúde enfrentados pelo usuário, dentre outros.

Temos tematizado, de maneira mais intensa, a compreensão do que seja acesso a serviços de saúde, assim como a resolutividade e integralidade da atenção possível de serem aí obtidas, pois os ITs têm nos mostrado que "adentrar" os serviços de saúde não tem sido o ponto de maior conflito para os usuários. Há mesmo um certo excesso de busca por esses serviços nos diversos níveis de atenção, em uma mesma experiência de adoecimento, não sendo rara a busca quase concomitante por mais de um serviço de mesmo nível hierárquico dentro do sistema. Desta forma, ao conceito de acesso con-

frontamos o de acessibilidade, neste implicadas as múltiplas dificuldades enfrentadas pelo usuário e família não só para "chegar" ao serviço, como também para aí obter resolução para os seus problemas de saúde.

A análise de ITs tem nos levado a compreender que o grande gestor da atenção à saúde tem sido a família que vivencia a experiência de adoecimento e busca por cuidado de um ou mais de seus membros, visto que para ela conflui, com freqüência perturbadora, a "contra-referência" da busca pelos serviços. Assim, as setas diretivas dos trajetos empreendidos pelos usuários estão quase sempre direcionadas para a casa deste, no seu movimento de retorno dos serviços de saúde, bem como as novas buscas partem desse mesmo centro representado pela casa da família do usuário.

Como aprofundamento dessa compreensão, questionamos as bases sobre as quais se apóia a decisão e o sentido da busca por serviços de saúde empreendida pelo usuário e sua família, sendo que nos parece ser, na maioria das vezes, a qualidade das respostas obtidas nesses serviços, ou seja, sua capacidade de atender, ou não, de maneira resolutiva e pautada na integralidade.

O emprego dos ITs como uma tecnologia avaliativa em saúde abre um campo de possibilidades para compreendermos esses princípios diretivos do SUS em sua concretude, e não apenas como "imagem-objetivo" de um possível vir a ser distante. Através dos Its, é possível compreender como o cuidado se constrói a partir das relações, os modos de operar as práticas em saúde, suas implicações no cuidado aos usuários e suas famílias e a lógica que os direciona na busca por atendimento às suas necessidades de saúde.

Compreendemos que os ITs

> comportam os percursos empreendidos por usuários e suas famílias na busca por resolver suas necessidades de saúde e, nesta busca, o modo como traçam esses percursos segundo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes formais e informais de apoio e de pertença, dentre outras, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência do adoecimento e da condição crônica. Comportam, ainda, como os serviços de saúde disponibilizam a produção de cuidados, também segundo sua lógica própria, assim como a maneira como acolhem estes usuários e famílias, atendendo de certo modo e medida suas necessidades (ARAÚJO et al., 2007).

Os ITs trazem, potencialmente, elementos que nos levam a questionar a concepção de "trajetos" em saúde como demarcação de espaços percorridos, mostrando-se como um "guia de percursos e de produção de sentidos em trajetorias empreendidas por usuários e suas familias em experiência de adoecimento e busca de cuidados em saúde" (ARAÚJO et al., 2007).

Conclusões

Em nossas pesquisas, a análise de cada IT empreendido por usuário e sua família tem permitido, no conjunto das trajetórias que o compõe e em cada um dos percursos que o configura, a compreensão de como estes buscam atenção para seus problemas de saúde, qual é a lógica que empregam nessa busca e quais sentidos tecem nesse processo. Tem permitido, ao mesmo tempo, indagar como os serviços de saúde disponibilizam a produção de cuidados, segundo sua própria lógica, e acolhem estes usuários e famílias, atendendo, em certa medida e de certo modo, suas necessidades.

Esses itinerários, tomados como tecnologia avaliativa em saúde, permitem a análise dos elementos constituintes das possibilidades e dos modos de efetivação da Integralidade em Saúde em contextos locais e regionais. Os ITs de usuários e famílias que buscam atenção à saúde no SUS têm nos apontado desafios que exigem uma discussão ampla sobre a organização desse sistema dentro do nosso estado, das suas fragilidades e descontinuidades, bem como nos leva a avaliar nossa própria atuação profissional dentro dele.

A composição dos ITs, tomados em seu percurso teórico-metodológico de pesquisa, tem nos mostrado, especialmente, a necessidade de "repensar o já pensado", para buscar novos conhecimentos que permitam uma compreensão ampliada do que seja a experiência de adoecimento e a busca de cuidado junto aos serviços de saúde para as pessoas e suas famílias. Para tanto, temos nos aventurado em diferentes áreas do conhecimento, como é o caso da geografia social, da sociologia, da linguagem e da produção de sentidos, entre outras, e em todas temos encontrado formas diferentes, porém não divergentes, de pensamentos que podem contribuir com nossos estudos na área da saúde.

Consideramos importante também que outros pesquisadores, em outras realidades de saúde, possam utilizar as ferramentas aqui apontadas para a composição do IT em suas pesquisas, de maneira que se possa, a partir de outras situações e perspectivas, ampliar as discussões sobre suas potencialidades como uma tecnologia avaliativa em saúde.

Em nossa experiência com o uso do IT, visualizamos a possibilidade de o mesmo ser utilizado na análise da integralidade e resolutividade, obtidas ou não, nas práticas de atenção em saúde desenvolvidas pelos profissionais. À medida que o mesmo vai sendo construído, já mostra as possibilidades analíticas das práticas em saúde que vão sendo ampliadas ao longo das etapas que o compõem. Essas possibilidades poderão ser ampliadas através de novos estudos que tenham por base a construção de IT. Desta forma, propomos o IT como uma tecnologia avaliativa em saúde.

Referências

ALVES, Paulo C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul/set 1993.

ARAUJO, Laura F. S. et al. A entrevista desenhando itinerários terapêuticos em saúde em pesquisa sobre integralidade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 14, *Anais*. Florianópolis, SC, 30 de maio a 01 de junho, Centro de Cultura e Eventos UFSC, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina - Florianópolis (Brasil): ABEn / ABEn-SC, 2007. ISSN 1676-0344. 1 CD-ROM.

BARROS, Denise D. *Itinerários da loucura em territórios Dogon*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 260p. (Coleção Loucura & Civilização).

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS REGIONAIS SUL-AMERICANOS: CONTRASTES SOCIOTERRITORIAIS E PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL, 2, 2006, Cuiabá. *Resumos*... Cuiabá: UFMT, 2006, p.77-78

BONET, Octavio; TAVARES, Fátima R. G. Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.385-399.

BOSI, Ecléa. *O tempo vivo da memória*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. 219p.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2003. 372p.

DALMOLIN, Bernadete M. *Esperança equilibrista*: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 214p. (Coleção Loucura & Civilização).

FARIA, Ana P. S.; BELLATO, Roseney. *Itinerário Terapêutico empreendido pela pessoa com Diabete* Mellitus. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT, 2007. Mimeo.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 18ª. ed. Rio de Janeiro, 2003. 295p.

GEERTZ, C. *A interpretação da cultura*. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 323p.

GERHARDT, Tatiana E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.449-2.463, nov. 2006.

KLEINMAN, A. *The illness narratives*: suffering, healing and the human conditions. New York: Basic Books, 1988. 284p.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas,doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-28, jan/mar. 2006.

LEOPARDI, Maria T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis: UFSC, 2002. 290p.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p. (Saúde em Debate; 46).

MONTERO, P. *Da doença à desordem*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 274p.

ORGANIZAÇAO MUNDIAL DE SAUDE. *Cuidados Inovadores para condições crônicas*: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Genebra: OMS, 2003. 105p.

RABELO, Miriam C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, jul/set., 1993.

REINALDO, Amanda M. S.; SAEKI, Toyoko. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 396-405, 2004.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO. L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 709-14, set/out., 2002.

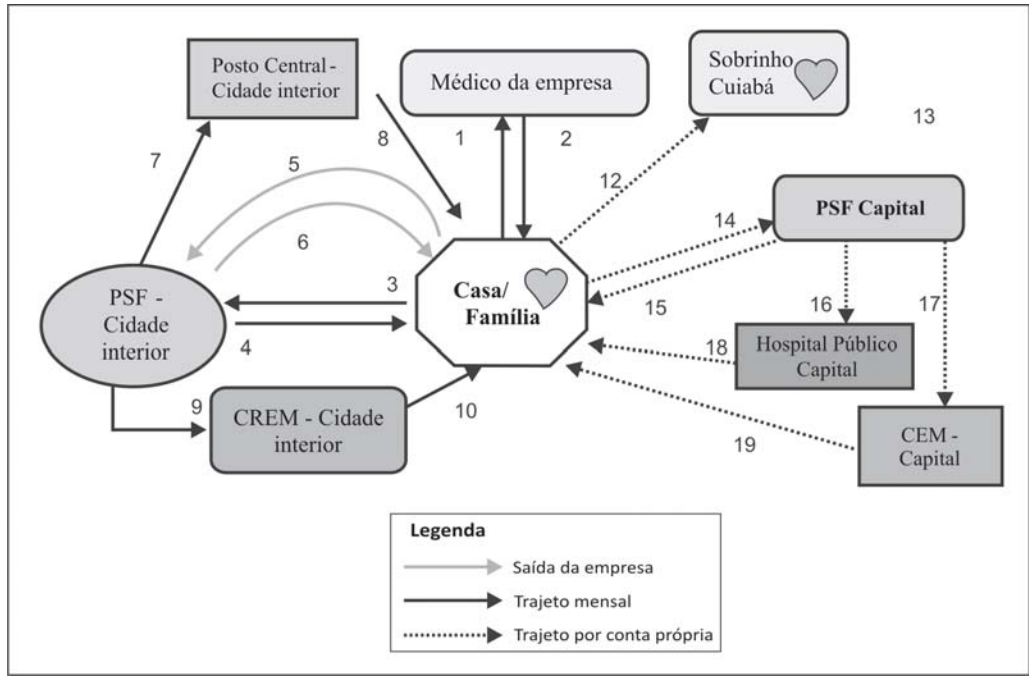
SILVA, Denise G. V. et al. Pessoas com Diabetes *Mellitus*: as escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 59, n. 3, p. 297-302, maio/jun. 2006.

SILVA, Denise G. V.; SOUZA, Sabrina da S.; MEIRELES, Betina S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. v. 13, n. 1, p. 50-6, jan./mar. 2004.

SOUZA, Adriana F.; MESQUITA, Ewerton T. *Assistência à saúde dispensada a uma criança desnutrida e sua família pelos SUS*. Trabalho de Conclusão do Curso (Monografia). Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2007.

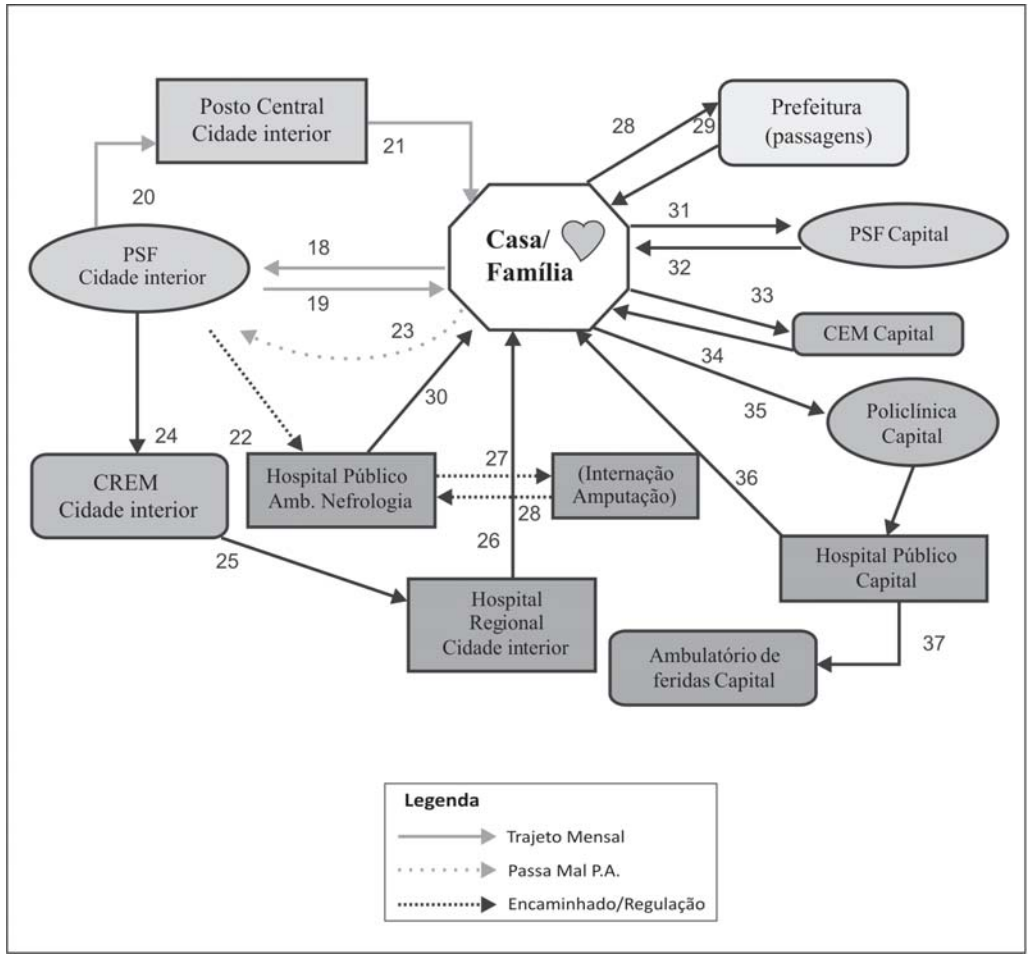
THAINES, Geovana H. L. S. *A busca pelo cuidado empreendida pelo usuário com Diabetes Mellitus*: um convite à integralidade em saúde. Relatório de Iniciação Científica Cuiabá: FAEN-UFMT, 2007. Mimeo.

Figura 2: Desenho ilustrativo do Itinerário Terapêutico do Sr. Miguel I



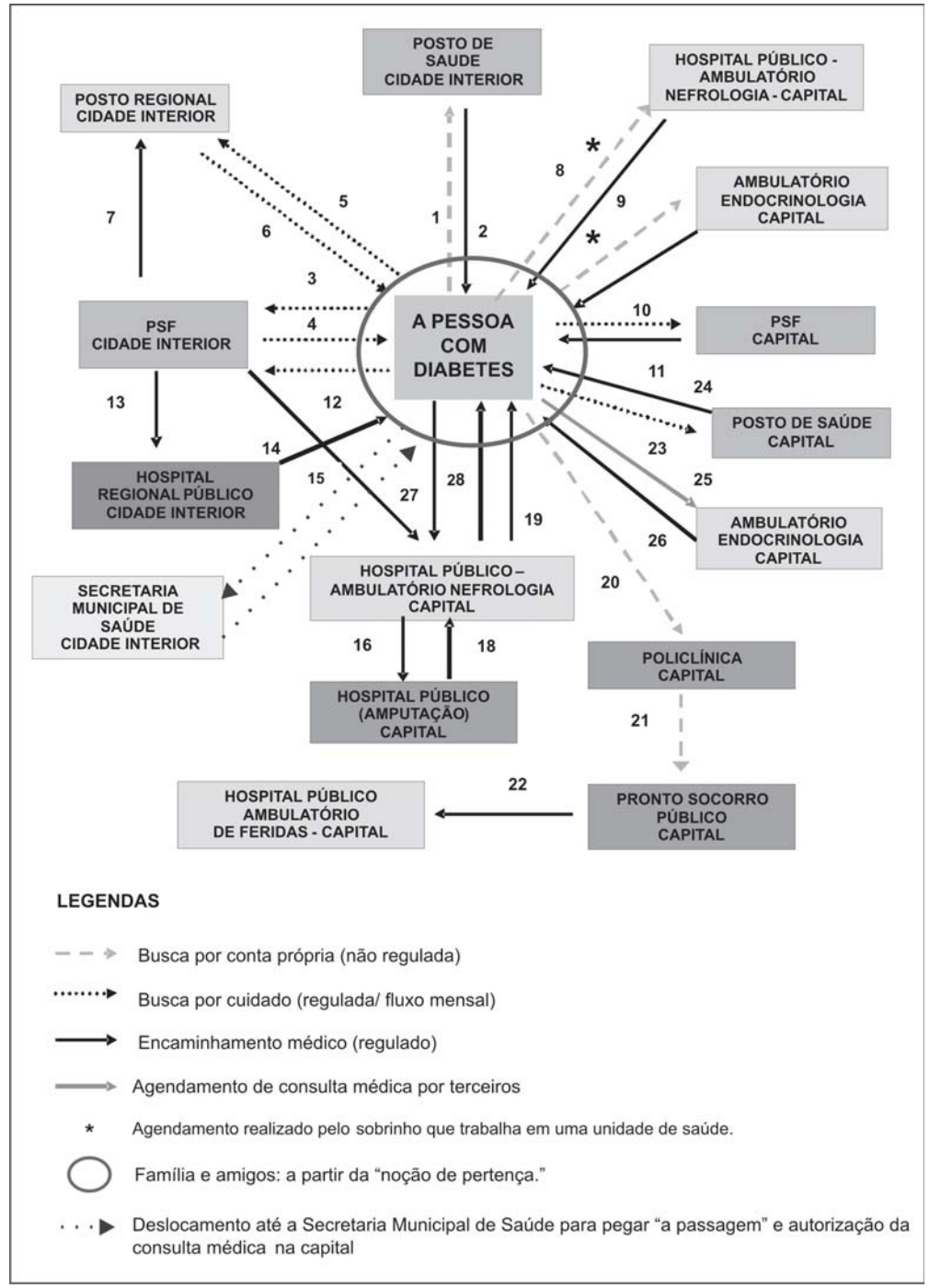
A figura 2 mostra todo o trajeto empreendido desde quando o Sr. Miguel chegou a uma cidade do interior até sua primeira vinda a Cuiabá, no final do ano de 2006, por conta própria, em busca da resolutividade para suas necessidades de saúde (THAINES, 2007).

Figura 3: Desenho ilustrativo do Itinerário Terapêutico do Sr. Miguel II



A figura 3 mostra o percurso empreendido pelo Sr. Miguel, sendo que este foi encaminhado pela Central de Regulação para avaliação de sua função renal, em Cuiabá, que resultou na amputação do hálux direito, em janeiro de 2007 (THAINES, 2007).

Figura 4: O itinerário terapêutico empreendido pela pessoa com diabetes *mellitus* em busca de cuidado e de resolutividade para as suas necessidades de saúde (FARIAS; BELLATO, 2007).



Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações

FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES
OCTAVIO BONET

Na perspectiva da integralidade, novas dimensões do cuidado vêm ganhando proeminência no âmbito das práticas sociais em saúde. Preocupações éticas e operacionais têm mobilizado diferentes segmentos profissionais que lidam com o cuidado, problematizando velhas concepções da eficácia médica fundamentada exclusivamente em critérios tecnicistas, objetivos e imparciais. A perspectiva dialógica implicada no reconhecimento de que sua prática se constitui na dimensão relacional nos permite entrever o escopo requerido nesse *turning point*.

A dialogia, enquanto prática de escuta e reconhecimento das diferenças, mobiliza todos os agentes envolvidos no processo, considerando-se, como argumenta Latour (2004), seus diferentes "regimes de enunciação". Com isso, gostaríamos de acentuar que não se trata de tomar as muitas "falas" implicadas nas práticas de saúde enquanto "discursos sobre" a intervenção nos corpos e no mundo, mas como as condições práticas de mobilização da verdade. Isto quer dizer que o interesse se centrará nos processos de produção dessa verdade – ou, em outras palavras, no trabalho de mediação entre os agentes produtores do social.

No processo de construção ampliada da saúde (que se diferencia da ausência de doença), portanto, não basta "ouvir" o usuário considerando o lugar (ou contexto) do seu enunciado como um "filtro" explicativo para as incongruências e limites epistemológicos identificados através da sua "fala". É preciso antes implicar-se nas "falas" e reconhecer que as perspectivas – tanto dos profissionais como dos usuários – estão dadas desde dentro. Considerar seriamente que as dificuldades mútuas de entendimento e reconhecimento das diferenças significam não reduzi-las aos termos de uma das partes apenas – no caso dos profissionais de saúde, cuja diferença será traduzida necessariamente como uma emanação da "falta" (precariedade das condições de existência, da educação, do ideal emancipatório, etc.). O trabalho de se deixar implicar nas "falas" exige considerar os atores envolvidos nas situações enquanto criadores de uma perspectiva e, por isso mesmo, definidores de outros "mundos possíveis", mas que só são possíveis em relação aos "mundos possíveis" dos outros atores.

As diferenças, no entanto, não se processam apenas nessa direção, mas contrastivamente também mobilizam alteridades ontológicas que atravessam as práticas de saúde. Por que considerá-las? Uma sugestão de resposta – à primeira vista um tanto simplória – a ser

explorada é que as "condições de felicidade" (para utilizarmos outra expressão de Latour [2004]) do regime de enunciação das práticas de integralidade em saúde dependem do reconhecimento/implicação das/nas diferenças e não sua neutralização decorrente do seu enclausuramento nos termos de uma das partes (VIVEIROS DE CASTRO, 2002).

As práticas avaliativas em integralidade precisam considerar os movimentos reversos que operam em ambas as direções. Precisam ser suficientemente inclusivas das "diferenças que diferem" justamente porque possibilitam a aferição não apenas de resultados quantitativos da eficácia do sistema ou de medições acerca do "grau de satisfação" do usuário (cujos métodos são apressadamente considerados como de abordagem qualitativa). As práticas avaliativas também precisam aferir as condições da dialogia implicada nas práticas de saúde, pois delas também dependem as "condições de felicidade" da integralidade. Assim, levar em conta a dialogia da prática é olhar para as situações concretas da ação, nas quais todos estamos implicados (isto quer dizer que não existe um lugar de fora do qual possamos observá-las). Na situação é que são mobilizados os repertórios que permitem perceber as diferenças e falar em reconstruir os múltiplos usos da "integralidade".

Um caminho fecundo pode ser a incorporação, no âmbito das práticas avaliativas, da questão dos itinerários terapêuticos. As trajetórias do cuidado, atravessadas por momentos muito heterogêneos que envolvem escolhas, tentativas, indecisões e hesitações, podem oferecer pistas importantes para o reconhecimento das diferenças aí implicadas. A seguir, iremos resgatar algumas discussões que envolvem a utilização desse conceito para, ao final, abordar suas implicações no âmbito da Antropologia.

Itinerário terapêutico e experiência do cuidado

Quando se trata de compreender os processos de escolha, adesão e transformação de corpos e afetos, as abordagens centradas nos limites e possibilidades da oferta terapêutica pouco podem contribuir, já que não levam em conta a heterogeneidade implicada na demanda, tendo como desdobramento-limite o não-reconhecimento da capacidade de extensão de que a noção de terapêutica vem se revestindo atualmente. Essas abordagens, entretanto, costumam partir de uma premissa acerca da demanda: a escolha efetuada entre os diferentes tratamentos (incluindo sua combinação) depende, em grande medida, das condições de acesso culturalmente disponíveis. Esse termo se reveste de ampla significação, pois não se trata somente da acessibilidade dos recursos disponíveis aos segmentos menos favorecidos da população, mas também da velha cantilena que sustenta as mazelas dos tímidos resultados para robustas políticas de saúde: sem educação não se emancipa ninguém (e muito menos se cura).

Deve-se, então, partir em outra direção. Dentre os caminhos percorridos, temos como marco inicial a abordagem centrada no comportamento do enfermo (*apud* ALVES; SOUZA, 1999), de caráter voluntarista. Essa abordagem inicial foi posteriormente problematizada através dos estudos de minorias culturais, com suas concepções minoritárias da etiologia e do comportamento do doente; as análises sobre redes sociais e saúde, o conceito de "sistema de cuidados com a saúde", de Kleinman (*apud* ALVES; SOUZA, 1999), numa tentativa de incorporação da dimensão cultural envolvida nesses processos.

Atualmente, no campo da antropologia da saúde, tem-se destacado um conjunto de trabalhos que buscam uma revisão teórico-metodológica dos modelos centrados em

premissas culturais. Passando por uma ampla crítica às dicotomias conceituais (indivíduo-sociedade; corpo-mente; objetivo-subjetivo), abre-se a possibilidade para que as abordagens compreensivas (fenomenologia, interacionismo simbólico, etnometodologia) ganhem espaço nos estudos (CANESQUI, 2003). Intensificou-se, assim, a crítica às abordagens "objetivistas", que acabam por "explicar" a diversidade das concepções de doença e seus modos de ação a partir de variáveis sociológicas situadas no âmbito da estrutura social. Nessa perspectiva, fica a descoberto a compreensão do intrincado processo de significação da experiência do adoecer em sociedades tão heterogêneas como a nossa. Como esclarece Canesqui, em análise sobre a produção na área de Antropologia da Saúde durante os anos 1990:

> Se por um lado a abordagem do sujeito ou da ação passaram a ser privilegiados, seja na construção da realidade, sempre em busca dos sentidos na intersubjetividade, seja para desprovê-lo de sua automática submissão às estruturas, por outro buscaram-se mediações entre as estruturas e a ação, mediante abordagens que procuram um construtivismo menos radical (CANESQUI, 2003, p. 111).

No âmbito da perspectiva fenomenológica, alguns estudos procuram atentar para os processos mesmos pelos quais as significações da saúde e da doença são elaboradas pelos agentes, rompendo com a dicotomia entre significados culturais (já dados, portanto, "objetivos") e a dimensão subjetiva, a partir do conceito de intersubjetividade. Nessa linha, o que ganha centralidade são os processos de significação, como, por exemplo, nos trabalhos de Paulo César Alves e Mirian Cristina Rabelo (ALVES; RABELO, 1998; 2004) autores representativos dessa tendência no Brasil.

O conceito de experiência compreende uma dimensão processual, o que significa considerar que o curso de uma experiência de enfermidade não se encontra preestabelecido. O conceito de itinerário terapêutico procura explicitar essa dimensão de transitoriedade. Como sugere Alves (1993, p. 269), "a produção de significados é resultante não de um instante pontual do 'eu', mas de toda uma história do 'eu'." Em sociedades como as nossas, marcadas fortemente por uma hegemonia do modelo biomédico, por um lado; e por uma pluralidade de sistemas terapêuticos concorrenciais e/ou complementares ao modelo hegemônico, por outro, é necessário, para se compreender o processo de significação da experiência da enfermidade, considerar sua dimensão temporal. Essa temporalidade compreende não apenas a idéia de que há um desenrolar do significado que implica alterações de escolhas, mas também a percepção de que nesse processo nem sempre se observam sínteses bem elaboradas de adesão a um ou outro tratamento; pelo contrário, muitas vezes são as indefinições e as sínteses parciais e provisórias que conferem a tônica de uma trajetória (RABELO et al., 1999).

Numa análise crítica aos trabalhos que abordam a questão do itinerário terapêutico, Alves e Souza argumentam sobre a inadequação dessas abordagens, por se fundamentarem em premissas explicativas:

> Assim, a interpretação das ações que as pessoas desenvolvem para lidar com suas aflições é subsumida a uma lógica meramente explicativa, característica de um determinado modelo do conhecimento científico. Acreditamos que considerar a interpretação e a explicação como equivalentes e intercambiáveis acarreta sérios problemas epistemológicos que objetivam explicar as ações de indivíduos ou grupos sociais (ALVES; SOUZA, 1999, p. 130).

Na medida em que os modelos explicativos se fundamentam na busca de significados considerando-os como subjacentes à experiência social, esses modelos não podem captar de forma adequada as elaborações de sentido que são processadas nos contextos, sempre marcados pela intencionalidade, circunstancialidade e dialogia. A explicação deve, assim, ser considerada como um segundo momento, que só ocorre quando a abordagem compreensiva se processou.

"Descer", portanto, ao nível das experiências sociais compreende, como sugere Alves nesse texto, o reconhecimento de algumas considerações teórico-metodológicas: a) a escolha e avaliação dos tratamentos no curso da enfermidade não estão condicionadas por uma única estrutura cognitiva, mas muito pelo contrário, pautam-se pelo entrecruzamento de diferentes tipos de conhecimentos formulados dentro de um campo de possibilidades; b) o processo de escolhas terapêuticas implica o compartilhamento das variadas possibilidades oriundas de um "estoque de conhecimentos" adquirido ao longo de uma trajetória de vida. Essas duas considerações buscam delinear um quadro de referência nos estudos sobre itinerário terapêutico, considerando-o como um conjunto de atos que se desenrolam em diferentes "níveis", implicando planos, estratégias e projetos no tratamento da enfermidade, "níveis" estes que não compõem um esquema predeterminado. Dessa forma, nos processos de escolha e decisão intervêm atos, discursos, imagens que vão compor, dentro do campo de possibilidades dos agentes sociais, as "possibilidades problemáticas":

> Portanto, não se pode confundir, na análise dos processos de escolha e decisão, os "campos de possibilidades", um fenômeno sociocultural, com "possibilidades problemáticas", que não são alternativas pré-construídas, mas decorrências de construções de indivíduos. Uma análise que se atenha apenas à descrição das alternativas e possibilidades oferecidas pela sociedade/cultura não poderá compreender como são construídos em contextos específicos os complexos processos de escolha de decisão e tratamento (ALVES; SOUZA, 1999, p. 134).

O potencial dessa abordagem reside não exatamente numa tomada de posição a favor da experiência do sujeito, considerado à revelia dos processos culturais que informam essa experiência. Ao invés de reeditar novas opções dicotômicas, argumenta-se acerca da necessidade de problematizá-las, superando os constrangimentos daí decorrentes:

> Assim, situar a dimensão social/cultural da doença exclusivamente no nível dos processos reflexivos de significação, como pretendem muitos estudos sobre "representações", é, de certo modo, manter-se preso à dicotomia entre natureza e cultura, ou melhor, é não reconhecer plenamente o campo da experiência (que inclui uma dimensão pré-reflexiva originária) em que se entrecruzam e ganham sentido existencial tanto o âmbito do biológico quanto o cultural. Mas é fundamental observar que reduzir os significados que os indivíduos constroem por meio de suas interações com modelos culturais incorporados na experiência pré-reflexiva é, por outro lado, correr o risco de objetivar a cultura – enquanto um modelo dado, *a priori* – e recusar a dimensão de criatividade à existência humana. (RABELO; ALVES, 2004, p. 197-198).

Assim, ao recuperar a dimensão da experiência envolvida nos processos de cura – na sua singularidade, contingencialidade e ação criadora de sentido –, não precisamos reeditar falsas dicotomias decorrentes da opção pelas teorias da ação em contraste às teorias da estrutura. Reconhecer que os processos de ação não apenas atualizam, mas também transgridem os condicionamentos sociais, não implica defesa da liberdade infinita de escolha do sujeito.

Contrariamente à noção de que nós somos nossos corpos, nós fazemos nossos corpos. A partir desse deslocamento sugerido por Annemarie Mol e John Law (2003), podemos argumentar que inúmeras "dimensões" se encontram necessariamente implicadas nos processos de ação. O conceito deleuziano de agenciamento pode constituir um caminho para novas possibilidades de compreensão do conceito de itinerário terapêutico, problematizando a noção de sujeito implicada nas abordagens fenomenológicas do conceito. Na medida em que interdita qualquer dualismo (como desejo e instituição, individual e coletivo), nos permite escapar de concepções voluntaristas e objetivistas: as expressividades e seus regimes de enunciação são atravessados por movimentos de territorialização (molares) e de desterritorialização (moleculares). Assim, os agenciamentos concretos (e o indivíduo se constitui num agenciamento) são necessariamente instáveis, já que processam em graus variáveis esses dois movimentos, em que as "afecções" não são tomadas como "ruídos" desestabilizadores das ações, mas possibilidades de desterritorialização de agenciamentos estabilizados, redefinindo corpos e enunciados. Pensar os itinerários terapêuticos com base na idéia de agenciamento nos permite sair de preocupações comuns no âmbito das práticas em saúde que se manifestam na queixa dos profissionais de que "os usuários não entendem o sistema". Esse não "entender" está delimitando só uma via de compreensão das situações agenciadas: a do sistema. Pensar nos agenciamentos das práticas terapêuticas nos permite resgatar as multiplicidades envolvidas nos fluxos semióticos, materiais e sociais do devir-usuário que não pode se dissociar do devir-profissional, nem esses dois podem se dissociar do devir-sistema. Isto é, usuário, profissional e sistema se constituem nesse processo de agenciamento e não podemos prever por antecipação em quais planos eles vão constituir suas redes.

Desdobramentos conceituais possíveis

O deslocamento do foco de atenção para os itinerários terapêuticos implica a problematização de algumas noções correntes, que destacaremos a seguir:

a) Para além do saber médico não existem crenças. A heterogeneidade das práticas de saúde aponta modos de existência e ação que podem ser mais ou menos terapêuticas. Até que ponto é possível compreendê-las sem neutralizar as diferenças, ou seja, que não implique uma traição valorativa (quase sempre implícita) da perspectiva do outro ao apontá-la como crença?

O conceito de crença é de pouca valia para a compreensão da "possível" eficácia das práticas não-médicas ao tratá-las nos termos dualistas das suas "causas" (subjetivas e/ou intersubjetivas) e efeitos (objetivos). Como sugere Latour (2002), na nossa concepção moderna (oficial), fatos e crenças devem ser distinguidos sob pena de nos envolvermos no seguinte paradoxo: se as crenças remetem a visões de mundo ancoradas nas configurações da cultura, como podem produzir efeitos "reais" (na "natureza" dos corpos)? Na Antropologia, o conceito de eficácia simbólica é tradicionalmente utilizado como uma possibilidade alternativa a esse dilema, sem, no entanto, dirimi-lo. Somente aos fatos (da natureza ou da sociedade) é que normalmente concedemos realidade ontológica. Para aqueles que confundem fatos e crenças (natureza e sociedade), reservamos a possibilidade de compreendê-los no âmbito do seu "contexto social", onde, absolvidos da acusação de irracionalidade, podem ser reabilitados em sua ingênua percepção do real: são representações, dizemos (VIVEIROS DE CATRO, 2002).

Tratar como crença as práticas alternativas de cuidado não é conhecê-las, mas, ainda como enfatiza Latour (2002), apenas indica um modo polêmico de se relacionar com elas. Mesmo quando adotamos uma atitude respeitosa e compreensiva em relação à crença dos "outros", como é possível levá-las a sério, já que são apenas crenças? O potencial acusatório envolvido nessa pergunta não nos oferece uma descrição adequada de como as coisas se passam com os outros e nem com nós mesmos.

O que a crítica moderna não considera, obcecada pelo exercício da suspeição entre o que é real (os fatos) e o construído (o simbólico), é o caráter surpreendente da ação, no qual não existem sujeitos que fazem, nem "coisas" que são feitas. Todos nós, antropólogos, médicos, agentes de saúde, usuários, assim como os artefatos (já "feitos" e os ainda em construção), estamos conjuntamente implicados.

b) O mundo da prática é o mundo. Apontar a centralidade da prática não significa reeditar a velha dicotomia entre prática e discurso, mas produzir um deslocamento no nosso foco de atenção. Perguntas usuais do tipo: "As pessoas realmente acreditam naquilo que dizem?" ou "Por que as pessoas resistem em modificar crenças e hábitos de saúde inadequados?" vêm sempre acompanhas de explicações sociológicas e/ou culturais. O contexto social, considerado um ambiente propício para a "proliferação" de crenças, comparece, no fim das contas, como a causa subjacente às dificuldades e resistências enfrentadas no trabalho de educação em saúde.

Mas, e se em vez de buscarmos fatores explicativos para a compreensão da diferença, o que nos resta? Literalmente tudo. Retirando o contexto social e as crenças, sobra o mundo: produzir o deslocamento das crenças sobre o mundo para a investigação dos mundos possíveis através das mediações que neles são processadas. Para isto temos que nos defender da tentação de nos remeter ao contexto, em tanto que estrutura significante subjacente que explicaria a situação (representações "falsas" dos atores sobre a realidade), e que sem que percebamos, reintroduz as dicotomias entre o local e o global, micro e macro, etc. (LATOUR, 2006). Não estamos sustentando que temos que abrir mão do contexto, mas que temos que contextualizar o contexto, explicar o contexto, mostrando quais são os conectores que permitem descrever as redes "glocais" (VELHO, 1995).

Diz-se comumente que "de boas intenções o inferno está cheio" e que para transformar o mundo não bastam palavras: é preciso agir. Mas a ação não apenas transforma: ela faz os mundos. Assim, se quisermos investigar a diversidade das práticas de cuidado em saúde, é preciso uma compreensão modificada do significado da ação.

Ao perseguirmos a prática da atividade humana, devemos levar em conta a infinidade e conexões mobilizadas pelos actantes, incluindo-se aí também os actantes religiosos. Habilidade e técnica não devem ser tomadas nas acepções do senso comum: a mediação técnica não comparece apenas na ação "instrumental" por oposição à "simbólica". No que se refere aos processos de cura, a mediação técnica não se limita, portanto, aos artefatos mobilizados na prática médica, mas também se desenvolve no âmbito das performances religiosas e/ou rituais, estendendo-se a todo e qualquer recurso mobilizados nos processos de ação.

Dessa forma, na investigação dos itinerários terapêuticos não devemos congelar nossos limites conceituais, mas perseguir as mediações que estão no mundo. Elas têm apontados

importantes deslocamentos na compreensão de conceitos como "saúde" e "doença", mas também de "cura", "milagre", "sofrimento" dentre outras possibilidades conceituais que metaforizam o cuidado.

c) Os itinerários terapêuticos explicitam a mediação processada nas redes de cuidado, sendo o ESF uma delas. As práticas de cuidado, sendo processuais, comportam hesitações, indefinições e mudanças de escolha no curso de uma experiência de enfermidade. O conceito de itinerário terapêutico explicita essa dimensão de transitoriedade. Em sociedades como as nossas, marcadas fortemente pela hegemonia do modelo biomédico e pela pluralidade de práticas terapêuticas concorrenciais e/ou complementares, a experiência do adoecer envolve inúmeras mediações que se desenrolam numa temporalidade específica.

Assim, premissas explicativas, como crença e contexto, apontadas anteriormente, de nada valem se quisermos compreender o desenrolar desses processos, já que as práticas sempre desencadeiam possibilidades não previstas antecipadamente. Se a experiência da enfermidade é acessível através dos itinerários terapêuticos, estes também apontam as delicadas mediações (e suas fontes de incerteza) que atravessam extensas redes de cuidado como é o caso do ESF. Se entendermos os actantes[1], não enquanto sujeitos que atuam seguindo *habitus* específicos derivados da incorporação das estruturas objetivas, mas enquanto mediadores formados por camadas sucessivas e *plug-ins*[2] através dos quais recebem as competências necessárias, locais e transitórias para "fazer" redes (ou fazer rizoma, diriam Deleuze e Guatarri), então podemos pensar o caráter provisório e impreciso dos itinerários terapêuticos.

Mas em que medida as mediações processadas no âmbito da ESF podem desencadear novos dilemas na prática do cuidado? Uma pista interessante pode ser encontrada nos conceitos de espaço liso e estriado, propostos por Deleuze e Guatarri (1997). Embora aparentemente esses autores criem todo um sistema dualista, numa leitura menos apressada percebe-se que eles pensam nos conceitos de liso e estriado (ou de raiz e rizoma) como surgindo um do outro e criando-se na relação. Assim, os pólos não têm essência, mas se fazem na relação que estabelecem; deste modo do liso pode surgir o estriado e vice-versa: "Devemos lembrar que os dois espaços só existem de fato graças às misturas entre si: o espaço liso não para de ser traduzido, transvertido num espaço estriado; o espaço estriado é constantemente revertido, devolvido a um espaço liso" (1997, p. 180).

A estruturação da ESF está ancorada numa perspectiva de cuidado que processa um estriamento específico na territorialização do seu campo de ação. Isto é, em palavras de Deleuze e Guatarri (1997, p. 188): "fecha-se uma superfície, a ser 'repartida' segundo intervalos determinados, conformes cortes assinalados". O problema é que esse estriamento não leva em consideração que esses espaços se encontram atravessados

[1] *Actante* é o termo utilizado por Latour (2006) para designar todas as entidades que emergem dos mediadores envolvidos no processo de ação, com o objetivo de recusar a dicotomia entre sujeito e objeto. Assim, são actantes os mediadores que ainda não adquirem estatuto de ator.

[2] Utilizando uma metáfora da tecnologia, Latour (2006) refere que o equipamento que permite definir os humanos não estaria pronto e estruturado de antemão, mas que seria o resultado provisório de um conjunto de camadas ou conexões, os *plug-ins*, que podemos carregar em determinadas situações para adquirir competências locais e provisórias para operar nas situações.

por redes rizomáticas (intersticiais) de cuidado. Do ponto de vista formal, essas redes não são consideradas, mas no trabalho cotidiano as equipes acabam por reconhecê-las, desencadeando situações ambíguas de convivência. Ou seja, é o espaço liso que se deixa estriar, mas ao mesmo tempo, não deixa de produzir linhas de desterritorialização, linhas de fuga (as redes intersticiais construídas pela população) que contestam o estriamento do espaço realizada pela ESF.

Assim, investigar as mediações construídas nessas redes intersticiais é central para que se possam compreender os dilemas envolvidos no trabalho das equipes da ESF. Através do itinerário terapêutico, é possível perseguir as mediações processadas nas redes de cuidado, constituindo-se numa boa ferramenta para as práticas avaliativas. Através da investigação do trabalho de mediação, podemos vasculhar os rastros deixados ao longo do processo de cuidado em toda sua extensão, seja nas situações de "proximidade" (relação médico-paciente; "curador"-paciente; "médico"-curador etc.), seja nas de "distanciamento" (processadas através de inúmeros mediadores de gerenciamento, técnico, educacionais, de controle, entre outros).

Referências

ALVES, Paulo C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul/set 1993.

ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Mirian C. et al. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

ALVES, Paulo César; RABELO, Mirian C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, Paulo C.; RABELO, Mirian C. (Orgs.). *Antropologia da saúde:* traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998. p. 107-121.

_____. Corpo, experiência e cultura. In: LEIBING, A. (Org.). *Tecnologias do corpo*. Uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. p175-199.

CANESQUI, Ana Maria. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs*. v. 5, São Paulo: Ed. 34, 1997.

LATOUR, Bruno. *Reflexão sobre o culto modernos dos deuses fe(i)tiches*. Bauru: EDUSC, 2002.

_____. "Não congelarás a imagem", ou: como não desentender o debate ciência-religião. *MANA* v. 10, n. 2, p. 349-376, 2004.

_____. *Changer de société. Refaire de la Sociologie*. Paris: Éditions la Découverte, 2006.

MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia. (on-Line papers). *Center for Science Studies Lancaster University*, 2003. Disponível em: http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Mol-Law-Embodied-Action.pdf Acesso em: 20/01/2008.

RABELO, Mirian C. et al. Religião, imagens e experiência de aflição: alguns elementos para reflexão. In: RABELO, Mirian C.; ALVES, Paulo C. ALVES; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 229-261.

_____. Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. *Religião & Sociedade*, v. 22, n. 1, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. *Mana*, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.

VELHO, Otávio. *Besta-fera*. Recriação do mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1985.

Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado[1]

TATIANA ENGEL GERHARDT
ADRIANA ROTOLI
DEISE LISBOA RIQUINHO

Introdução

Um dos aspectos que se destacam quando se fala em organização de serviços de saúde são as trajetórias ou caminhos percorridos pelos pacientes na tentativa de resolver seus problemas de saúde. Os pacientes portadores de câncer, na busca da possibilidade de cura, procuram por vários serviços de saúde, construindo trajetórias terapêuticas na busca de serviços com qualidade e resolutivos para seu problema.

O câncer está levando ao óbito a população no mundo inteiro, estando ainda sem controle vários tipos da patologia, principalmente os que apresentam evolução rápida. Com base na incidência, o Brasil vem traçando estratégias no sentido de diminuir os casos de câncer na população. O câncer de mama é o primeiro entre as mulheres, com alto índice de mortalidade. Ao considerar essa situação, observa-se que o serviço de saúde não está conseguindo suprir as necessidades da população, no sentido de dispor serviços de prevenção, como também de diagnóstico precoce e tratamento adequado para a doença. As dificuldades de acesso aos serviços contribuem também para a evolução dessa situação (ROTOLI, 2007).

Quanto à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, vários são os fatores que contribuem, como a falta de programas e serviços que possibilitem um fluxo adequado, com qualidade e resolutividade, representando o fator de maior significado no caso do Brasil. Os serviços que representam maior resolutividade estão concentrados em grandes centros de saúde e nas grandes cidades, o que impossibilita que uma parcela da população consiga utilizar esses serviços, devido à distância, como também por não estarem disponíveis no sistema público de saúde (ROTOLI, 2007). Além disso, os serviços de Atenção Básica, que ocupam lugar privilegiado na rede de cuidados, por estarem mais próximos dos usuários, mas muitas vezes são distribuídos de forma irregular, prejudicam o acesso e o vínculo entre usuários e equipe de saúde.

As discussões sobre integralidade, necessidades em saúde e práticas terapêuticas oferecem uma visão mais abrangente das dificuldades da população em resolver seus problemas de saúde, devido ao modelo de assistência em vigor. Pode-se dizer que o

[1] Texto construído a partir da dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em construção, pois se observa ainda que numa instância da micropolítica, como a organização dos serviços locais, existe a dificuldade em oferecer serviço resolutivo e de qualidade. Observa-se um processo de mudanças importantes nas concepções do sistema, mas na prática ainda há dificuldades de serem implementadas, ou seja, em muitos casos as ações na prática não se modificam (ROTOLI, 2007).

Nesse sentido, no processo de regionalização é importante levar em consideração a diversidade de demandas e necessidades dos usuários, através de novas formas de pensar e de colocar em prática ações em saúde, a partir de uma reflexão que integre, no plano teórico e prático, conceitos fundamentais como integralidade e necessidades em saúde.

Desta forma, julga-se importante, empregar a expressão de Righi (2003), "ver o local a partir da ótica de quem o produz" – os sujeitos, os usuários – por meio das suas necessidades e das suas práticas terapêuticas, pois:

> nem todas as necessidades de saúde, nem todos problemas de saúde são vistos dentro do sistema formal de cuidado à saúde. Pelo contrário, a busca por cuidados e pela resolução das necessidades segundo a ótica dos usuários, transcende em muito o modelo biomédico. Este é apenas um entre tantos disponíveis para a cura ou a resolução dos problemas (OLIVEIRA, 2002, p. 64).

Com o intuito de aproximar as trajetórias e conhecer um pouco mais do cotidiano das pessoas que vivem com câncer, o presente trabalho tem por objetivo apresentar e refletir sobre os itinerários terapêuticos desses pacientes em um município situado na Região Noroeste do Rio Grande do Sul, contemplando a busca por cuidados de saúde da atenção básica à alta complexidade.

Os serviços de saúde e sua interação com as necessidades dos usuários

Embora o Brasil seja um país que tenta garantir o acesso universal e igualitário, respaldado pela Constituição federal de 1988, entende-se que existem inúmeras dificuldades na implementação das políticas de saúde: por um lado, pela inadequação de certas políticas em relação às diferentes realidades existentes em nosso país; por outro, por falta de comprometimento e responsabilidade profissional, social e política, na consonância com as prerrogativas do sistema de saúde vigente (ROTOLI, 2007).

Fala-se hoje em novos modelos de atenção, em novas estratégias, em um conceito de saúde "ampliado", em integralidade, em necessidades de saúde, mas a operacionalização dessas discussões em termos de ações e políticas de saúde só é possível se levarmos em conta as necessidades dos indivíduos e o contexto no qual eles estão inseridos (ROTOLI, 2007).

Nessa perspectiva, Ceccim afirma:

> Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no contexto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da eqüidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde. (CECCIM, 2005, p. 165).

Para Pinheiro e Mattos (2006), a articulação entre sistema de saúde, serviços e usuários se dá por meio de arranjos solidários, resolutivos, participação social e descentralização permeáveis aos serviços locais. Nesse sentido, os autores refletem sobre o papel estratégico da atenção básica na concretização do SUS, na medida em oportuniza o contato contínuo entre comunidade e equipe de saúde, instaurando uma idéia de rede, numa cadeia progressiva de cuidados.

Cecílio (2008) retrata esquematicamente a cartografia da gestão do cuidado em três dimensões, num sistema circular de relação, inter-relação e interdependência. Na primeira dimensão, encontram-se os profissionais de saúde – o cuidado começa na relação profissional-paciente, num espaço de gestão do cuidado. No entanto, a qualidade desse cuidado dependerá da conduta ética do profissional, de seu preparo técnico e, finalmente, da relação profissional-paciente que se estabelece. Na segunda dimensão, estão os serviços de saúde – estes se relacionam com a divisão técnica do trabalho, organização, processo de trabalho, organização dos fluxos dos pacientes e gestão da informação. E na terceira dimensão está o sistema de saúde, desde a organização do sistema de saúde, das redes de cuidado aos mecanismos de comunicação (referência e contra-referência).

Segundo o autor, a integralidade se faz na articulação dessas três dimensões, as quais são atravessadas por três eixos: o das políticas (o impacto de novas políticas na gestão do cuidado), o da teoria das organizações (como uma possibilidade analítica para avaliar a gestão do cuidado, as lutas de poder, os conflitos e os aspectos positivos) e o das necessidades de saúde (CECÍLIO, 2008).

Para Camargo Júnior (2005), a expressão "necessidades em saúde" relaciona-se ao planejamento em saúde, à necessidade de identificar metas e intervenções para os problemas de saúde. Cecílio (2006) sistematiza a taxonomia das necessidades de saúde, que podem se organizar em quatro conjuntos: as boas condições de vida seriam a primeira, que enfatizam os lugares onde as pessoas vivem, traduzindo as diferentes necessidades em saúde; a segunda é a necessidade de se ter acesso e consumir a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; o vínculo está no terceiro conjunto, que significa uma relação construída no tempo, com credibilidade e respeito com o indivíduo e a coletividade; o último conjunto está em ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Conforme o autor analisa, as necessidades de saúde como conceito estruturante capaz de ampliar a definição da integralidade da atenção em saúde compreendem:

> uma potencialidade que ajudaria trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, tomando as necessidades como centro de suas intervenções e práticas (CECÍLIO, 2001, p. 113).

Afirma ainda que é um desafio conseguir fazer uma definição de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores em seus cotidianos, pela complexidade do conceito (necessidades de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada (CECÍLIO, 2001).

O mesmo autor refere necessidades de saúde como a busca de algum tipo de resposta às más condições de vida que a pessoa está vivenciando, que podem ser a procura de vínculo afetivo com o profissional, acesso aos serviços e tecnologias de

saúde, ou buscar maior autonomia, acreditando que poderão melhorar sua vida. Para que essas necessidades sejam atendidas, é preciso que sejam escutadas, entendidas e efetivadas pelas equipes, respondendo ao indivíduo e coletividade suas ansiedades ou necessidades em saúde (CECÍLIO, 2001).

Esta nova forma de entender saúde possibilita aos profissionais (re)pensarem a integralidade, entendendo que, para tratar de saúde e de doença, é preciso transcender os olhares do corpo, percebendo os sujeitos em sua totalidade, além da dimensão física; conhecer a vida das pessoas e os vários aspectos que poderão influenciar para que este indivíduo seja entendido e atendido integralmente no cuidado à sua saúde.

Para Dejours (1986), a saúde é a liberdade de dar ao corpo a possibilidade de repousar, de comer quando ele tem fome, de dormir quando tem sono. É a liberdade de adaptação, podendo até ser normal estar com uma determinada doença, o que não é normal é não poder cuidar-se nesse momento. A saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido, não apenas um estado de bem-estar, mas um estado da qual procuramos nos aproximar. O autor argumenta que a definição de saúde para cada homem, mulher ou criança, é ter meios de traçar um caminho original e pessoal, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. Cada pessoa tem sua história, que consiste em estabelecer uma espécie de compromisso entre o passado e o presente para tentar escolher o futuro (DEJOURS, 1986).

Ao considerar tais definições, pensa-se na integralidade como um princípio fundamental do SUS, o qual garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, como garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, e não um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005b).

Pode-se dizer que a integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS, definida constitucionalmente. Ela é muito mais que uma diretriz, é uma "bandeira de luta", de práticas desejáveis para a assistência à nossa saúde. É um termo que reúne vários significados, sendo estes resultados das vivências dos sujeitos, suas práticas e saberes em saúde que associam tratamento e vínculo. Esta diretriz remete o indivíduo a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2003).

As origens das práticas da integralidade surgem com críticas ao atendimento dos profissionais de saúde, ao adotarem uma atitude cada vez mais fragmentária e reducionista, pois o conhecimento desses profissionais nas diversas especialidades ressalta as dimensões biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. O mesmo autor defende a integralidade como uma característica de boa medicina, que esteja guiada pela visão abrangente das necessidades dos sujeitos que buscam tratamento. Tentar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços que o paciente apresenta seria a marca maior do sentido da integralidade (MATTOS, 2001).

A integralidade pode ser entendida como o todo, partindo do princípio de que é importante pensar o indivíduo num contexto que faz parte deste todo, que vai desde seu corpo físico até sua inserção no seu contexto local, social, econômico, político e cultural, onde tudo está em constante interação. Isso implica conhecer como vivem os sujeitos,

suas histórias de vida, o que se traduz em diferentes expectativas, vivências e potencialidades para cada indivíduo e para cada contexto. O indivíduo é um produto e é produtor do social (RAYNAUT, 2006).

As trajetórias terapêuticas são uma ferramenta importante para a compreensão das reais necessidades em saúde dos pacientes e fornecem subsídios para uma adequada organização dos serviços que atenda aos princípios da integralidade e das necessidades de saúde dos indivíduos.

Uma assistência que se propõe a abordar o ser humano em sua integralidade requer a compreensão da saúde como processo dependente de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esta política pode levar em conta o conjunto de condicionantes que tornam a vida das pessoas mais saudável, ou favorecer processos mórbidos (KLEBA, 2005), mas também a atuação dos indivíduos enquanto atores de suas próprias vidas.

Itinerários terapêuticos: um instrumento para a compreensão da busca por cuidado

Os itinerários terapêuticos, segundo Helman (2003), são escolhas terapêuticas para reduzir um desconforto físico ou emocional, constituindo escolhas próprias ou influenciadas por um amigo, familiar ou vizinho, as quais compreendem desde um descanso, uso de remédio caseiro, procura de um curandeiro local ou serviços de saúde. Todas essas medidas poderão ser usadas em qualquer ordem, apenas uma ou duas delas, desde que isso resulte no alívio do seu sofrimento.

Gerhardt (2000) complementa que a análise das práticas ou dos itinerários terapêuticos permite a compreensão do enfrentamento das questões de saúde e doença, as quais se moldam a partir do contexto em que as pessoas vivem, bem como dos aspectos econômicos, sociais e culturais nos quais organizam a vida coletiva e a vida biológica, resultante de um espaço de ação e interação social.

Entende-se que os itinerários terapêuticos são mediados por dimensões materiais e imateriais: a primeira tem uma íntima relação com a organização dos serviços de saúde, refletindo nas trajetórias desses pacientes; a segunda relaciona-se com as representações mentais e relações sociais, sendo observada na ordem em que se buscam os cuidados de saúde, por exemplo. Tais dimensões não ocorrem separadamente, elas se inter-relacionam num sistema circular, em constante interferência na tomada de decisão (RAYNAUT, 2006).

Nesse sentido, Gerhardt (2007, 2000) relata que a escolha por determinada prática terapêutica sofre influência de diversos fatores, dentre os quais se destacam idade, sexo, categoria social, profissão, etnia, família e interação social, assim como as características do problema de saúde enfrentado e suas percepções, o fato de ser uma situação crônica, aguda, grave, benigna, o entendimento do que significa doença e a disponibilidade dos serviços, traduzidos em acesso, vínculo e qualidade. Todos esses fatores influenciarão a escolha terapêutica, resultando num pluralismo pela busca do cuidado, o qual resultará na escolha por um curandeiro, religioso, profissional da saúde, automedicação ou até mesmo nenhum tratamento.

> Eu descobri mesmo a três anos atrás [...] daí senti aquele nodulozinho, né, e daí ali que eu fiquei com aquele grilo, né, vou ter que fazer uma mamografia [...] daí deu fibrose localizada na mamografia e daí eu não me preocupei nada, daí passou. Depois vi que o nódulo tava aumentando [...],deu que era câncer, né, que era do maligno e que tava

> afetada toda a mama já que eu ia te que tirar a mama, daí vem o desespero e a gente faz de tudo para se curar... (Sujeito L).

O pluralismo resultante de algumas escolhas terapêuticas permite conhecer a dimensão que essas têm para o individuo; além disso, aproxima-se de sua visão de mundo e de cuidado, bem como das estratégias que lhe garantem reprodução física e social. Essa compreensão poderá levar à retroalimentação das práticas de saúde dominantes, no sentido de aproximar o saber e as escolhas populares do saber profissional (ACIOLI, 2006).

> Quando me informam de alguma coisa eu vou buscar. Um chá que me ensinam; até mesmo uma benção, eu faço o possível pra tomar uma benção. Eu acho que Deus foi muito bom comigo. Porque quando eu tive isso aí eu falei com Deus e eu pedi pra que me deixasse viva que minha missão ainda não tava cumprida (Sujeito D).

Dessa forma, a maneira como as pessoas se ocupam do seu corpo, de suas doenças, das terapias e da dor, relaciona-se com as representações mentais que culturalmente são construídas a respeito do corpo e de sua relação com a mente e as emoções humanas (RAYNAUT, 2006). No entanto, não se deve perder de foco a instância material, pensada enquanto serviços de saúde e da sua responsabilização na construção coletiva.

O câncer caracteriza-se como uma doença grave e impregnada de estigmas, sendo que o medo ou a negação do problema acarretam o agravamento da doença, o que é evidenciado pelas estatísticas. Conforme dados do INCA (BRASIL, 2006), geralmente os tumores são diagnosticados em estágio avançado; cerca de 140 mil pessoas morrem todos os anos no Brasil vítimas de câncer, o que equivale a 13,7% das mortes registradas no país, perdendo apenas para as doenças circulatórias, em torno de 27,9%.

Dar visibilidade aos itinerários terapêuticos significa um olhar minucioso a respeito das escolhas, avaliação e aderência a determinados tratamentos, levando em conta o contexto de vida que o indivíduo está inserido, a diversidade de possibilidades ou sua ausência em termos de cuidados de saúde (GERHARDT, 2007). Nesse sentido, conhecer a rede se serviços que os usuários têm à sua disposição é um dos elementos para compreender a complexa relação entre o surgimento de um sofrimento físico ou psíquico e sua entrada no serviço de saúde. Da mesma forma, a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, diferencia-se de um indivíduo a outro, pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. Envolve variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras (GERHARDT, 2007).

Mas, se por um lado, a procura de cuidados está condicionada pelas atitudes, os valores e as ideologias, por outro está condicionada pelos perfis da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias. Assim, vemos que na maioria dos estudos sobre os itnerários terapêuticos são ressaltados os "itinerários médicos" ou as trajetórias assistenciais ou terapêuticas que correspondem à seqüência de recursos de cuidados com a saúde, desde o aparecimento de um problema ou doença até sua cura, estabilização ou morte (NOVAKOSKI, 1999).

A conformação dos itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: negociando fronteiras entre os serviços locais e regionais

As práticas em saúde expressam as iniciativas e inovações municipais e estaduais na gestão da atenção aos usuários, capazes de gerar melhorias e a consolidação dos direitos à saúde e à cidadania, promulgados pelo SUS. Desta forma, conhecer as redes locais de serviços de saúde e sua organização, através dos itinerários terapêuticos, fornece importantes subsídios para se repensar o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a própria construção de saberes e práticas em saúde dos diferentes atores sociais envolvidos no processo (gestores, profissionais e usuários). Na verdade, fornece subsídios para a avaliação das práticas em saúde, tanto no nível local quanto regional, pois para as diferentes esferas de gestão do SUS reforça-se sua importância como espaço importante para o exercício da negociação e articulação entre os diferentes atores envolvidos na formulação e organização dos níveis de atenção do sistema. Esses aspectos podem ser relacionados com a integralidade, quando esta é entendida em um dos seus sentidos como a garantia de acesso da população aos distintos níveis de atenção. Na prática, significa enfrentar um dos maiores "nós" para o cumprimento da integralidade: a garantia da referência/contra-referência – um dos dilemas na relação entre demanda e oferta em saúde (PINHEIRO, 2005). A autora enfatiza também que, nesse contexto, a gestão estadual amplia suas atribuições, por meio da aplicação de instrumentos normativos específicos destinados ao reordenamento do sistema. Esse fato pode ser verificado através da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, que instituiu a regionalização como macroestratégia (FINKELMAN, 2002). Segundo consta no texto da NOAS,

> o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001b, s/p).

Na mesma norma é ressaltada a necessidade de construção do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de servir de instrumento para ordenar o processo de regionalização nos estados e no Distrito Federal. O PDR deve ser criado na perspectiva de proporcionar acesso aos usuários do sistema de saúde, a um atendimento mais próximo de sua residência, apresentar algumas condições mínimas de assistência à saúde, além de possibilitar-lhes acesso aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde em referências intermunicipais.

No Estado do Rio Grande do Sul ocorreu a criação do PDR, no ano de 2002, buscando novas maneiras de articulação entre os gestores e de organização do controle social. A região de saúde proposta no PDR é representada pelo território das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e as macrorregiões foram definidas em função da capacidade instalada, distribuição geográfica, fluxo e acesso dos usuários aos serviços, tipo de atenção e nível de complexidade. O PDR dividiu o Estado do Rio Grande do Sul em sete macrorregiões de saúde, com o objetivo de organizar a atenção

à saúde e garantir a todos os gaúchos um atendimento universal, equânime, integral e sob o controle da população. No mesmo documento consta que a cobertura de serviços hospitalares foi analisada, sendo identificadas as instituições de referência locais, microrregionais, regionais e macrorregionais (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Ainda cabe assinalar que, segundo Pinheiro (2005), não obstante a necessária regionalização da assistência, para a garantia da oferta de serviços, há de se salientar que a regionalização é apenas um meio de consolidar o direito à saúde, procurando equacionar a relação entre necessidade de ações e serviços *vis-à-vis* recursos limitados. Contudo, acrescenta-se a importância de que seja um processo construído com os demais atores sociais, principalmente com os usuários do sistema.

Diante do exposto, buscaram-se compreender as práticas terapêuticas e a utilização dos serviços de saúde de um município, através da conformação de itinerários terapêuticos de pacientes portadores de câncer, ilustrativos de situações dos encontros e desencontros entre as esferas locais, regionais e estaduais e as fronteiras existentes entre três os níveis de atenção.

O estudo foi realizado em um município, situado na Região Noroeste do Rio Grande do Sul, cuja população é de 26.759 habitantes, sendo homens 13.089 (49%) e mulheres 13.670 (51%) (IBGE, 2006). Do total da população residente no município, 20.436 (76%) residem na área urbana e 6.326 (24%) na rural; o município possui uma área de 265Km², uma taxa de analfabetismo de 7,57%, e uma expectativa de vida de 75,72 anos (IBGE, 2006).

Fizeram parte do estudo 13 sujeitos, dos 26 cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer, devido às perdas em função de óbito, não-aceitação em participar da pesquisa ou por estarem fora do município para realização de tratamento. Alguns pacientes permanecem fora do município em albergues ou casa de parentes, devido à falta de transporte adequado para retorno ao município de origem. Cabe ressaltar que todos pacientes cadastrados nesta entidade filantrópica são usuários do SUS, portanto, da rede assistencial de atendimento à saúde local.

Os sujeitos da pesquisa se distribuem homogeneamente em relação à faixa etária: dois sujeitos com idade entre 20 e 30 anos, três entre 30 e 40 anos, dois com idade entre 40 e 50 anos, dois entre 50 e 60 anos, dois entre 60 e 70 anos e dois entre 70 e 80 anos. No que se refere ao sexo dos entrevistados, observa-se que a maioria é do sexo feminino (11 mulheres) e dois homens. Em relação à ocupação, cinco dos entrevistados estão aposentados, duas são do lar, uma estudante, uma gari, uma catadora de papel, uma doméstica, uma agricultora e um pedreiro. Quanto à escolaridade, dois sujeitos do grupo são analfabetos, oito têm o ensino fundamental incompleto, um o ensino fundamental completo, um o ensino médio incompleto e um o ensino médio completo. Com relação à doença apresentada, os entrevistados referiram os seguintes tipos de câncer: linfoma de Hodgkin (1); câncer de colo de útero (1); câncer de intestino (1); câncer de pele (2); câncer de pulmão (3) e, câncer de mama (5).

O município faz parte da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul, pertencendo à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), das 19 existentes no estado, e tem como principal pólo assistencial de saúde a cidade de Passo Fundo (RIO GRANDE DO SUL, 2002). A rede local de saúde está composta de um hospital de caráter regional, duas

Unidades Básicas de Saúde, uma central e outra periférica, duas equipes do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O município não fornece serviços de saúde que possibilitem a assistência para pacientes portadores de câncer. Dessa forma, a referência para o atendimento em município distante tem sido um fator que dificulta o tratamento dos pacientes. A referência de atendimento de pacientes com câncer para o município em estudo é o Centro de Atendimento Hospital Santa Terezinha, no município de Erechim (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Oncológica, regulada pela Portaria nº. 741/SAS, de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), a qual visa a facilitar o acesso da população brasileira à atenção oncológica e à necessidade de estruturar serviços regionalizados e hierarquizados que garantam o acesso integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para diagnóstico de câncer, foi readequado o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de Passo Fundo (Hospital Macrorregional - Sociedade Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo) e foi aberto um novo centro em Erechim (Hospital Macrorregional - Hospital Municipal Santa Teresinha) (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

De forma geral, o fluxo normal de atendimento dos pacientes portadores de câncer está estruturado no município da seguinte forma: os pacientes devem procurar, primeiramente, a Unidade Básica de Saúde Central ou os consultórios particulares, para realizar a consulta médica. Num segundo momento, são efetuados pelo profissional médico os encaminhamentos necessários para tratamento ao serviço de referência, o Hospital Santa Terezinha de Erechim.

No entanto, observa-se nos itinerários terapêuticos dos sujeitos que nenhum utilizou o serviço de referência; foram utilizados os serviços de outros municípios e até mesmo de outros estados. Um dos fatores que poderá estar associado ao difícil acesso ao município de Erechim é o fluxo construído por meio de outras patologias, as quais são encaminhadas a serviços dos municípios de Passo Fundo, Ijuí e Porto Alegre, coincidindo também com a maior facilidade de deslocamento de transportes.

O acesso aos serviços de saúde é um dos principais problemas mencionados pelos sujeitos da pesquisa, por ser um município que apresenta deficiência na resolutividade de serviços, em especial, na especialidade oncológica. Vários sujeitos referiram dificuldade nos atendimentos na UBS, como também nos encaminhamentos para tratamento fora do domicílio.

> No posto de saúde eles agendaram lá pra mim no Hospital de Clinicas, só me forneceram as passagens de ida, né, de volta tem que pagar todas elas. Eu ia e fazia sessões a cada 21 dias (Sujeito L).

> A única coisa que eu consigo do município é uma passagem, uma só, ida à Porto Alegre, só. Fui por conta. Passo Fundo eu fui por conta. A minha filha mais velha tem amigas em Passo Fundo, telefonou pra lá e em seguida marcou a consulta pra mim. E aí ela disse mãe vamos lá, nós temos que resolver isso aí. Os filhos disseram nos vamos e a senhora não se preocupa. Quando eu vi estava tudo agilizado (Sujeito D).

A falta da consolidação na regionalização do atendimento do paciente oncológico compromete a oferta de serviço para diagnosticar a doença, fazendo com que os indiví-

duos procurem por vários serviços. Quando têm condições financeiras, vão por conta própria realizar consultas e exames em serviços especializados, com a possibilidade de obter resposta ao seu estado de saúde com maior rapidez. Os que não têm esperam pelos encaminhamentos da SMS e são atendidos conforme agendamento. Outra dificuldade é o tratamento de quimioterapia e radioterapia, para os quais os sujeitos relataram dificuldades referentes ao transporte de deslocamento para a cidade em que necessitam realizar as sessões. Os indivíduos que têm parentes em cidades que oferecem serviços de oncologia ou possibilidade de permanecer em albergues preferem se tratar nesses locais devido às facilidades que encontram e, desta forma, evitam as viagens após as seções de quimioterapias.

Nesse sentido, as categorias acesso geográfico; distância/tempo de deslocamento e tempo de atendimento; econômico (público e privado); funcional (organização da rede de atenção) e cultural (crenças e percepções) parecem estar presentes nas trajetórias de enfrentamento da doença.

> Porque o Dr. daqui achou que só procurando um hematologista em Porto Alegre, porque não tinha tratamento aqui. Foi em 2002 que começou e em 2003 que eu comecei a fazer as consultas e biópsias. [...]. A minha irmã que mora lá. Disse que era melhor me levar pra lá. Daí eu fui, né. Procurar tratamento porque aqui não tem. (Sujeito J).

> Aonde eu vou pra me tratar é tudo particular, não tive encaminhamento de nenhum médico daqui. Eu ia nos médicos daqui e eles diziam que o que eu tinha era nervos. (Sujeito D).

A maioria dos sujeitos não sabe ao certo quantas consultas realizaram. E vários foram os lugares em que procuraram por atendimento. O serviço de saúde do município é utilizado de forma diferenciada, pois a procura se dá na busca de medicamentos, exames laboratoriais e transporte. Apenas dois dos sujeitos o utilizam para consulta médica. A maioria (12) está sendo tratada fora do município, devido à pouca estrutura oferecida pelo serviço de saúde para esta especialidade. A decisão ou os encaminhamentos são realizados pelos médicos do município, e quem viabiliza os encaminhamentos, juntamente com a Secretaria de Saúde, são os familiares ou o próprio paciente. A referência para atendimento oncológico não é Passo Fundo ou Porto Alegre, mas para estes municípios foram encaminhados no momento que necessitaram de atendimento. O câncer é um problema que demanda a articulação do sistema, um trabalho em rede, e devido a sua magnitude necessita de um sistema de saúde estruturado para realizar encaminhamentos, no sentido da regionalização do serviço. Como os serviços de saúde do município em estudo não possuem a especialidade em oncologia, sendo os pacientes direcionados para serviços de referência, este fluxo não segue o sentido da regionalização dos serviços.

Existem alguns limites relacionados à dificuldade para fazer a gestão pública da política de saúde, tanto no território do município quanto na redefinição da rede de saúde na região. Os municípios tendem a reproduzir organizações e métodos conhecidos com poucas condições de assumir as inovações e se sustentarem (RIGHI, 2005).

Vários sujeitos reclamam da falta de atenção aos pacientes portadores de câncer, pois o município não consegue oferecer serviços para esta especialidade. Citam que o município poderia viabilizar atendimento, em que o indivíduo pudesse ser encaminhado em melhores condições de transporte e acomodação para os municípios de referência. O fato de oferecer apenas a passagem para o sujeito ir para a consulta causa transtornos,

pois alguns não possuem recursos financeiros para retornar a sua residência. Outro problema é o retorno de ônibus, após as quimioterapias: os sujeitos referem não ter condições físicas, devido às várias reações aos medicamentos. Um recurso utilizado por alguns foi a carona de outras ambulâncias de municípios vizinhos.

> Acho que deveria ser um lugar assim, pra fazer um tratamento deste tipo, ter mais um hospital, uma clínica que fizesse este tipo de tratamento para não ter que as pessoas, que acontece qualquer coisa ter de ir para fora, né, acho que deveria ter mais sistema de saúde. (Sujeito L).

> Ultimamente o posto de saúde nem dá pra gente contar mais, então a gente com o pouco que ganha [...] paga a Unimed. Eu fiz o plano de saúde Unimed. Porque os médicos daqui me mandaram pra Passo Fundo, lá disseram que não era pra eles. Consigo ser atendida pela Unimed, mesmo que a gente tem que esperar um pouco porque eu tive que esperar dois meses para a primeira consulta, pra fazer esta do pescoço, né. (Sujeito H).

> Sim, eu dependo, né, pra mim aqui o que eu gasto nossa renda aqui não consegue cobrir, fazer tudo por conta, depende de carro, depende de médico, depende de posto de saúde toda a hora porque a nossa renda é muito baixa e os custos são muito altos. Se eles não me ajudam eu não tenho como fazer o tratamento. (Sujeito F).

O que acontece, de forma geral, na realidade dos sujeitos entrevistados, é a seguinte trajetória por eles referida: procuram, primeiramente, a Unidade Básica de Saúde à qual estão vinculados ou os consultórios particulares, para realizarem a consulta médica. Num segundo momento, são efetuados pelo profissional médico os encaminhamentos necessários para tratamento em serviços de referência em Porto Alegre e Passo Fundo. Os que procuram o consultório particular são encaminhados à UBS para o encaminhamento a hospitais de referência, com atendimento pelo SUS. Pacientes que são atendidos na UBS muitas vezes procuram o consultório particular para serem atendidos por outro médico, mas também retornam à UBS para encaminhamentos. Um dos sujeitos com câncer de mama decidiu realizar tratamento em Curitiba, tendo em vista a com maior rapidez do tratamento, pois lá contava com a colaboração de familiares.

Na perspectiva de conseguir realizar o tratamento de forma adequada, os indivíduos procuram por auxílio com pessoas e instituições que possam ajudar no momento de enfrentamento da doença. A Liga Feminina de Combate ao Câncer é uma instituição que tem como objetivo viabilizar ajuda às pessoas portadoras de câncer. Essa instituição e seus voluntários realizam algumas atividades festivas no município, para arrecadar recursos financeiros para a compra de passagens, cestas básicas, fraldas descartáveis e alguns medicamentos. Outra atividade é a visita domiciliar, que seria um suporte importante para conhecer as necessidades dos indivíduos, que acontece conforme a disponibilidade de veículo de algum voluntário da instituição, tornando-se difícil de ser realizada. A instituição se mantém com a colaboração de voluntários e com eventos realizados no município para arrecadar fundos, sem uma fonte fixa de rendimentos.

As dificuldades em oferecer serviços de saúde que contemplem os princípios da regionalização e da integralidade, devido à pouca estrutura do serviço de saúde do município em estudo, podem ser visualizados nas trajetórias, que apesar das semelhanças dos recursos acessados, foram agrupadas em oito trajetórias distintas para fins de des-

crição e análise. Os caminhos percorridos fora do município foram utilizados por 12 sujeitos; um encontrava-se sem tratamento no momento da entrevista, utilizando apenas o atendimento de emergência do hospital do município.

Para facilitar a compreensão das trajetórias, representamos graficamente na figura 1 as oito trajetórias assistenciais percorridas pelos sujeitos entrevistados, na busca por cuidados em saúde. Considerando os sentidos dos conceitos de itinerários terapêuticos, trajetórias terapêuticas ou assistenciais, assumidos no início deste texto, cabe ressaltar que dentro dos itinerários terapêuticos identificou-se que nas atitudes postas em prática com o intuito de recuperar a saúde ou obter o alívio do sofrimento, foram ressaltados os "itinerários médicos" ou as trajetórias assistenciais que correspondem à seqüência de recursos de cuidados com a saúde dentro da rede de serviços de saúde disponíveis, desde o aparecimento de um problema ou doença até sua cura, estabilização ou morte. Estas trajetórias, que seguem abaixo descritas, ilustram como um mesmo sujeito não tem uma única trajetória assistencial: ele percorre vários caminhos, pois na maioria das vezes estão sem escolha e necessitam de atendimento, sentindo-se obrigados a buscar alternativas que estão ao seu alcance, como a automedicação, ou optar por serviços da rede do SUS que também, em muitas situações, não consegue atender de maneira resolutiva os problemas de saúde do indivíduo.

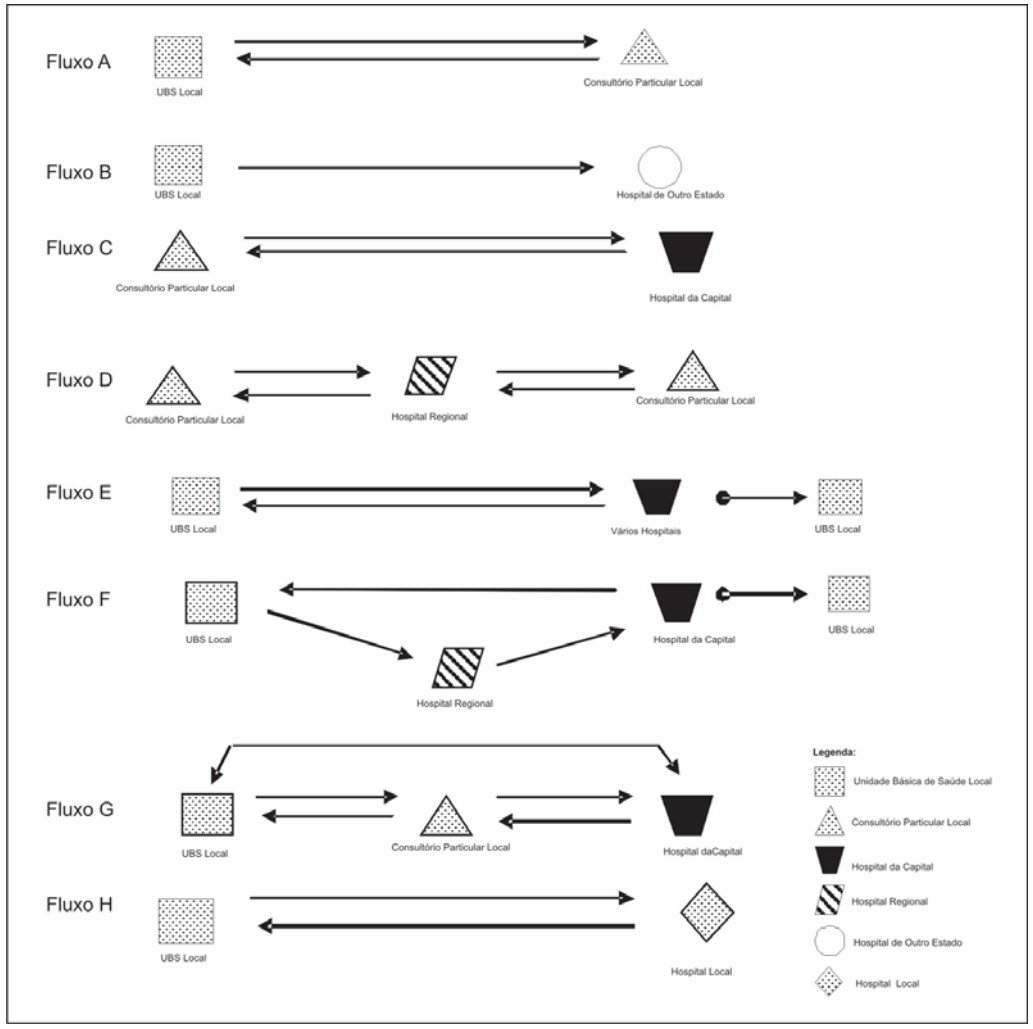
- A **Trajetória A (TA)** é a trajetória terapêutica de um dos sujeitos que procurou a UBS no município e seguiu por conta própria para Curitiba, no Estado do Paraná.
- Na **TB,** a trajetória terapêutica descreve a procura de dois sujeitos por serviços na UBS no município, sendo posteriormente encaminhados pelos médicos aos seus consultórios particulares. Observa-se que procuraram atendimentos nos consultórios particulares, mas necessitam de atendimento na UBS para realização de exames ou encaminhamentos pelo SUS para serviços de referência.
- A **TC** apresenta a trajetória de quatro sujeitos, mostrando que eles realizaram consultas na UBS do município e foram posteriormente encaminhados para hospitais de Porto Alegre. Mostra também que os mesmos retornam para a UBS do município para novos atendimentos, como novas consultas, exames e solicitação de auxílio para medicamentos e transporte.
- A **TD** traça a trajetória de dois sujeitos que procuraram consultórios particulares no município, mas foram por conta própria procurar por atendimento em hospitais de Passo Fundo, assim como procuraram por atendimento em consultórios particulares de Passo Fundo. Esses sujeitos também retornaram para Frederico Westphalen e procuram a UBS, em busca de encaminhamentos para realização de quimioterapia e exames pelo SUS.
- A **TE** traça a trajetória de dois sujeitos que procuraram consultórios particulares do município e foram encaminhados pelos médicos, ou foram por conta própria procurar por atendimento em hospitais de Porto Alegre, retornando aos consultórios particulares no município. Esses sujeitos também retornaram para o município e procuram a UBS, para encaminhamentos para realização de quimioterapia e realização de exames pelo SUS e solicitação de auxílio para transporte.
- Na **TF,** a trajetória mostra que um sujeito utilizou o serviço de saúde da UBS do município e foi encaminhado para consultórios particulares do município e hospitais de Porto Alegre. Retornou para o consultório particular e para a UBS do município para realização de exames de controle da doença e para solicitar auxílio para transporte.
- Na **TG,** a trajetória ilustra dois sujeitos que procuraram a UBS do município, foram encaminhados para hospitais de Passo Fundo e, não tendo resolvido seus problemas, foram encaminhados para hospitais de Porto Alegre. Retornaram à UBS do município para encaminhamentos.
- Durante a **TH,** um sujeito estava sem atendimento no momento da entrevista e refere procurar a UBS do município durante o dia, apesar de na maioria das vezes não encontrar resolução para seu problema, então procura pelo serviço de emergência do hospital do município.

O desenho das trajetórias seguiu a estrutura temporal e geográfica, o que de certa forma conforma a idéia de linearidade na busca por cuidado, mesmo que dentro da rede de serviços disponíveis. Isso de certa forma se deve ao fato de o câncer ser uma patologia considerada grave e ainda cheia de muitos tabus, pois leva constantemente o paciente a se confrontar com a vida e a morte. Mesmo seguindo um projeto terapêutico com foco no modelo biomédico, as decisões e escolhas, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes, expressam valores e modelos divergentes: a articulação entre gestores, profissionais e pacientes não se dá por meio de arranjos solidários, resolutivos, participação social e descentralização permeáveis aos serviços locais (PINHEIRO; MATTOS, 2006). O que se observa é um desencontro entre os atores sociais e o papel estratégico da atenção básica na concretização do SUS; já o paciente acaba por se "auto-regular", tomando decisões, fazendo escolhas que lhe permitem amenizar o sofrimento, e negociando fronteiras entre os serviços locais e regionais, o que não lhe é proporcionado através de uma cadeia progressiva de cuidados.

A observação das trajetórias mostrou que não existe fluxo ordenado de serviços de referência para a especialidade de oncologia. Um fator que poderá contribuir para que o serviço de referência no município de Erechim não esteja sendo utilizado pelos sujeitos da pesquisa é o difícil acesso rodoviário na região da 19ª CRS ao município. Outro fator que também apresenta relevância é que alguns sujeitos realizam consultas por conta própria nos municípios de Passo Fundo e Porto Alegre, tendo seus médicos de confiança e facilidades em permanecerem nessas cidades enquanto realizam tratamento de quimioterapia e radioterapia.

Mesmo com a implementação do serviço de oncologia realizado no Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de fortalecer e qualificar a organização regionalizada do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2002), o que se observa é que os encaminhamentos não seguem a lógica da regionalização dos serviços. Vários setores da organização do sistema de saúde poderão estar falhando quanto aos encaminhamentos, tanto no sistema público de saúde, como também na saúde suplementar. Dadas as características de organização do sistema de saúde da região e do município, acredita-se que a reorganização do serviço para portadores de câncer não está sendo efetivada a partir do âmbito municipal. Os encaminhamentos continuam sendo para serviços em que o município tem facilidades para conseguir consultas, transporte e estadia, não seguindo o que está preconizado pelo Ministério da Saúde. Pode-se observar que, mesmo com a nova estruturação, o serviço de referência utilizado não é o preconizado, mas está condicionado à vontade dos gestores municipais e de alguns pacientes que encontram facilidades em utilizar outros serviços.

Figura 1 - Fluxogramas que ilustram as oito trajetórias assistenciais dos sujeitos entrevistados



Fonte: (ROTOLI, 2007).

Itinerários terapêuticos: um instrumento a ser explorado para a avaliação dos encontros e desencontros dos serviços de saúde

A regionalização da assistência, como forma de garantir a oferta de serviços, procurando equacionar as necessidades de ações e serviços em relação aos poucos recursos disponíveis, é um dispositivo que pressupõe acesso ao serviço, resolutividade, tecnologia disponível, gestão compartilhada entre diferentes serviços, ou seja, uma gestão do cuidado na qual os mais diferentes níveis se inter-relacionem. Assim estruturados, os sistemas de saúde se organizariam e funcionariam de forma mais horizontal, dando à população acesso a tecnologia disponível. Persistem, no entanto, desafios para gestores

e profissionais de saúde relativos ao atendimento integral e a eqüidade, mesmo tendo o SUS avançado na direção da universalidade. Certas situações de adoecimento, como o exemplo do câncer trazido aqui, expõem a complexidade do universo de necessidades dos pacientes e famílias, tanto de natureza clínica e psicológica, como socioeconômica e cultural. A atenção oncológica no Brasil tem priorizado os hospitais especializados, não utilizando as potencialidades dos sistemas locais e regionais para as ações de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento dos casos e cuidados paliativos (SANTIAGO; ANDRADE, 2007). Também não tem explorado o potencial da regionalização da assistência como forma de atender às necessidades locais e regionais.

O estudo realizado no município em questão permitiu levantar alguns elementos de reflexão sobre a gestão do cuidado, ilustrada pelos itinerários terapêuticos de pessoas portadoras de câncer da Região Noroeste do Rio Grande do Sul traduzidos em itinerários assistenciais na busca de cuidados de saúde. Observaram-se, por meio das trajetórias empreendidas, as estratégias dos sujeitos desde a atenção básica até a alta complexidade. Nesta perspectiva, o cuidado prestado aos pacientes com câncer no município estudado, que, como outros do país, carece de serviços especializados para atendimento oncológico, aponta para a importância ainda maior de se trabalhar em rede (contando com a rede básica existente e organizando o atendimento especializado em microrregiões, para os casos de média complexidade), a fim de garantir a atenção integral a essa população. Porém, as estratégias observadas nas trajetórias assistenciais revelaram limites importantes na regionalização da saúde no estado, pois o município estudado, dadas suas características territoriais e demográficas, necessita de parcerias com outros para efetivar uma rede de serviços de saúde, no sentido de atender às necessidades de saúde da sua população. Nesse sentido, fica evidente a importância da regionalização destes serviços. No entanto, vê-se no plano da regionalização o risco de se tornar mais um instrumento normativo, sem força para imprimir as mudanças necessárias, se não levar em conta as reais condições dos municípios, como os fluxos ou arranjos existentes entre os serviços de saúde.

Alguns limites na descentralização ocorreram com as dificuldades na gestão das políticas de saúde em nível municipal e da região, em desenvolver redes de saúde, superando a burocratização e promovendo espaços de participação da comunidade. Historicamente, a forte adesão à lógica de mercado, sem regulação do estado e sem diálogo com políticas e necessidades locais, facilitou a instalação de serviços e equipamentos de assistência à saúde em cidades com maior capacidade de resposta ao investimento financeiro (RIGHI, 2005). Portanto, há uma significativa diferença entre a localização de equipamentos de saúde na perspectiva do mercado, com a perspectiva da garantia de acesso à população. Dessa forma, a desvalorização dos serviços descentralizados impede o trabalho em rede, aumentando a dependência dos municípios onde esses serviços se encontram (RIGHI, 2005).

Estudo de Cecílio et al. (2007) em uma Diretoria Regional de Saúde no Estado de São Paulo, levando em conta a integralidade do cuidado e a descentralização da gestão do SUS, apontou situações que se aplicam à realidade estudada. Os autores relatam que a gestão municipal – pensada na Reforma Sanitária brasileira como uma gestão próxima das necessidades dos cidadãos e por isso mais sensível a seus anseios – só se realiza em

parte. Existe carência de que os municípios utilizem indicadores epidemiológicos para conhecer as necessidades de saúde da população e organizem sua gestão; a atenção dos gestores volta-se para a demanda por consultas e atendimentos com especialistas, os quais em sua maioria são difíceis de serem agendados, ocorrendo, apesar dos encaminhamentos pelo SUS, a preponderância da lógica de mercado, por meio do privilégio de conhecer ou contatar determinados serviços ou gestores. Tais situações dificultam a garantia da integralidade do cuidado, especialmente no que diz respeito ao acesso à média e alta complexidades.

Outro fato que chama a atenção nos itinerários assistenciais é a dificuldade de acesso, o acesso funcional na forma como os serviços locais se organizam e prestam assistência ao usuário; o acesso geográfico, devido às distâncias percorridas na busca por cuidados de saúde; o acesso econômico, na medida em que os usuários precisam pagar pelo transporte para retornar a suas cidades após as sessões do tratamento designado sua patologia, tratamento que na maioria das vezes ocorre repetidamente, assim como outras despesas previstas nestas viagens, como refeições ou a presença de um acompanhante.

Além dos acessos referidos, o acesso cultural também interfere na utilização dos serviços de saúde: por exemplo, as escolhas realizadas pelos usuários variam de acordo com o problema de saúde apresentado e conforme o momento de vida desse usuário, sendo que suas escolhas sofrem influência de experiências individuais ou coletivas, de orientações da família, da religião, de estratégias utilizadas pela família ou comunidade – enfim, sofrem forte interferência do contexto socioeconômico e cultural no qual estão inseridos (GERHARDT, 2000).

Conclui-se que a gestão do cuidado se dá em forma de rede. No entanto, quando essa rede é desarticulada, privilegiando os acordos comerciais ao invés da lógica proposta pelo SUS, oneram-se os usuários desse sistema, ao engendrar *novos-velhos* arranjos na ótica do gestor alheio às necessidades de saúde e à participação da sociedade. Os usuários tentam manter sua autonomia, ao trilharem diversos caminhos em busca de cuidados, buscas que podem ser acompanhadas ou solitárias para os que não têm familiares nas cidades para onde são encaminhados.

Ao pensar na forma como ocorre o transporte desses pacientes, reflete-se no simbolismo de oferecer apenas a passagem de ida até o local de tratamento, e tal atitude revela abandono e despreocupação com o bem-estar desses pacientes. Tais atitudes reforçam a importância da luta em favor da integralidade, como uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença-atenção, assim como na articulação entre promoção, prevenção, cura e reabilitação, ampliando o acesso oportuno e de qualidade a serviços com diferentes composições tecnológicas, visando a construir itinerários assistenciais a partir da necessidade e eqüidade (PASCHE, 2005).

O sistema de saúde local apresenta dificuldades de articulação entre os diferentes serviços, pois revela a hegemonia de um modelo assistencial que demanda mudanças nos processos de trabalho ao longo de toda a rede de serviços de saúde, rede esta operada por sujeitos (profissionais, usuários e gestores) que se inter-relacionam e são interdependentes. E é no encontro destes atores que se torna possível pensar na integralidade e na gestão do cuidado.

Referências

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas populares voltadas para saúde e doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 187-203.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde. 2001b. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm>. Acesso em: 17 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z*: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 344p.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 91-104.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 161-168, set. /2004 - fev./2005.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de FERLA, A. A. (orgs.). *Gestão em redes:* tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 37-50.

CECÍLIO, L. C. O. *Necessidades de saúde e suas implicações para a atenção às práticas em saúde*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS, 2008. Aula inaugural proferida no dia 02/04/2008 no Evento comemorativo dos dez anos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. 2008.

CECÍLIO, L. C. O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SU: características e desafios. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, jul-dez. 2007.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 1-5, abr./jun. 1986.

FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GERHARDT, T. E. *Antropologie et santé publique*: approche interdisciplinare. pauvreté, situations de vie et santé à Paranaguá, Paraná, Brésil. 2000. 362f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) - Université de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.

_____. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007a. p. 279-300.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 05 mar 2006.

KLEBA, M. E. *Descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil*: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). *Construção da integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 45-60.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

NOVAKOSKI, L. E. As desigualdades sócioambientais e a utilização dos serviços de saúde. 1999. 322p. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba,1999.

OLIVEIRA, A. F.; Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

PASCHE, D. F. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. *A saúde coletiva*: diálogos contemporâneos. Ijuí: EdUnijuí, 2005. p. 93-110.

PINHEIRO, R. *Estudos multicêntricos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na Atenção Básica*. 2005. 62f. Projeto de Pesquisa. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 11-23.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, jun. 2006.

RIGHI, L. B. *Poder local e inovações no SUS:* estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul 2002. 261f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

_____. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. *A saúde coletiva*: diálogos contemporâneos. Ijuí: EdUnijuí, 2005. p. 73-92.

RIO GRANDE DO SUL. Memo n. 898/06, de 29 de novembro de 2006. Dispõe sobre habilitação das unidades na Rede Estadual de Oncologia: Portaria SAS/MS 714 de 28/09/2006. Porto Alegre, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano diretor de regionalização da saúde*. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.

ROTOLI, A. *Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer*: assimetrias no atendimento em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. *Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer*. Rio de Janeiro: UERJ/LAPPIS. Apresentado no Atelier do Cuidado, VII Seminário do Projeto Integralidade, 2007.

Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco

RODRIGO SILVEIRA
ADÔNIDAS FEITOSA
JULIANA LOFEGO
LIDIANNI CRUZ SOUZA

A avaliação em saúde é um campo que vem crescendo e se diversificando progressivamente. As técnicas tradicionalmente utilizadas seguem duas linhas distintas de trabalho: a avaliação normativa, que segue mais a linha do monitoramento de programas de saúde, e a pesquisa avaliativa, que incorpora a utilização de metodologias de pesquisa nas técnicas avaliativas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Com o reconhecimento da integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e a produção recente sobre o tema, alguns autores têm se destacado no desenvolvimento de princípios e técnicas para avaliação da integralidade no serviço (HARTZ, 2004; CONILL, 2004). Hartz (2004), no debate sobre metodologias que estudam a articulação da rede de cuidado nos níveis de atenção à saúde, levanta a possibilidade do acompanhamento do percurso de usuários no sistema de saúde, percebendo os pontos críticos do sistema. Alguns autores têm se aprofundado no desenvolvimento dessa técnica utilizando a história de vida focal como método para o alcance desses percursos, e os têm denominado de itinerários terapêuticos (BELLATO et al., 2007).

Um aspecto interessante deste método, evidenciado através do trabalho com história de vida focal, é a ampliação da visão de uma trajetória assistencial no sistema de saúde para a busca por cuidado em instâncias informais de assistência, como a utilização de fitoterapia ou a busca de rezadeiras ou benzedeiras. Outro aspecto é a captação de fatos de vida que interferem nessa trajetória (doenças na família, nascimento e óbitos), que não são habitualmente considerados.

O grupo de pesquisa do Sítio Norte-Lappis (Universidade Federal do Acre) vem se aproximando dessa prática, na tentativa de diversificar as práticas avaliativas, considerando a integralidade como eixo. Assim, o objetivo deste trabalho é propor a adoção das representações das trajetórias/itinerários como práticas avaliativas capazes de fornecer subsídios sobre a articulação (ou não) de serviços em Rio Branco (Acre) em duas linhas de cuidado previamente determinadas (prevenção do câncer cérvico-uterino e saúde mental).

Metodologia

Rio Branco se localiza às margens do rio Acre, no leste do estado, e tem uma população estimada de 314.126 habitantes. Depois de oito anos sendo governada pelo grupo de oposição ao governo do estado, a partir de 2005 tem na prefeitura um grupo

alinhado às tendências do governo, tanto estadual como federal. Este fato coloca a possibilidade de uma mudança nos rumos da gestão do sistema de saúde.

Na capital, há predominância de usuários do SUS em relação aos usuários da saúde suplementar (BRASIL, 2005). Dos habitantes de Rio Branco, 85% são usuários do SUS, e o único pronto-socorro do município é público. No início dos anos 2000, o município de Rio Branco estava sob intervenção do governo do estado na gestão de suas unidades de saúde, adquirindo responsabilidade pela gestão apenas em 2003, quando houve municipalização dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família (USF). O município de Rio Branco é habilitado atualmente para a gestão da atenção básica, permanecendo os hospitais e outras unidades de apoio, como Centro de Controle Oncológico (Cecon), Hemocentro e Laboratório Central, sob a gestão estadual.

O sistema de saúde gerenciado pela prefeitura é constituído por 12 centros de saúde e 56 USFs, formando 12 segmentos de saúde, que congregam um centro de saúde e as USFs de sua área de responsabilidade. Este modelo está evoluindo para uma gestão descentralizada baseada nos segmentos de saúde.

Este trabalho está relacionado com a pesquisa sobre práticas avaliativas na atenção básica em Rio Branco, descrita na presente coletânea, na qual foram entrevistados gestores, trabalhadores e usuários. Para o desenvolvimento desta representação, a equipe de pesquisa definiu como prioritárias as linhas de cuidado em prevenção do câncer ginecológico e saúde mental, após um levantamento sobre três aspectos: as condições de acesso aos profissionais e pacientes, as possibilidades de acompanhamento dos casos e a receptividade dos serviços com relação ao desenvolvimento da pesquisa. Foi escolhido um usuário para a descrição das trajetórias assistenciais em cada linha de cuidado. A escolha dos entrevistados foi feita levando-se em consideração a ocorrência de um evento-sentinela ou condição marcadora[1] que apontasse para a continuidade na utilização dos serviços de saúde em decorrência de tratamento. Os eventos-sentinela são utilizados em avaliação e são úteis na detecção de nós críticos do sistema de saúde (LOPES et al., 2004). Os eventos escolhidos foram a ocorrência de neoplasia intraepitelial cervical (NICIII) e a internação psiquiátrica.

Foram previstas duas entrevistas para cada itinerário terapêutico, com base na metodologia de história de vida focal, trabalhada por Bellato et al. (2007), voltada para o processo de adoecimento e busca de terapia e cuidado. A primeira entrevista buscou levantar a situação do adoecimento/cuidado e estabelecer contato com o entrevistado. Na segunda, reforça-se o vínculo do entrevistador com o entrevistado, visando ao aumento na confiança, e aprofundam-se os esclarecimentos de questões com base na análise dos dados apresentados.

Após análise das trajetórias, estas foram apresentadas em reuniões com gestores, trabalhadores e usuários de Rio Branco, com o objetivo de apresentar o método e avaliar a articulação do sistema. Foram feitas duas apresentações para cerca de 30 pessoas em cada uma, com representatividade das categorias acima.

[1] **Evento-sentinela** é considerado um "acontecimento que não deve ocorrer se houver um bom funcionamento do serviço"; **condição marcadora** são as "patologias freqüentes que possuem técnicas de atenção bem estabelecidas e de aceitação ampla, através da avaliação das quais são feitas inferências sobre a qualidade da atenção à saúde em geral." (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2003).

A descrição da trajetória foi feita da seguinte forma: primeiro o entrevistador faz uma descrição sobre a busca ao usuário e sobre as dificuldades e curiosidades vividas e observadas, em seguida foi feito o relato da trajetória propriamente dita, acompanhado por sua representação gráfica (desenho) e breve discussão dos aspectos observados. Foram observados os princípios da ética em pesquisa, sendo o projeto como um todo aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os usuários assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e lhes foi assegurado sigilo sobre suas identidades.

Linha de cuidado: prevenção de câncer de colo de útero

Depois de definida a linha de cuidado de prevenção do câncer de colo do útero para realizar a entrevista da trajetória assistencial, a equipe procurou o Cecon e fez contato com a enfermeira, que encaminhou à gerente da unidade. Houve dificuldade de acesso à gerência, mas quando acessada, não houve empecilhos, inclusive foram indicadas algumas pacientes com as características estabelecidas previamente, com lesões precursoras de câncer no colo útero (NIC III). Na unidade foi fácil a identificação de pacientes com essas características, pois os prontuários são divididos conforme a condição que os usuários apresentam. Foi indicado à equipe que voltasse em outro dia para captar usuárias no ambulatório. Houve novos desencontros entre equipe e gerência, o que aumentou o tempo de espera pelas entrevistas. A partir daí, a equipe mudou a estratégia de ação, com o objetivo de identificar a paciente para a entrevista. Através do contato com os profissionais de saúde da unidade, o que gerou celeuma entre estes, que pensaram ser o novo gerente administrativo assumindo, foi sugerido contato com a psicóloga. O conhecimento pessoal facilitou o acesso, e a mesma afirmou que naquele dia iria uma paciente, de nome Edna, com as características descritas por nós e que, durante o atendimento, seria feito contato sobre a possibilidade da entrevista. A paciente aceitou participar da pesquisa e a primeira entrevista foi realizada naquele mesmo dia, no consultório da psicóloga. A entrevistada se mostrou, no início, pouco à vontade, cabisbaixa, com vergonha. Falava muito baixo e nem olhava nos olhos, como se estivesse com medo.

Na segunda entrevista não foi fácil localizar Edna, pois a mesma estava em Sena Madureira cuidando do pai. A equipe foi à USF do bairro que ela morava para falar com o enfermeiro da unidade, e foi feito contato telefônico. O mesmo pediu que fosse feito contato com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que se encontravam no módulo. Pelo fato de Edna se encontrar fora de Rio Branco, a equipe pediu para que as ACS fizessem contato telefônico. Dias depois, a ACS ligou dizendo que não conseguiu encontrar a paciente, pois já tinha ido varias vezes a casa dela e não encontrava ninguém. No final de semana ela procuraria a mãe dela. Passado o final de semana, a ACS ligou dizendo que a Edna estava morando no município de Sena Madureira com o pai. Foi pedido que a ACS conseguisse o endereço ou telefone da mesma no município. Foi feito novo contato com a mãe, diretamente pela equipe de pesquisa. Informou-se que em um próximo final de semana Edna viria a Rio Branco para uma consulta de retorno no Cecon. Foi solicitado que ela marcasse com a Edna, na segunda-feira, às 9 horas, no Módulo de Saúde, para uma segunda entrevista, que foi realizada conforme combinado.

Edna parecia outra pessoa, muito diferente da primeira entrevista. Estava mais solta, olhar firme, conseguia conversar olhando nos olhos.

Descrição da trajetória e discussão

Mulher, 19 anos, não trabalha. Estudou até a oitava série do ensino fundamental, sem completar. Tem um filho de cinco anos, que mora com o pai e os avós paternos. Morou com o pai do filho por um ano e seis meses e atualmente não é casada. Mora com a mãe no bairro Preventório, situado na periferia de Rio Branco, adjacente ao rio Acre, com precárias condições de habitação e saneamento. A mãe estava desempregada e os irmãos ajudavam nas despesas.

Procurou o Módulo de Saúde da Família porque sentiu "dor no pé da barriga". A cunhada ajudou, foi com ela na unidade. Falou com o enfermeiro, que atende toda quarta-feira, fez a consulta na hora e colheu um exame preventivo. A primeira consulta foi em dezembro de 2006. Os exames ficaram prontos em janeiro 2007 (15 dias depois). O pessoal da unidade de saúde da família a procurou e ela foi encaminhada para o Cecon. A consulta foi marcada por telefone e a mesma só levou, além do resultado do exame, um papel com a data e hora da consulta e o nome de quem tinha que procurar.

No Módulo de Saúde foi sempre bem atendida. Não precisou esperar muito para ser atendida, não chegou de madrugada, não ficou em fila. No Cecon fez uma consulta em janeiro com médico ginecologista, foi prescrito medicamento e marcado o retorno para o mês seguinte. Ela não retornou em fevereiro, pois estava acompanhando seu pai adoentado, na cidade de Sena Madureira. Quando voltou a Rio Branco, devido à morte de um irmão que estava preso, soube que a ACS da sua área pediu que ela voltasse à unidade. O enfermeiro do módulo de saúde da família marcou outra consulta no Cecon, que foi realizada em abril.

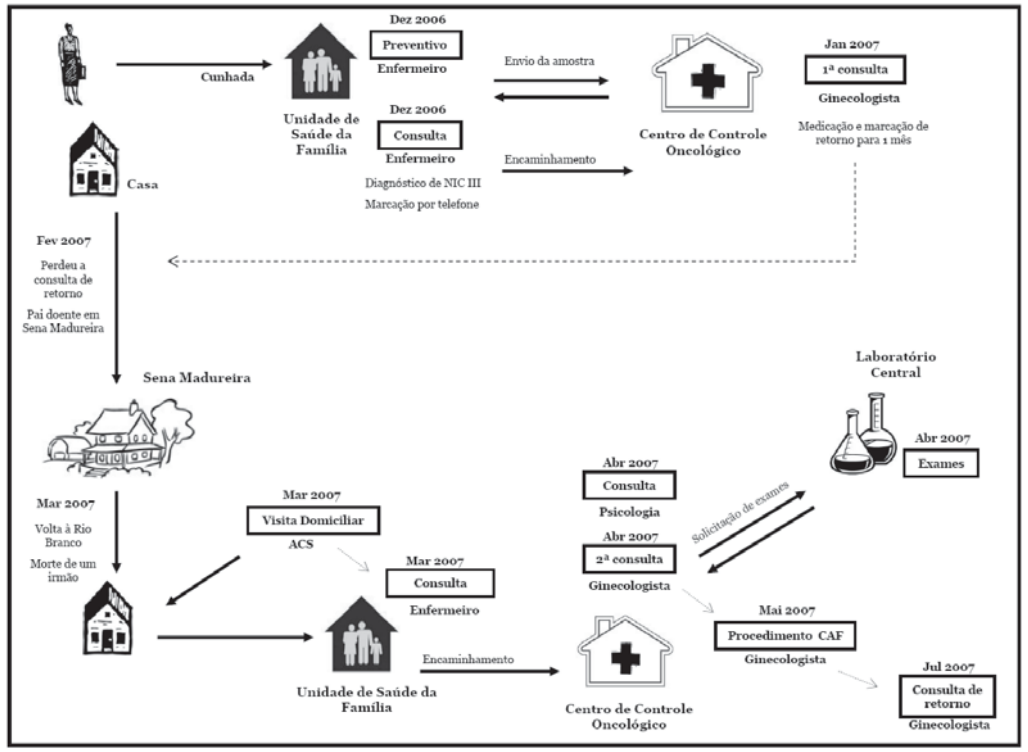
Foi informada sobre a patologia pelo enfermeiro do Módulo, mas não sabia informar o nome. Sabia que futuramente poderia evoluir para câncer se não tratado. Ficou muito nervosa neste período pela detecção do problema e pela série de consultas e procedimentos a que foi submetida.

Disseram que ela teria que se submeter a uma pequena cirurgia, e solicitaram outros exames, de sangue e de urina. Estes foram realizados no Laboratório Central (Lacen) da Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Os resultados dos exames ficaram prontos em uma semana. Retornou ao Cecon em maio de 2007, sendo então submetida ao procedimento de cirurgia de alta freqüência, no próprio ambulatório da unidade. Depois disso foi marcada uma consulta de retorno para acompanhamento. Nesta época se sentia mais segura. Considera o atendimento no Cecon ótimo, sempre foi muito bem tratada. O itinerário de Edna está representado graficamente na figura 1, a seguir.

Nas apresentações para os atores envolvidos, os principais pontos de debate foram: a boa articulação das unidades em relação à linha de cuidado da prevenção do câncer de colo de útero, a facilidade de marcação de consultas no Cecon e as atuações do enfermeiro e do ACS na Unidade de Saúde da Família.

Em relação ao primeiro ponto, foi um fato que não era esperado pela equipe antes da realização da entrevista, pois, conforme os relatos de trabalhadores e gestores, ficou claro que há dificuldade de articulação entre a atenção básica e as unidades de nível secundário e terciário.

Figura 1: Representação do itinerário terapêutico na linha de cuidado prevenção do câncer de colo de útero



A marcação por telefone apareceu de duas formas na fala de gestores e trabalhadores, na relação entre Módulos de Saúde da Família e Centros de Saúde. Por um lado, foi levantado que a marcação era realizada de maneira informal, contando com as relações de amizade entre os trabalhadores e gestores das unidades. E por outro, um gerente de segmento referiu que já existem cotas para consultas com especialistas no Centro de Saúde (ginecologia e pediatria), destinadas aos usuários referenciados pelos Módulos de Saúde da Família. Neste caso, a marcação por telefone ao Centro de Controle Oncológico se mostra benéfica, pois diminui a burocracia entre as unidades. O acesso a essa unidade foi relatado como bom nas reuniões de avaliação com os segmentos, inclusive com citações de exemplos parecidos com o caso relatado acima. De certa forma, um fator que contribui para uma avaliação positiva é o grau de especificidade dos problemas que a unidade atende, sendo uma unidade que realiza especificamente ações de prevenção e controle de câncer. É de se esperar que não haja grande demanda reprimida nesta unidade, em comparação a outras unidades secundárias e terciárias.

Em nenhum momento durante a entrevista citou-se a atuação do médico na Unidade de Saúde da Família, o que contrasta fortemente com as análises feitas em relação ao trabalho em equipe, em que o médico aparece nas falas como figura central nas definições de fluxo, na busca por assistência e nas análises avaliativas. Neste caso houve nas discussões duas formas de interpretação: a possível falta do profissional médico na equipe (algumas

equipes de Rio Branco não possuem médico) e a resolutividade da enfermagem nesta linha de cuidado. A segunda forma de interpretação foi ressaltada, pois nessa linha de cuidado é marcante a atuação da enfermagem, sendo estes profissionais encarregados da coleta do exame preventivo do colo de útero nos Módulos de Saúde da Família. Essa análise explicita a necessidade de não haver focalização exclusivamente em um profissional (médico) e demonstra a importância do trabalho em equipe, evidenciando que essa centralidade no médico é relativa, dependendo do caso em análise.

Por último, é importante comentar a atuação da ACS. No itinerário de Edna em busca de cuidado, houve uma ruptura no processo, na medida em que a mesma perde a consulta de retorno no Cecon, por ter que acompanhar o pai doente no município de Sena Madureira. Em não havendo esse profissional, e se não houvesse um trabalho ativo deste, possivelmente o tempo entre as consultas iria se alargar, o que poderia resultar num avanço do câncer, que poderia se tornar incurável. Neste caso, fica clara a importância de uma boa atuação desse profissional no elo entre usuários e equipe na produção do cuidado.

Linha de cuidado: saúde mental

Depois de definido o caso de uma paciente com transtornos mentais para realizar a entrevista, a equipe se dirigiu ao Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), em busca de pacientes. O diretor não se encontrava naquele momento. Houve nova tentativa, desta vez com a assistente social. Houve descrição dos objetivos da pesquisa, que gerou o convite para participar de uma reunião com a Associação dos Pacientes e Amigos de Saúde Mental do Acre (Apasama) no Hosmac. A equipe participou da reunião, que foi seguida de um contato com psicóloga e assistente social. As mesmas levaram à sala do psiquiatra e juntos indicaram três nomes de pacientes que poderiam ser entrevistados. Não houve possibilidade de entrevistar nenhum dos três, por desencontros com a equipe de plantão. Uma técnica de enfermagem conhecida sugeriu o nome de outra paciente e conduziu a equipe ao pavilhão de internação, onde foi apresentada a paciente Gilse. A mesma aceitou participar da pesquisa, que foi realizada em uma sala do hospital.

A segunda entrevista só foi realizada graças à assistente social, pois Gilse não estava mais internada. Tinha saído na semana anterior e ninguém mais sabia onde encontrá-la. A assistente social sabia a localização da casa de Gilse. Foi feita visita ao bairro Wilson Ribeiro. Na chegada, Gilse e sua irmã foram localizadas em frente a um quarteirão (conjunto de quartos alugados para moradia). A assistente social foi logo reconhecida pelas duas. A segunda entrevista foi demorada e houve possibilidade de ouvir a irmã da paciente, que também é sua cuidadora e responsável legal. Esta relatou com detalhes toda a história de Gilse, as dificuldades apresentadas e vividas. Ela se emocionou muito, chegando a chorar. As duas estavam com dificuldades na aquisição de alimentos e não tinham nada para comer em casa. Durante a entrevista apareceram três crianças que disseram que eram amigas de Gilse e que ali todos gostavam dela. Depois da entrevista, a equipe foi ao quarto da Gilse. Havia alimento estragado na geladeira e muitos remédios, que foram levados pela assistente social e deixados apenas aqueles necessários para seu tratamento. Gilse afirmou que gostava de morar ali porque ela podia levar seus namorados, ali era o canto dela com as coisas dela. Antes da partida da equipe, foram

fornecidos alguns alimentos. A equipe avaliou que Gilse não possui condições de ser responsável por tomar a medicação em hora e tempo adequados.

Descrição do itinerário

Mulher de 34 anos, aposentada há dois. Moradora do bairro do Wilson Ribeiro, localizado na periferia, distante 10 km do centro da cidade, com precárias condições de infra-estrutura. Estudou até o segundo ano do ensino fundamental. Diz ser casada, mas mora sozinha em um quarto. Passa fins de semana com o marido, que mora próximo, e costuma arrumar a casa dele. Este marido não é o pai dos seus filhos. Tem quatro filhos de pais diferentes: uma mulher, já casada, e três meninos que moram com a mãe dela na colônia (localidade na zona rural). Quando morava com os filhos era muito agressiva, e houve denúncia policial de violência doméstica. Por isso perdeu a guarda deles, e é proibida judicialmente de visitá-los. Faz dois anos que não os encontra.

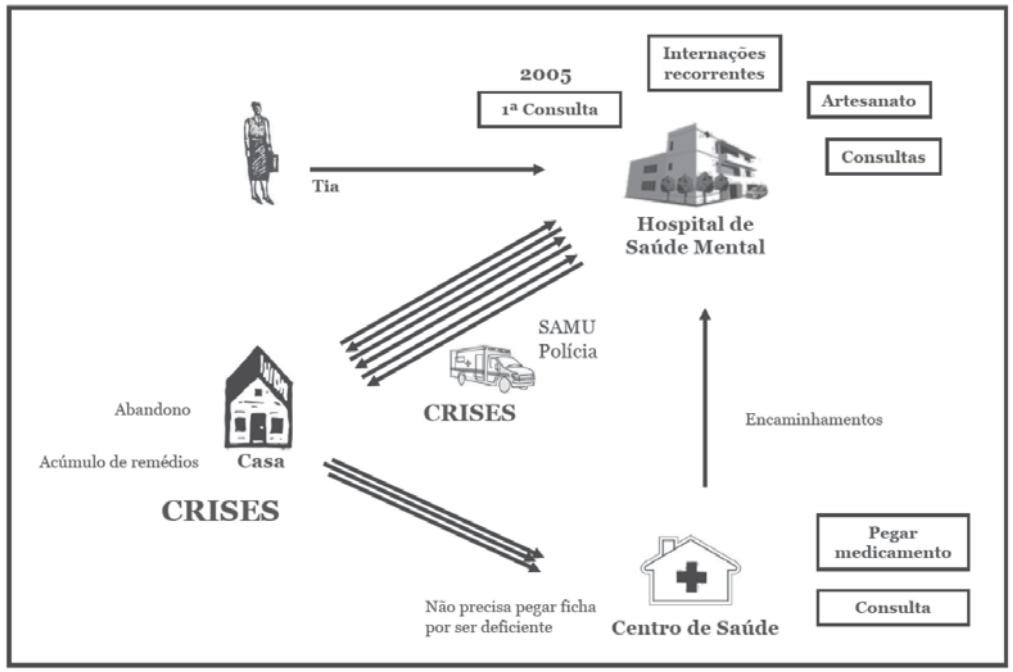
Tem epilepsia desde um ano de idade, e era tratada pelo pai, que administrava um medicamento. Segundo relato de sua irmã, ela teve uma crise quando tinha dois anos, quando moravam num seringal, ficando num estado que fez todos pensarem que estava morta. Houve comoção na família e se iniciou o ritual fúnebre. No velório, quando estava num pequeno caixão em cima da mesa, por volta das quatro horas da manhã, a mesma se levantou pedindo para mamar.

Não ficou claro durante as entrevistas como se dava o cuidado até dois anos atrás, quando começou tratamento no Hosmac, com médico psiquiatra, levada por uma tia que trabalha na unidade. Estava internada no Hosmac há uma semana na ocasião da primeira entrevista, devido a um ataque de epilepsia no terminal de transportes urbanos. Foi levada à unidade de saúde por um policial que a ajudou. Teve vários ataques durante a internação e não sabia quando teria alta.

É levada ao Hosmac quando tem crises em casa ou na rua (não ficou claro o teor dessas crises), pela polícia ou pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Passa por internações recorrentes no Hosmac, já tendo tido no ano mais de 20 internações na ocasião da segunda entrevista, segundo relato da assistente social. Lá é acompanhada por equipe multiprofissional. Faz também artesanato – pulseiras, brincos e colares – sob supervisão de uma professora. Gosta muito dessa atividade, mas não a continua em casa por falta de material. Considera o serviço do Hosmac bom, diz ser bem tratada, com respeito. Gosta do ambiente e do serviço, tem amigos na unidade. Quando tem as crises, é ajudada por moradores da localidade (vizinhos) e em troca doa seus pertences, inclusive utensílios domésticos, como televisão e geladeira.

Faz consultas também em Centros de Saúde, só para pegar medicação, sendo sempre encaminhada ao Hosmac. Pega ficha facilmente nos Centro de Saúde e, por ser deficiente, não fica em filas. Costuma ir aos serviços de saúde de ônibus sozinha, pois tem carteira de deficiente mental e não paga passagem. Toma remédios controlados em casa, duas vezes ao dia. Algumas vezes toma sozinha e em outras a irmã dá, pois mora perto. Como ela freqüenta vários Centros de Saúde, sua casa é cheia de medicamentos, de vários tipos. A irmã administra o dinheiro da aposentadoria dela, comprando o que precisa para seu sustento.

Figura 2: Representação visual do itinerário terapêutico na linha de cuidado Saúde Mental



A discussão com os gestores, trabalhadores e usuários foi muito rica e interessante, concentrando-se inicialmente nas condições precárias de vida da usuária, que certamente influenciava nesse percurso pelo sistema de saúde.

Também num primeiro momento, os participantes questionaram a resolutividade do Hospital de Saúde Mental, com base nas idas e vindas da usuária e a manutenção das crises. Esse é um fato a ser considerado, mas há também um aspecto que apareceu nas entrevistas, que foi o vínculo criado entre a usuária e os trabalhadores do hospital. No local ela se sente acolhida, é tratada com respeito e desenvolve atividades que não faz em casa, como o artesanato.

Com o desenrolar da discussão, os participantes começaram a considerar mais esse segundo aspecto, já que sua vida em casa estava, na época das entrevistas, em situação crítica, com abandono, falta de cuidado e vivências estressantes. Situações como essas aumentam a busca ao sistema de saúde e, pelo desenvolvimento do vínculo, a unidade mais procurada é o Hosmac.

Em relação à articulação do sistema de saúde, verificamos que a utilização do Centro de Saúde foi mais para não deixar faltar medicação e como uma instância burocrática entre sua casa e o Hosmac. Em nenhum momento foi citado o Posto de Saúde ou a Unidade de Saúde da Família, nem a figura do ACS. Esse fato dá margem a dois tipos de interpretações: no bairro onde mora não há Unidade de Saúde da Família implantada e não é área coberta pelo PACS; ou talvez a equipe não tenha formação específica que possibilite o desenvolvimento do cuidado, levando-a a se encaminhar a uma instância hospitalar.

O último aspecto levantado na discussão diz respeito ao não-conhecimento do seu processo terapêutico antes desses dois anos. A equipe avaliou que as duas entrevistas não conseguiram ir a essa profundidade, aspecto que numa avaliação concreta por essa metodologia é essencial, juntamente com uma análise mais profunda do prontuário. Apesar dessa avaliação, houve hipótese de que a usuária não seja tratada apenas porque tem epilepsia, levantando-se a suspeita de que a mesma tenha desenvolvido um transtorno psiquiátrico mais grave nos dois últimos anos, o que a levou a ser acompanhada sistematicamente pelo Hosmac.

Considerações finais

A realização da avaliação através da trajetória assistencial foi importante não só como aproximação com a técnica, que vem sendo aperfeiçoada ao longo do tempo, mas também como prática que suscitou reflexão e debate entre gestores, trabalhadores e usuários, acerca da articulação do sistema de saúde. Neste ponto se concentra a principal riqueza da experiência, pois a possibilidade de diálogo entre os atores é capaz de gerar mudanças nos processos de trabalho, que podem refletir no cuidado prestado aos usuários.

Não obstante, a equipe avaliou que a metodologia de história de vida focal pode ser mais bem aprofundada no contato com as usuárias, apontando para a necessidade de um maior número de encontros para entrevista. Em decorrência desse fato, a equipe decidiu denominar a técnica de trajetória assistencial, e não itinerário terapêutico, visto que as entrevistas só conseguiram captar os fatos do percurso apenas no contato com o sistema de saúde. Não houve aprofundamento em aspectos desse itinerário por fora do sistema.

A utilização dessa metodologia, ou de desenhos semelhantes, como prática avaliativa, vem sendo explorada por alguns autores (LOPES et al., 2004; BELLATO et al., 2007), sobretudo com o objetivo de avaliar a articulação do sistema de saúde e identificar pontos críticos com possibilidades de mudanças. Desta forma, se propõe a avaliar um dos sentidos do princípio da integralidade, o que é desejado na atualidade (HARTZ, 2004).

As representações gráficas não costumam seguir um padrão definido para ações e processos na trajetória assistencial (LOPES et al., 2004; BELLATO et al., 2007). Esse aspecto da metodologia é importante, pois retrata visualmente o desenho percorrido, possibilitando clareza nas análises e riqueza nas conclusões.

Em relação à avaliação da articulação do sistema, notou-se ampliação da visão, pois aspectos que geralmente não são considerados emergiram, como por exemplo, a ida da usuária a um município para cuidar do pai doente, que resultou na perda de uma consulta de retorno. Outro exemplo foi o vínculo evidenciado entre a usuária e o Hospital de Saúde Mental, que influenciou na busca pela unidade. Esse aspecto mostra potencial inovador em relação à avaliação do sistema.

Na linha de cuidado de prevenção do câncer de colo de útero, nota-se uma boa articulação entre os serviços entre Unidade de Saúde da Família e Cecon, com boa resolutividade no caso em análise, além da importância do enfermeiro e da ACS, na capacidade de encaminhamento correto e busca ativa.

Na linha de cuidado de saúde mental, notou-se preponderância da condição social na manutenção e reverberação do problema da usuária, e uma limitação do hospital em lidar com essa situação, já que ocorrem internações sucessivas. Apesar disso, nota-se um bom

contato com a equipe do hospital, sendo este um refúgio para a usuária em momentos de extremo sofrimento. Evidenciou-se a pequena participação da atenção básica neste caso, havendo apenas fornecimento de medicação e encaminhamento. Esse fato aponta para a necessidade de qualificação dos profissionais e da organização da rede de atenção básica.

O desenvolvimento deste trabalho na aproximação com a metodologia dos itinerários terapêuticos compreende ações que devem evoluir para a adoção da técnica no desenvolvimento de estudos mais aprofundados na avaliação dos serviços, bem como no processo de institucionalização de novas práticas avaliativas no cotidiano do sistema de saúde em Rio Branco e no Acre.

Referências

BELLATO, Roseney et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Texto & Contexto*. Enfermagem, 2007.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.417-1.423, 2004

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, Sup. 2, p. S331-S336, 2004.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarréia na infância. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, Sup. 2, p. S283-S297, 2004.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2003.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

Trajetória assistencial em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à integralidade

VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR
ROSENI PINHEIRO
CARLA ALMEIDA ALVES

Introdução

A avaliação em saúde tem sido tema recorrente no atual contexto das políticas públicas de saúde. Nos últimos anos, inúmeros esforços foram empreendidos pelo Ministério da Saúde para institucionalizá-la (BRASIL, 2005; FELISBERTO, 2004 e 2006). Contudo, os estudos sobre avaliação em saúde a partir da perspectiva do usuário ainda são escassos.

Em nossa pesquisa, tendo como eixo a integralidade, optamos por experimentar novas formas de avaliação que nos permitissem incluir o usuário na tomada de decisão sobre a definição de suas necessidades e a busca por cuidado. Encontramos na Antropologia uma abordagem que nos permitiu reconstruir a vivência do usuário nessa procura e dela nos apropriamos, tecendo, a partir de outros arranjos teóricos, a possibilidade de uma ferramenta de avaliação em saúde.

A abordagem selecionada foi o itinerário terapêutico, que procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006).

Em razão da complexidade dessa abordagem, nela nos apoiamos para produzir um "ensaio", que denominamos de **trajetória assistencial**, por ilustrar o percurso do usuário para obter atendimento no sistema de serviços de saúde local, como propuseram Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz (2004), para avaliar acesso aos serviços. Ampliamos o escopo de observação e análise, incluindo outras variáveis. O objetivo foi perceber o cuidado do ponto de vista de quem é cuidado, observando com especial atenção as escolhas do usuário, a rede social que o apóia e a relação com a oferta de serviços do sistema de saúde local.

Percurso metodológico

Na literatura socioantropológica, o principal propósito de se traçar um itinerário terapêutico é

> interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125).

Entendemos que o modo do usuário andar a vida, suas escolhas, avaliações e a própria tomada de decisão para realizar, ou não, certo tipo de tratamento em determinado serviço de saúde, dentre os existentes no sistema, são influenciados pelo contexto sociocultural. Segundo Alves e Souza (1999), o itinerário busca identificar a dinâmica contextual com base na qual se delineiam os projetos individuais e coletivos de tratamento.

Na análise dos itinerários terapêuticos levam-se em conta o contexto socioeconômico e cultural onde o usuário está inserido, as opções existentes de terapêutica, as escolhas feitas em interação com as redes sociais de apoio e os serviços oferecidos. Ao interpretarmos os itinerários terapêuticos, cosnideramos também os modelos explicativos de fenômenos fornecidos pelos vários atores em relação, num determinado contexto. Entretanto, a interpretação não deve ser limitada por esses modelos explicativos, pois a interação dos diversos universos socioculturais produz explicações mais complexas (ALVES; SOUZA, 1999).

A construção de um itinerário requer entrevistas em profundidade, pois ele se constitui por um conjunto de ações que desenham as opções do usuário, suas experiências, frustrações e sucessos na solução de seus problemas de saúde. Tendo em vista as dificuldades encontradas em âmbito local, optamos pelo redimensionamento da estratégia, focalizando no itinerário a trajetória assistencial do usuário no percurso de sua busca por cuidado de saúde. Apostamos na construção de uma metodologia avaliativa que possa ser facilmente incorporada ao cotidiano das equipes de Atenção Básica em Saúde.

O "redimensionamento da estratégia metodológica", assim como as dificuldades do entrevistado de narrar o seu percurso na totalidade, obviamente nos impuseram limitações analíticas. No entanto, julgamos oportuna a descrição deste "caso", por entendermos que as informações oferecidas são úteis e contribuem para o debate acerca da "imagem" sobre os percursos dos usuários quando buscam e são submetidos aos cuidados. Entendemos que reconhecer essa imagem como um "espelho" da relação demanda e oferta nos serviços de saúde possibilita a efetiva inclusão da perspectiva do usuário como uma autêntica prática avaliativa em saúde centrada no usuário.

Apoiados nas proposições metodológicas de Bellato et al. (2006), construímos a **trajetória assistencial** de um usuário de Piraí[1], no intuito de coletar elementos capazes de contribuir para a análise de nosso estudo sobre práticas avaliativas, vinculado à pesquisa "Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade em Saúde na Atenção Básica", publicada nesta coletânea.

Para a escolha do usuário, concentramo-nos naqueles com demandas por cuidado complexas, que envolviam vários profissionais de saúde em diversos pontos de uma rede de serviços hierarquizada. Quisemos com isto cotejar a visão dos gestores, trabalhadores e representantes da população com uma vivência concreta de usuário na utilização da rede de serviços e apontar para potencialidade da trajetória assistencial como prática avaliativa que traz, de um outro ângulo, a visão do usuário na construção de novos valores e de seu ajuizamento.

[1] Não repetiremos aqui a caracterização do município de Piraí. O leitor poderá consultá-la no artigo "A integralidade como eixo das práticas avaliativas: o caso de Piraí", nesta coletânea.

Assim, em Piraí realizamos um exercício avaliativo baseado no trajeto do usuário, o do Sr. Rodolfo (nome fictício), diabético, de 56 anos, entrevistado em dois momentos, gerando o relato a seguir, que possibilitou um registro gráfico (desenho) de sua trajetória. Também produzimos um quadro analítico com as variáveis: temporalidade (os tempos decorridos), espaços ou territórios percorridos pelo usuário; situações mais relevantes identificadas; recursos utilizados (inclusive rede social de apoio); resolubilidade das demandas e análises gerais.

Considerando tratar-se de um ensaio ilustrativo da trajetória do cuidado, sem privilegiar o rigor metodológico que pressupõe a necessidade de várias entrevistas, o relato apresenta lacunas que impedem uma precisão do ir e vir do Sr. Rodolfo. Não foi possível precisar quantas vezes foi assistido no hospital, especialmente no período em que relatou ficar cerca de cinco dias por semana internado – utilizamos cinco setas, simbolizando esses períodos. Em outros momentos, informou procurar por unidades de saúde, não esclarecendo de que tipo – hospital, posto de saúde, etc. Optamos por utilizar o hospital como tal unidade –aonde vão aqueles que necessitam de um atendimento de urgência e emergência, situação em que Sr Rodolfo relatou se encontrar com freqüência.

Relato: entrevistas realizadas em maio e junho de 2007

Sr. Rodolfo tem 56 anos, mas possui uma aparência envelhecida. Nasceu e residiu por muitos anos em Nova Iguaçu. Foi alcoolista e fumante por 30 anos, aproximadamente. Parou de beber cerca de dez anos antes de adoecer. Parou de fumar depois de ter enfisema pulmonar. Trabalhava como motorista de veículos grandes (caminhão, trator, etc.) e biscateiro. Foi casado por algum tempo, teve uma filha, e depois da separação vivia só.

Há sete anos, Rodolfo sentiu-se mal. Segundo ele, "não agüentava nem carregar o corpo", bebia cerca de oito litros de água muito gelada para satisfazer sua sede. O patrão, com quem Rodolfo sempre teve uma relação amistosa por anos, pagou-lhe uma consulta e exames em uma clínica privada em Nova Iguaçu. O médico diagnosticou diabetes, prescreveu um medicamento para diabetes, e mandou Rodolfo retornar para casa.

Rodolfo repousou por alguns dias e retomou suas atividades. Usou o medicamento sem retornar para um acompanhamento. Nunca fez dieta por não saber desta necessidade. Informou que o médico que o atendeu não orientou sobre isso. Bebia refrigerante com açúcar, mais de um litro diariamente no almoço, comia doces, etc. Disse não se sentir doente. O que percebeu foi a perda da sensibilidade dos pés. Como não era um sintoma que gerasse grande incômodo, ao longo do tempo abandonou o tratamento e sua saúde piorou.

Chegou a um ponto crítico de estar, segundo ele, "morre-não-morre". Sentia-se fraco e encontrava-se desnutrido. Neste momento, sua filha juntamente com sua ex-mulher e o marido atual foram buscá-lo para tratar-se em Piraí. Isso ocorreu há cerca de seis anos.

Em Piraí, passou a residir com a filha, o genro, o neto, a ex-mulher e seu atual marido. Depois de algum tempo afastado do trabalho com o benefício do INSS, optou por aposentar-se por tempo de serviço. Contou muitas idas e vindas ao hospital de Piraí. Foi atendido na emergência e internado diversas vezes – ficava cerca de cinco dias internado, dois em casa, e retornava para a internação. Isso ocorreu por um bom período, até se estabilizar.

Dois anos se passaram. Durante este tempo, Rodolfo se manteve resistente à dieta. Sua estada em casa de sua ex-mulher e filha chegou ao fim. Comprou uma casa num morro em Piraí e mudou-se. Nessa residência passou a ser acompanhado pela médica de família da área que, num dado momento, deixou Piraí e teve que ser substituída. Não chegou a ser atendido pelo médico substituto.

Rodolfo passou a usar insulina e continuou resistente à dieta. Contou-nos sua dificuldade em viver sozinho. Freqüentemente era surpreendido por uma crise de hipoglicemia. Segundo ele, não se sente nada quando o nível de glicose está em 600, mas quando cai para 110, o mal-estar é intenso, chegando a haver perda dos sentidos. Por isso, Rodolfo era atendido com freqüência na emergência e, vez ou outra, precisava de internação. Passou a ser acompanhado por especialistas.

Certa vez, foi à Nova Iguaçu – mantém uma casa lá e gosta de visitá-la, temendo que posseiros a ocupem – e andou muito com um sapato pouco confortável. Ao retornar a Piraí, à noite, percebeu que este sapato havia produzido uma bolha em seu pé. Procurou atendimento no Posto de Saúde de Piraí e o médico recomendou que não mexesse na bolha para que furasse sozinha. Retornou para casa, mas, conforme Rodolfo, a bolha "se alastrou". No dia seguinte, retornou ao Posto e, desta vez, o médico "abriu" a bolha e fez um curativo. Nesta consulta, o profissional encaminhou Rodolfo a uma equipe especializada em Volta Redonda que estava promovendo um curso sobre o tratamento de diabetes. Os profissionais deste curso, segundo Rodolfo, "fizeram uma pesquisa no meu pé", tiraram fotos, limparam e fizeram curativo.

Curou-se deste ferimento, mas, pouco tempo depois, em frente à casa de sua ex-mulher, ficou descalço no asfalto quente e queimou a sola dos pés, o que ocasionou novas bolhas. Recorreu ao Posto de Saúde, sendo encaminhado para a internação. Ficou oito dias internado e retornou para casa com um dos pés curado e o outro com um pequeno ferimento que necessitava de cuidados possíveis de serem realizados em domicílio.

Num dado momento, cuja cronologia não foi possível precisar, Rodolfo participou, em Volta Redonda, de um grupo de orientação para portadores de diabetes. Foi a dois encontros, levado em carro da Prefeitura de Piraí.

Ainda cuidando do pequeno ferimento em um dos pés, pensou não ter problema em calçar um sapato e andou por vários lugares. Ao final do dia, após retirar o sapato, percebeu seu pé com uma coloração arroxeada. Recorreu a Unidade de Saúde – desta vez não especificou se foi ao Posto ou diretamente ao hospital, sendo-lhe prescrita nova internação. A evolução não foi positiva, levando-o a amputação de dois dedos. Voltou para casa, mas a recuperação não foi satisfatória.

Voltou à Unidade de Saúde e, segundo ele, esta consulta resultou em outra, em que uma médica do Rio de Janeiro, do curso de diabetes, esteve em Piraí para consultá-lo. Esta médica solicitou uma radiografia e diagnosticou infecção nos dedos restantes, sugerindo nova amputação.

Rodolfo elogiou os cuidados recebidos pelos profissionais de Piraí. Queixou-se da demora no atendimento do hospital para fazer curativo – esperava cerca de três horas. Mencionou que em uma das vezes se aborreceu e, ao terminar o curativo, foi embora sem passar pela consulta.

Outro problema relatado foi que, após marcar a segunda cirurgia de amputação, "as meninas" da Unidade de Saúde perderam sua guia, impossibilitando sua internação. Voltou ao médico para explicar o ocorrido, mas antes mesmo de falar, o médico questionou sobre o motivo de não ter se internado. Esclarecidos os problemas, Rodolfo retornou ao local indicado para remarcar a cirurgia e foi informado de que esperaria mais um mês para internar-se e submeter-se ao procedimento cirúrgico.

A cirurgia foi realizada e nossa primeira entrevista aconteceu quatro dias após a segunda amputação. Rodolfo disse que foi melhor retirar todos os dedos, pois, quando amputaram apenas alguns, os demais ficaram tortos, o impedindo de calçar sapatos. Agora, ele poderá usar um sapato apropriado e aspira seguir sua vida normal, inclusive dirigindo. Ainda resiste à dieta. Diz que de vez em quando pode "escapulir um pouco, pois só peru é que morre de véspera". Na segunda entrevista, em junho de 2007, permanecia fazendo curativos em casa com o técnico de enfermagem do PSF. O médico de família está para visitá-lo em breve e reiniciar seu acompanhamento. A data ainda não foi marcada.

Considerações preliminares: discutindo o caso

O caso do Sr Rodolfo é complexo, agravado por sua condição de ex-alcoolista, e não foi realizado nenhum cotejamento com depoimentos ou registros realizados pelos profissionais que o atenderam. Entretanto, pelo seu relato, percebemos as diferenças de condução de seu tratamento nos três municípios que ele percorreu.

Sistematizamos seu relato na figura 1 e buscamos analisar a trajetória empreendida segundo as categorias analíticas de temporalidade, espaços ou territórios percorridos pelo usuário; situações mais relevantes identificadas; recursos utilizados (inclusive rede social de apoio); resolubilidade das demandas e análises gerais (quadro 1).

O tempo decorrido entre as fases do adoecimento e a busca de recursos foi muitas vezes longo, o que influiu no agravamento do caso. As respostas para a resolução dos problemas foram qualitativamente diferentes nas diversas localidades percorridas.

Destacamos a rede mais bem estruturada em Piraí, articulando-se com serviços especializados em Volta Redonda, e o suporte familiar e social mais efetivo naquela localidade. No entanto, este paciente com grave adoecimento e de "difícil adesão às terapias" aparece com um projeto terapêutico convencional, mas exitoso do ponto de vista do melhor manejo dos conhecimentos biomédicos disponíveis, embora pouco sensíveis às dificuldades por ele apresentado.

Em que pesem os esforços técnicos da equipe, não foi possível evitar o agravamento do quadro, resultando em intervenções tardias e mutiladoras. Não temos dúvidas do papel das escolhas do usuário nos desfechos desta trajetória, mas em que medida isto já não seria previsível e merecedor de abordagem diferenciada? A atenção da equipe concentrou-se em um êxito técnico contra a doença diabetes, não incluindo no seu horizonte de cuidados as outras demandas do usuário que poderiam ser alvo de outras intervenções no campo psicossocial e na articulação com a rede social de apoio ao usuário. Isto poderia ter potencializado o projeto terapêutico instituído.

Com as informações de que dispomos, não podemos aprofundar estes questionamentos. Todavia, a análise desta imagem sobre essa trajetória, quando compartilhada junto aos

gestores e profissionais, em devolutivas específicas no local da pesquisa, evidenciou a potencialidade desta abordagem como prática avaliativa. De modo transversal e partindo da visão do usuário, a análise das trajetórias assistenciais recortadas do itinerários terapêuticos lança luzes sobre o processo de trabalho das equipes, o funcionamento da rede, o acesso às opções terapêuticas, os vínculos formados, o papel das redes sociais de apoio e a qualidade das respostas às demandas. As noções operatórias de temporalidade, espacialidade (ou territorialização), recursos disponíveis e utilizados, e resolubilidade das demandas parecem potentes para a análise das situações apresentadas.

Destacamos, ainda, que em Piraí há uma estrutura de serviços bem organizada e com grande investimento em construção de práticas de atenção integral à saúde. Daí surge uma questão: será que o manejo dos conhecimentos utilizados em toda sua capacidade no município de Piraí, sendo bem avaliado por seus cidadãos e pelas agências governamentais e não-governamentais, não se esgotara como única resposta às demandas por saúde da sua população? Ou daqueles que fazem parte? Acreditamos que os aportes de tecnologias avaliativas centradas no usuário podem nos ajudar a compreender os limites dos modelos biomédicos, com sua progressiva incorporação tecnológica, de prover todas as respostas na efetivação do direito à saúde.

Referências

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. . Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde. In: RABELO, Míriam C.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. (org.). *Experiência de doença e narrativa*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, v. 1, p. 125-138.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. Itinerários terapêuticos de famílias vivenciando a condição crônica: desenvolvimento de uma tecnologia avaliativa em atenção à saúde. Relatório da Pesquisa "Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde – GEPLUS – UFMT/FE; Grupo de Pesquisa "Enfermagem, Saúde e Cidadania" – GPESC. 2006 (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde*: caminhos da institucionalização. Brasília: MS, 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 553-563, set 2006.

_____. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev *Bras Saúde Matern Infant*, v. 4, p. 317-321, 2004.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.449-2.463, nov. 2006.

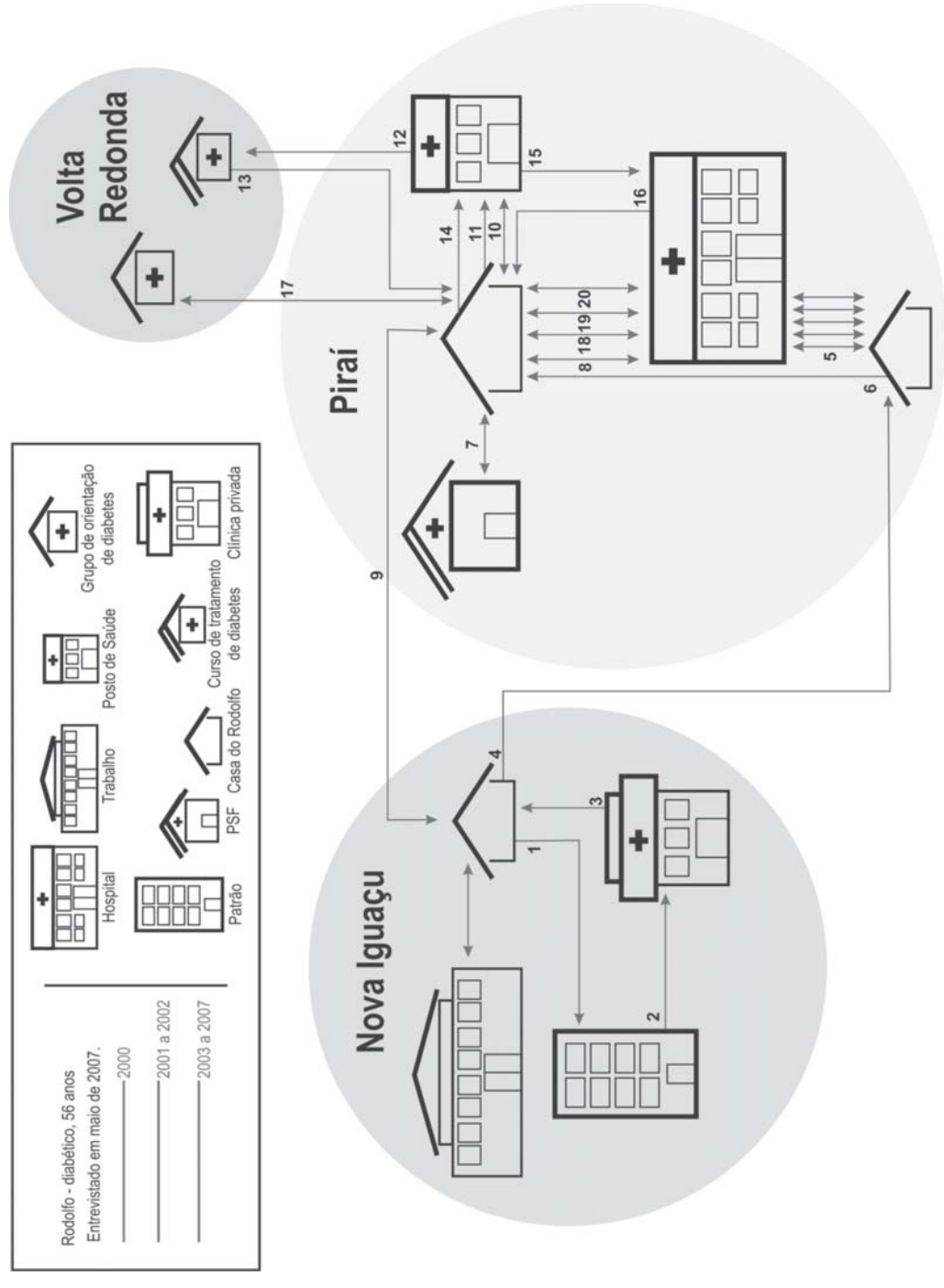
IBGE. Contagem da população 2007. População recenseada e estimada, segundo os municípios - Rio de Janeiro – 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>. Acesso em: 31 jan. 2008.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarréia na infância. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. S283-S297, 2004.

PORTAL DE PIRAÍ. Prefeitura Municipal de Piraí. Perfil Econômico. Perfil Econômico Municipal - 2002. Saúde. Disponível em: <http://www.pirai.rj.gov.br/web/page/perfileconomico12.asp>. Acesso em: 09 fev. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PÍRAI. *Relatório de Gestão 2005*. Piraí, 2005 (mimeo).

Figura 1: Desenho da trajetória assistencial



Elaborado por Valéria Marinho Nascimento Silva, em novembro de 2007.

Quadro analítico da trajetória assistencial

Espaços ou territórios percorridos	Situações mais relevantes	Recursos utilizados	Resolubilidade	Observações	Análises
Nova Iguaçu Residência 1	▪ Adoecimento. ▪ Diagnóstico de diabetes, com prescrição de medicamento, mas sem orientação de dieta. ▪ Perda da sensibilidade dos pés. ▪ Abandono de tratamento (medicação).	▪ Patrão. ▪ Clínica privada - consultas e exames.	▪ Baixa. ▪ Descontinuidade da atenção. ▪ Descontinuidade na medicação.	▪ Desconhecia necessidade de dieta. ▪ Mantém a casa de Nova Iguaçu e a visita eventualmente.	▪ Prevaleceu o atendimento procedimento centrado, sem orientações ao usuário. ▪ Vínculo dificultado pela relação privada.
Piraí Residência 2 Residência 3	▪ Internações para estabilizar doença. ▪ Residência 3. ▪ Novas internações. ▪ Amputações dos dedos de um dos pés.	▪ Residência 2. ▪ Apoio familiar. ▪ Benefícios do INSS. ▪ Aposentadoria. ▪ Atendimento na Emergência do Hospital ▪ Internações constantes – 5 dias / semana. ▪ Atendimento pelo médico PSF. ▪ Utilização de insulina. ▪ Acompanhamento por especialistas. ▪ Atendimentos no Posto de Saúde. ▪ Encaminhamento para Volta Redonda. ▪ Curativos realizados em domicílio pelo PSF.	▪ Melhor resposta às crises e "controle" da doença. ▪ Paciente com dificuldades não levadas em conta na construção do projeto terapêutico (questões psicossociais). ▪ Falhas na articulação de rede social de apoio e no acompanhamento do caso.	▪ Paciente resistente à dieta, com 56 anos atualmente. ▪ Elogios aos cuidados recebidos em Piraí. ▪ Demora no atendimento no Hospital (cerca de 3 horas).	▪ O atendimento em Piraí foi mais acessível e mais estruturado, sendo isso reconhecido pelo usuário. Contudo, cabe ponderarmos as situações a seguir. ▪ Amputação pode revelar pouca orientação ao usuário em desenvolver autocuidado, baixa resolubilidade no tratamento; ausência de desenvolvimento de projeto terapêutico singular para Rodolfo. ▪ Ênfase no tratamento da doença e não na pessoa. ▪ Pouco vínculo/responsabilização no caso do PSF?
Volta Redonda	-	▪ Curso de tratamento de diabetes. ▪ Grupo de orientação de diabéticos.	-	-	▪ Descontinuidade?

PARTE IV

Agentes Comunitários de Saúde e indicadores de avaliação: discursos e práticas sobre processos saúde-doença e suas repercussões sobre o trabalho

Itinerários terapêuticos e Estratégia de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde

ANA LÚCIA DE MOURA PONTES
SIMONI FURTADO
CARLA MARTINS
GUSTAVO C. MATTA
MÁRCIA VALÉRIA C. G. MOROSINI

Introdução

Este capítulo apresenta parte dos resultados da pesquisa sobre práticas avaliativas relacionadas ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), desenvolvida pelo Laboratório de Atenção em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (LABORAT-EPSJV), no âmbito do projeto interinstitucional "Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade na Atenção Básica" (Edital MCT-CNPq/MS – DAB/SAS). Na perspectiva de subsidiar estratégias de avaliação e formação desse profissional, incorporamos neste texto a noção de "itinerários terapêuticos" como referencial de análise, almejando analisar, a partir da fala do ACS sobre seu trabalho, os sentidos sobre o processo saúde-doença e sobre as estratégias para o acesso aos serviços.

Em linhas gerais, entendemos itinerários terapêuticos como a construção de percursos na busca por cuidados de saúde (GERHARDT, 2006). Na literatura, identificamos que alguns autores (BELLATO et al., 2007; BELLATO; ARAÚJO, 2006; ALVES; SOUZA, 1999) não restringem esta noção à descrição das etapas percorridas pelos usuários, mas enfatizam que o itinerário terapêutico nos permite analisar a própria "experiência" dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere às dificuldades e limitações de acesso. Nesta direção, consideramos o itinerário terapêutico um espaço potencial de reflexão sobre as formas de acesso aos serviços de saúde e sobre os discursos que as sustentam.

Lembramos que Mattos (2002) aponta que, inicialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) tiveram principalmente um caráter de extensão da cobertura do acesso aos serviços de saúde. Como dados que corroboram essa perspectiva, destacamos que, em dezembro de 2006, a população acompanhada pelos ACS chegou a 109.712.383 habitantes (59,1%) e a população acompanhada pelas equipes de saúde da família alcançou um total de 85.734.139 habitantes (46,2%) (BRASIL, 2006). Essa cobertura foi atingida por meio da atuação de 219.492 ACS e 26.729 equipes de saúde da família (BRASIL, 2006).

Entretanto, acesso não significa somente disponibilidade e quantidade de serviços de saúde e profissionais, mas também é expressão da forma de se compreender a organização do modelo de atenção em construção. Nessa perspectiva, Bellato e Araújo (2006), ao reconstruírem itinerários terapêuticos de usuários do SUS, enfatizam que os serviços

de saúde freqüentemente disponibilizam a produção de cuidado segundo sua lógica própria, eminentemente biomédica, de forma que somente parcialmente atendem às necessidades dos usuários e famílias. As autoras destacam que fazem parte do processo de busca por cuidado, influências individuais e sociais que incluem conhecimentos e práticas de saúde produzidas também fora dos espaços tradicionais do sistema de saúde.

A partir de 1996, a saúde da família deixa de ser somente um programa de saúde para se tornar uma estratégia de reorientação do modelo assistencial no SUS (MATTOS, 2002). Espera-se que haja uma mudança na lógica de organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família, de modo a reconhecer as diversas dimensões do processo saúde-doença. Com esse intuito, a incorporação de um morador da comunidade na equipe de saúde da família, o agente comunitário de saúde, deve ser destacado, já que esse profissional é reconhecido como um "elo", "ponte", "mediador" ou "tradutor" da relação do serviço com a comunidade, cabendo a ele fundamentalmente incorporar, na organização do processo de trabalho da equipe, os saberes e práticas da comunidade. Nessa direção, acreditamos que a noção de itinerários terapêuticos pode destacar algumas dimensões do trabalho do ACS que são fundamentais para a reorientação do modelo assistencial. Para discutir essas dimensões, consideramos importante compreender a construção histórica dessa noção.

Alves & Souza (1999) situam o início das pesquisas sobre itinerário terapêutico na década de 50 e 60 do século passado, dentro de uma concepção conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), cuja premissa era de que "os indivíduos orientam racionalmente a conduta para satisfação das suas necessidades" (ALVES; SOUZA, 1999, p. 126). As críticas dessa concepção utilitarista e racionalista apontavam para a necessidade de investigar o papel dos valores culturais, o contexto socioeconômico, as estruturas familiares, o gênero e a idade no processo de adoecimento e busca por cuidado de saúde.

Assim, a partir da década de 70 do século XX, houve uma reformulação teórico-metodológica das pesquisas sobre itinerários terapêuticos, sendo que os trabalhos etnográficos contribuíram para reforçar que a maneira como os indivíduos manifestam seus problemas de saúde e respondem a eles está relacionada com as concepções sobre causas, sintomas, diagnóstico e tratamento de doenças. Esses estudos apontavam que, de acordo com os grupos sociais, essas concepções variam, assim como a forma pela qual os indivíduos se comportam quando estão doentes. Assim, os estudos desse período se dirigiram para os aspectos cognitivos e interativos relacionados no processo de escolha e tratamento de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

Seguindo essa vertente, Kleinman (1978) propõe uma classificação dos sistemas terapêuticos, por meio do conceito de sistema de cuidados com a saúde (*health care system*), no qual articula elementos como a experiência do sintoma, modelos de conduta do doente, práticas terapêuticas e avaliação de resultados. Nesse sistema, Kleinman (1978) destaca três subsistemas: a) o profissional, constituído pela medicina científica, demais profissões da saúde ou sistemas médicos alternativos profissionalizados (medicina chinesa, homeopatia); b) setor *folk*, que corresponderia aos curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros terapeutas especialistas não-oficiais; e c) o setor popular, que envolveria o campo leigo do tipo automedicação, conselho de amigos, familiares e vizinhos e outras formas de assistência mútua. Para a compreensão das práticas de saúde no interior de cada um desses subsistemas, Kleinman desenvolveu o conceito de modelo explicativo, que articularia as concepções sobre a doença e tratamento que organiza e interpreta cada grupo de prática de saúde.

Leite e Vasconcelos (2006), discutindo os recursos terapêuticos na prática familiar diária, destacam dois recursos terapêuticos, que seriam: a família, como primeira instância de cuidado, com destaque para o papel da mulher; e a "família ampliada" ou a rede de relações sociais baseada nas relações afetivas, de companheirismo e solidariedade. Mas o reconhecimento das diferentes concepções de processo saúde-doença e sistemas de cuidado existentes não significa que exista um reconhecimento legítimo de todos; ao contrário, atualmente observamos a hegemonia do modelo biomédico, com a valorização da dimensão biológica do processo saúde doença, do uso de tecnologias no diagnóstico e medicalização de diversos problemas de saúde e da vida em geral. Este último tem tido forte influência na proposição de condutas e comportamentos ditos "saudáveis", com base numa biologização da vida, que extrapola o próprio sistema de saúde e se confunde com as formas e os estilos de vida da cultura ocidental atual (FOUCAULT, 1979; COSTA, 1989).

Existe uma disputa entre esses diferentes sistemas para o reconhecimento e legitimidade na sociedade. Assim, é importante reconhecer a capacidade dos ACS de identificar e legitimar essas diferentes formas de conhecimento e práticas de saúde. Ou, numa outra dimensão, é importante reconhecer quais causas, sintomas e manifestações de saúde e doença os ACS legitimam ou valorizam para o acesso ao serviço. Ambas perspectivas são importantes na disputa por projetos de mudança do modelo assistencial, principalmente quando a cultura dos serviços de saúde pretende estabelecer um diálogo com as culturas das comunidades, como no caso da ESF.

Entretanto, segundo Alves e Souza (1999), a análise do itinerário terapêutico não pode se limitar a identificar a disponibilidade de serviços, seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem dos recursos terapêuticos – tais elementos são insuficientes para compreender o processo de busca por cuidado. Para os autores, a noção de itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os sujeitos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas práticas de cuidado (ALVES; SOUZA, 1999), sendo que esta cadeia de eventos se dá na forma como o sujeito elabora ou define sua situação dentro de um dado fenômeno sociocultural – neste caso, o processo saúde-doença (REINALDO, 2003).

Assim, Alves & Souza (1999) consideram que é necessário apreender e explicitar o sentido da atividade individual ou coletiva nas manifestações de doença e busca por cuidado, de modo a interpretar as ações das pessoas nesse processo. E, se estamos no campo da interpretação, estamos discutindo o processo de construção de significados. Alves e Rabelo (1999) apontam que a construção de significados não é um ato individual, e sim, social. Portanto, os autores pretendem destacar que uma sensação de mal-estar passa a ser reconhecida como enfermidade real, à medida que os membros da sociedade a reconhecem como tal, ou seja, a enfermidade é "formada a partir de processos comunicacionais de definição e interpretação" (ALVES; RABELO, 1999, p. 173).

Se a noção de itinerário terapêutico nos remete a uma idéia de eventos sucessivos que formam uma trajetória, e esta cadeia de eventos se dá na forma como o indivíduo

elabora ou define sua situação dentro de um dado fenômeno sociocultural, sendo que esse curso de ações não segue um plano concebido previamente (SCHOLZE; SILVA, 2005), podemos dizer que só é possível falar na unidade desses eventos após uma interpretação de experiências passadas, de acordo com suas circunstâncias atuais. Por isso, Alves & Souza (1999, p. 134) destacam que a interpretação do itinerário terapêutico "envolve tanto ações quanto discursos sobre essas ações".

Nesta direção, o presente texto enfoca, a partir das falas dos ACS, o discurso[1] sobre a relação entre o usuário e este trabalhador na construção de necessidades e problemas de saúde. Assim, a pergunta que direciona nossa análise pode ser formulada nos seguintes termos: quais os sentidos (re)produzidos nas falas do ACS sobre sua atuação como "elo" entre usuário e serviços na busca por cuidado de saúde?

Em outras palavras, propomos a reflexão sobre o sistema de cuidado da equipe de saúde da família a partir da discussão sobre itinerários terapêuticos. Para tal nos centramos, mais especificamente, no discurso sobre o processo saúde-doença e sobre o acesso ao sistema de saúde, a partir da fala do ACS sobre sua relação com o usuário, no que diz respeito ao reconhecimento e à produção de problemas e necessidades de saúde, assim como ao processo de busca por cuidado.

Procedimentos de produção e análise dos dados

A relevância assumida pelo ACS na discussão sobre o acesso aos serviços se explica por sua dupla "identidade": a de membro da equipe de saúde e a de membro da comunidade. Nesta segunda identidade, o ACS é definido como um sujeito sensibilizado e mobilizado para as questões de saúde da comunidade (GIFFIN; SHIRAIWA, 1989; SILVA; DALMASO, 2002; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; MENDONÇA, 2004; BEZERRA; SANTO; BATISTA FILHO, 2005; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007; BORNSTEIN, 2007).

Ainda relacionado à sua dupla identidade, o ACS também é definido como um "tradutor" ou "mediador" no diálogo dos saberes científicos com os populares. A literatura levanta alguns conflitos inerentes desse papel (e que remetem a questões relativas ao próprio modelo): a medicalização pela biomedicina *versus* as formas de organização popular para enfrentamento dos problemas de saúde; saberes biomédicos *versus* saberes populares no cuidado; saberes técnicos *versus* saberes sociais; a ampliação de acesso e demandas de saúde *versus* os serviços efetivamente oferecidos; e, por fim, a mediação conservadora/reprodutora *versus* a transformadora. (FERNANDES, 1992; MOROSINI, 2001; MERHY; FRANCO, 2003; DAVID, 2001; NOGUEIRA, 2002; NUNES et al., 2002; BORNSTEIN, 2007).

Em função dessa dupla identidade, o ACS não só é tomado como ponte para a implementação de estratégias eficazes nas ações de promoção e prevenção junto à comunidade, mas também é considerado um porta-voz de informações relevantes para o trabalho da equipe, definindo, desta forma, em grande medida, o acesso da população à assistência. Por esta razão, apontamos o ACS como um *gate keeper*, pois desempenha papel central na regulação das formas de acesso ao sistema de saúde. Cabe destacar que esta regulação, contudo, se dá em um contexto heterogêneo, expresso nos conflitos mencionados.

[1] Por "discurso", entendemos os processos de significação na sua relação com as condições de produção do humano em dado momento histórico (ORLANDI, 2001). Portanto, o discurso é uma mediação inexorável entre homem e realidade, sendo intrínseco à própria produção do humano. Como tal, o discurso funda o sujeito, que, nesta perspectiva, não remete nem a uma definição determinista e nem individualista.

Neste estudo, podemos apontar que a função de regulação de acesso (ou *gatekeeping*) exercida pelo ACS pode ser apontada na medida em que, considerando os diferentes sistemas de cuidados em saúde (KLEINMAN, 1978), esse profissional pode reconhecer determinado problema como dentro do âmbito da atuação da equipe de saúde da família ou não, inclusive reforçando o uso de estratégias mais caseiras ou comunitárias. Analisar os discursos que medeiam essa regulação pode colaborar, em primeiro lugar, para compreender como determinados fenômenos de saúde-doença são legitimados como problemas/necessidades e outros não são e, em segundo lugar, para delinear o papel regulador deste profissional no acesso aos serviços.

Este contexto justifica a importância de se descrever a heterogeneidade do conhecimento envolvido, entendendo-se "conhecimento" de uma forma ampliada – como uma produção que inclui discursos e práticas e não somente o conhecimento registrado, sistematizado e institucionalizado. Justifica também a relevância de analisar os processos avaliativos implicados no trabalho junto à comunidade, dos quais o ACS não está isento, apesar de sua – suposta – aderência ou proximidade cultural com a população atendida.

Em outras palavras, o ACS realiza, sobretudo através das visitas domiciliares, um trabalho de diagnóstico comunitário, qualificando determinadas situações (individuais ou comunitárias) como problema ou não-problema de saúde e, portanto, desempenhando papel primordial para promover ou impossibilitar a realização de determinadas trajetórias na busca pelo cuidado em saúde. Por esta razão consideramos importante, ao analisar o trabalho do ACS e sua implicação com a produção do itinerário terapêutico, compreender que conhecimentos e critérios esse profissional de saúde utiliza para dar direcionamento às demandas dos indivíduos e da comunidade, inclusive traduzindo-a para o restante da equipe de saúde da família. Além disso, constitui uma segunda questão relacionar a ação de tradutor desempenhada pelo ACS com a produção dominante de sujeitos, discursos e práticas, na perspectiva de explorar o potencial transformador ou reprodutor desta ação, principalmente considerando a necessidade de superação da hegemonia do modelo biomédico e curativo na organização dos serviços.

Nossa contribuição para esse debate consiste em argumentar que esta dupla identidade – elo entre a comunidade e serviços de saúde – implica, nesse caso, que o ACS desempenhe um processo de escuta qualificada, que também envolve, portanto, processos de interpretação que definem o que conta ou não como problema de saúde. Tais processos, operados entre ACS, população e restante da equipe, envolvem discursos e práticas, e são histórica e socialmente determinados.

Em suma, os procedimentos da pesquisa buscam aprofundar o "itinerário terapêutico" como uma noção de natureza interpretativa, a respeito do "percurso de tratamento" – ou até mesmo da ausência deste – nos serviços de saúde. Em nossa pesquisa, esta dimensão interpretativa do itinerário terapêutico assume duas facetas. Em primeiro lugar, o itinerário terapêutico só pode se designar como tal quando é "interpretativo" – ou seja, quando não se resume a uma descrição das etapas de tratamento percorridas ou que deveriam ter sido

alcançadas. Em segundo lugar, a formulação do itinerário terapêutico envolve, de forma crucial, no caso da ESF, a interpretação, por parte de um trabalhador específico, que desempenha, em alguma medida, o papel de *gate keeper*[2] no acesso aos serviços de saúde.

Ainda em relação a este trabalhador, é de se observar que os processos de interpretação apresentam dimensões complexas por sua denominada dupla identidade, complexidade ainda não plenamente explorada no que se refere aos itinerários terapêuticos. O discurso sobre o trabalho do ACS – formulado, no nosso caso, a partir de falas proferidas pelos próprios – é, desta forma, um espaço privilegiado para explorar o itinerário terapêutico como uma noção de natureza interpretativa, em que são definidos os sentidos do processo saúde-doença e das ações deste trabalhador[3].

Assim, nos remetemos ao conceito de "interpretação" (ORLANDI, 2001; 2004), tomado como constitutivo da ação político-discursiva de emprestar sentido ao real, ação que define sujeitos e direitos. Esta produção simbólica dá sentido, formula e concretiza relações sociais – nas quais incluímos a legitimação de determinadas formas de sujeito e de determinadas dimensões do direito a melhores condições de saúde. A interpretação na nossa pesquisa, portanto, coloca em foco, no campo da saúde, a instituição do sujeito e do direito pelo discurso e pela política.

Como princípio teórico-metodológico, a interpretação não é uma prerrogativa dos pesquisadores, mas está no cerne do próprio ato de simbolizar no qual o humano se funda. Nas palavras de Orlandi (2004, p. 83, grifos do autor), "a interpretação, que só é levada em conta em relação aos *métodos*, passa a ser considerada como um movimento no *objeto*, ou seja, a interpretação do analista (metodológica) tem que levar em conta o movimento de interpretação inscrita no próprio sujeito do discurso".

Neste ponto se faz pertinente observar que tomar a interpretação (entre discursos) como constitutiva do simbólico não implica que discursos se relacionam entre si de forma aleatória (MAINGUENEAU, 1993; 2005). Na verdade, analisar os discursos sobre os processos de saúde-doença, sobre as buscas de superação do "mal-estar" e sobre o acesso ou não-acesso aos serviços de saúde – que estamos aproximando da noção de itinerários terapêuticos – consiste em compreender que sentidos estão em disputa, que sentidos podem ser recriados, que sentidos podem ser resgatados. E mais: que papéis estão alocados para que os indivíduos possam se constituir como Sujeito de Direito e sujeito de direito à saúde – ou seja, sujeito com direito ao acesso e ao reconhecimento de suas necessidades de saúde, inclusive.

Os conceitos de discurso e de interpretação relacionam-se ainda com a noção de "prática discursiva". A "prática discursiva" remete à relação entre discurso e organização das comunidades que o produzem e difundem. Assim, a prática discursiva não só implica

[2] A figura do *gate keeper* no sistema de saúde é identificada como um profissional que regula a entrada do usuário em um dado serviço de saúde ou na passagem de um nível do sistema para outro (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

[3] No presente texto, consideramos predominantemente as noções de discurso, interpretação e de prática discursiva oriundas da tradição denominada Análise do Discurso (AD). A AD busca estabelecer uma relação entre língua, ideologia e história, tendo sofrido várias mutações ao longo dos anos, desde sua origem na década de 1960. Nestas mutações, estabeleceu um diálogo com Bakhtin, Foucault e de Certeau. A AD se consolidou no Brasil em uma vasta produção teórica, sobretudo pelos trabalhos de Eni Orlandi, inclusive após seu declínio na França. Para um histórico do campo, ver Maldidier (2003), Orlandi (2002) e Possenti (2004).

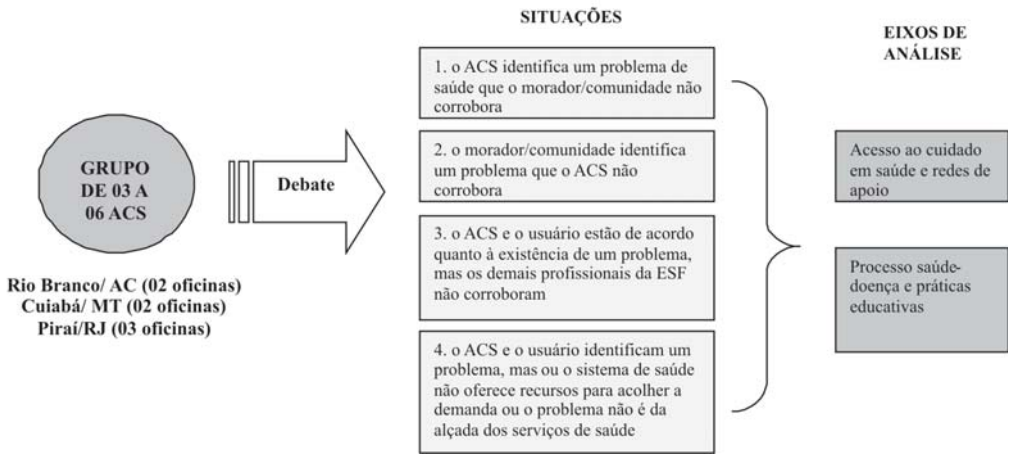
conteúdo, mas também um de modo de organização social e uma rede específica de circulação entre enunciados (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004)[4].

A noção de itinerários terapêuticos como espaço de interpretação permite identificar as práticas discursivas em jogo no trabalho do ACS, no que diz respeito aos sentidos relacionados à definição de doença, à avaliação dos riscos e à busca por acesso. As práticas discursivas no trabalho do ACS constituem também "práticas avaliativas", pois envolvem a interpretação sobre o que se define (ou não) como um processo saúde-doença passível de ser acolhido pelos serviços.

De forma coerente com tais princípios, o objeto da nossa pesquisa implicou, portanto, a formulação de procedimentos de coleta de dados que buscaram, junto à comunidade pesquisada, potencializar espaços de interpretação sobre o que constitui ou não um processo saúde-doença e sobre o que deve ou não ser legitimado no âmbito dos serviços instituídos (no caso, a ESF).

Nesta perspectiva, realizamos sete oficinas, baseadas na técnica de grupo focal, com ACS em três municípios, contemplando as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. A dinâmica se centrou na discussão de quatro distintas situações: o ACS identifica um problema de saúde que o morador/comunidade não corrobora; o morador/comunidade identifica um problema que o ACS não corrobora; o ACS e o usuário estão de acordo quanto à existência de um problema, mas os demais profissionais da ESF não corroboram; e o ACS e o usuário identificam um problema, mas ou o sistema de saúde não oferece recursos para acolher a demanda ou o problema não é da alçada dos serviços de saúde[5]. O esquema 1 sintetiza a metodologia desenvolvida.

Esquema 1: Metodologia sobre itinerários terapêuticos e o trabalho do ACS



[4] No Brasil, o conceito de práticas discursivas tem sido tematizado e redefinido a partir das influências de Bakhtin e de Foucault. Não cabe aqui aprofundar as diferenças entre esta perspectiva e a da tradição de análise do discurso descrita em nota anterior, mas apenas indicar que, em linhas gerais, todas essas correntes procuram responder à questão de como são produzidos os sentidos que definem sujeitos e formas de práticas sociais.

[5] As oficinas foram gravadas após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução CONEP nº 196/96. O material gravado foi integralmente transcrito.

Assim, tal procedimento se coaduna com a perspectiva de que o processo saúde-doença se institui a partir de uma dimensão simbólica. Para que uma "sensação de mal-estar" se torne numa "enfermidade" ou risco de enfermidade[6] sujeita à resposta dos sistemas de cuidados em saúde (como, por exemplo, da equipe de saúde da família), faz-se necessário que seja considerada um "objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção" (ALVES; RABELO, 1999, p. 172). Ou seja, a enfermidade ou o risco de enfermidade é uma construção que se torna real na medida em que os membros da sociedade reconhecem como tal.

O procedimento busca estimular ainda a produção dos dados relacionados ao caráter complexo, interpretativo e dialógico do trabalho desenvolvido pelo ACS. Se a enfermidade é uma experiência subjetiva[7], nos preocupamos em compreender quais experiências de enfermidade são consideradas pelos ACS – ou seja, quais sentidos de doença são legitimados – a ponto de se tornarem objeto da equipe de saúde da família. Ou seja, as práticas avaliativas desenvolvidas pelos ACS são também práticas discursivas, constituindo uma das portas de acesso – ou bloqueio – do direito aos serviços.

Nesta perspectiva, evidenciamos dois eixos analíticos nos dados provenientes das oficinas: a) o acesso ao serviço de saúde e redes de apoio; e b) o processo saúde-doença e práticas educativas do ACS. Tais eixos permitiram organizar nossa análise dos conhecimentos e as práticas desse profissional na sua relação com os discursos instituídos sobre enfermidade, tratamento e direito aos serviços. Em última instância, estes dois eixos constituem dispositivos de análise das práticas discursivo-avaliativas do trabalho do ACS, pois estas consistem exatamente em definir quais as formas de facilitar o acesso da população à assistência, a partir da "avaliação" – "interpretação" – sobre aquilo que conta como problema de saúde.

Acesso ao cuidado em saúde e redes de apoio

Por meio da Lei nº 8.080/1990, institui-se um sistema público de acesso universal, o SUS. Entretanto, a construção real dessa universalidade ainda é um desafio. Bellato e Araújo (2006), em seus estudos sobre itinerários terapêuticos realizados por meio de história de vida focal com usuários do SUS, destacam que os seviços de saúde se organizam segundo uma lógica própria, diferente da forma como o usuário se mobiliza na busca por cuidados. As práticas de saúde ainda estão fundamentalmente centradas nos saberes biomédicos e o acesso aos serviços se encontra estruturado num modelo piramidal ideal, de forma que freqüentemente o usuário tem dificuldades para obter acesso aos serviços.

A atual organização do acesso aos serviços desconsidera as dificuldades que os usuários encontram para chegar ao serviço, tais como a falta de recursos para o deslocamento, alimentação e alojamento, além da escassez de informações sobre os serviços de saúde e as filas para marcação de consultas. Por isso, freqüentemente os usuários necessitam de um suporte de pessoas (familiares, amigos e profissionais de saúde) e/ou instituições (igrejas, ONGs) para sua busca e garantia de acesso ao cuidado em saúde no sistema público.

[6] Sobre a noção de risco, ver Spink e Menegon (2005).

[7] É importante ressaltar que estamos utilizando neste estudo a noção de "experiência de doença", conforme trabalhos de Alves (2006), Alves & Rabelo (1999) e Alves & Souza (1999).

Travassos et al. (2000) apontam que essas dificuldades são determinantes na desigualdade do uso dos serviços de saúde, pois esta estaria relacionada ao tipo, à quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos) e à localização geográfica dos serviços. Outro fator determinante seria a cultura médica local, que estaria relacionada com as questões anteriormente apontadas na revisão sobre a noção de itinerários terapêuticos. O autor enfatiza a importância de tais questões para a garantia da eqüidade do uso do sistema de saúde.

Também pretendemos destacar que a universalidade está diretamente ligada a acessibilidade, eqüidade e universalidade. Nesse sentido, consolidou-se uma organização do sistema no qual a porta de entrada preferencial do usuário deveria ser a atenção básica. Porém, os usuários freqüentemente subvertem essa lógica, optando pela entrada pelos serviços de urgência e emergência. Tal situação reflete que o usuário, na busca por cuidados, avalia o tipo e a gravidade do problema, considera as possibilidades de assistência oferecidas pelo sistema formal e informal, e também se utiliza da experiência pessoal, familiar e comunitária na escolha do serviço de saúde almejado. Desta forma, retornamos à discussão de Alves e Souza (1999), de que não podemos adotar uma concepção utilitarista e racionalista para compreender as escolhas dos sujeitos na construção dos itinerários terapêuticos. Considerando a necessidade de romper essa perspectiva racionalista de organizar os sistemas de saúde, Cecilio (1997, p. 475) aponta a necessidade de se "pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários", sendo que também destacamos a importância da reestruturação dos serviços no sentido de fortalecer a resolutividade dos mesmos.

No movimento de reorientação do modelo do sistema de saúde brasileiro, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma tentativa de facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, pois como modelo de atenção básica é "o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde" (BRASIL, 2006, p. 10). Ou seja, por meio dessa política nacional, busca-se reorientar a organização da atenção básica, com destaque para o vínculo e responsabilização pelo cuidado de determinada população de um território[8] (BRASIL, 2006). Outra mudança seria a inversão de um modelo assistencial fundado na demanda espontânea, de enfoque curativo, voltado para a doença, para um modelo de vigilância à saúde, dentro de uma concepção ampliada de saúde e com destaque para a promoção e prevenção.

Se, tradicionalmente, o acesso aos serviços de saúde se dava somente quando o usuário buscava os serviços ao reconhecer uma necessidade de saúde, com a ESF buscou-se reforçar uma nova lógica na qual os profissionais das equipes de saúde da família, conhecendo as características demográficas e epidemiológicas de sua comunidade de abrangência, organizavam as ações de saúde segundo esse perfil.

Essa mudança de modelo é um dos enfrentamentos apontados pelos ACS nas oficinas realizadas, principalmente no debate sobre o primeiro tipo de situação apresentada, aquela na qual o ACS identifica um problema que o usuário/comunidade não corrobora. Os ACS expressaram um conflito na relação com o usuário e uma percepção de "resistência" por parte da comunidade ao seu trabalho, conforme a fala abaixo aponta:

[8] No PSF, a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.000 habitantes.

> os informes que a gente pode passar, [...] como Hiperdia [Programa de Hipertensão e Diabetes], verminoses, são doenças de assistência básica, não precisa correr, assim, para prevenir essas doenças, mas as pessoas não encaram assim, acham que o módulo é como um ambulatório, vem pra consulta, pega medicação [...], diz que a doutora não presta porque não passou medicação [...] e as pessoas não percebem o lixo que está nas casas, a água que eles não tratam, apesar de a gente orientar mensalmente, as pessoas não tomam consciência. (ACS).

Ao discutirem essas situações, percebemos que de fato ocorre um conflito entre o que o ACS é demandado a identificar como problema de saúde e a percepção da comunidade sobre o que é problema e, portanto, resolução. Por vezes percebemos, na fala dos ACS, que tais trabalhadores procuram inserir o usuário mesmo quando este não reconhece um problema de saúde. Esta foi uma das situações mais discutidas nas oficinas desenvolvidas com os ACS. É necessário apontar que os problemas valorizados nessa fala correspondem às áreas prioritárias estabelecidas pelos programas de saúde, que não respondem necessariamente aos problemas identificados num diagnóstico comunitário.

Nestas situações, a objetividade materializada no cumprimento de metas baseadas em critérios verticais e epidemiológicos, além de práticas educacionais focadas na doença e no risco, parece ser mais importante do que escutar os sentidos dessas "resistências", para além do reconhecimento e da adesão dos usuários aos programas propostos.

Como exemplo desta objetividade no próprio processo de trabalho, observamos, nas entrevistas, que as atividades do ACS ficam freqüentemente estruturadas em torno dos indicadores das fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), instrumento de registro das atividades cotidianas dos agentes. A avaliação e a supervisão do trabalho do ACS[9] são realizadas pelo enfermeiro, baseada no preenchimento desses formulários e na cobertura das metas estabelecidas para os programas de saúde, com destaque para o acompanhamento de portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase, além das gestantes e crianças de baixo-peso.

O controle e registro detalhado da doença no espaço social e institucional são características fundamentais das práticas disciplinares da medicina, tanto nos hospitais quanto nas ações na comunidade, tornando-se muitas vezes ela mesma objeto e objetivo do trabalho em saúde, geralmente relegadas aos trabalhadores de menor qualificação, como técnicos e auxiliares (FOUCAULT, 1979; PITTA, 2004). Portanto, a identificação, o registro e a adesão dos usuários aos programas e às metas são, ao mesmo tempo, o espaço de valorização do trabalho do ACS frente à equipe e também a chave de acesso da comunidade ao sistema de saúde.

Logo, diante da necessidade de cobertura desses programas e cumprimento das metas dos mesmos, o ACS reconhece o usuário como alguém que constitui a própria condição para a realização de seu trabalho, por permitir que ele desempenhe sua atividade primordial, que é cuidar das famílias por meio da visita domiciliar. Assim esse cuidado parece ser sobretudo do interesse do ACS, superando o interesse do usuário pelo seu próprio bem-estar e o bem-estar dos outros. Nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, observa-se esse tipo de situação, quando o ACS justifica o fato de se dispor a realizar procedimentos do seu trabalho fora da situação de trabalho (ex. em um baile), pois segundo o ACS, "amanhã ele irá precisar do morador para realizar a visita domiciliar".

[9] O aprofundamento da discussão sobre o trabalho do ACS e da avaliação desse trabalho pode ser encontrado no texto de Fonseca e Machado, nesta coletânea.

Ou seja, uma questão em jogo aqui é a construção de uma oposição entre aquilo que o ACS identifica como ação e acesso ao serviço – no caso, a prevenção da enfermidade operada a partir das áreas programáticas – e aquilo que o usuário identifica como tal. Tal oposição não remete apenas aos conflitos entre o paradigma biomédico – que o usuário valorizaria de alguma forma, segundo a fala do ACS – e os paradigmas de promoção e prevenção propugnados pelo modelo assistencial concretizado pela ESF. Em outras palavras, a construção discursiva em termos desta polaridade produz outros sentidos sobre o acesso aos serviços e o papel de trabalhadores e usuários neste contexto, como resultado da interpretação do ACS sobre as formas de ser e agir da comunidade na busca por cuidado.

Em primeiro lugar, esvazia-se a dimensão sócio-histórica mais ampla da produção de condições de vida saudável, pois as mudanças nas condições de vida são colocadas como sinônimas de tomada de "consciência". Na mesma direção, "acesso aos serviços", conforme instituído pelos sentidos propugnados pelo modelo de atenção, quase equivale, neste caso, a "acesso às informações sobre condições de vida saudável", o que, por sua vez, também concorre para uma culpabilização tanto da comunidade quanto do próprio ACS. A culpabilização do ACS reverbera, inclusive, um fato reconhecido no trabalho deste profissional: a sobrecarga de responsabilidades, já que atribuições comuns à equipe, como conhecer a comunidade e a responsabilização pelo cuidado, acabam por ser de um profissional, cobrança justificada por ele ser morador da comunidade.

Ainda sobre a culpabilização do ACS, também se observou que a concretização do atendimento na unidade aparece como objetivo último do trabalho do ACS e, por conseqüência, o não-cumprimento deste objetivo é objeto de frustração do ACS. Em parte, a valorização do atendimento da unidade é dada pela forma de avaliação do trabalho do ACS, que é fortemente vinculada ao controle dos indicadores do SIAB, ou seja, a produtividade é medida, em grande parte, em função da realização de procedimentos, como exames de Papanicolaou, consultas de pré-natal, tratamento de hipertensão e diabetes.

Entretanto, percebemos na fala dos agentes que sua atuação extrapola as dimensões avaliadas pelos indicadores do SIAB. A próxima fala se relaciona à atuação do ACS em questões não reconhecidas como problemas de saúde:

> Nosso trabalho é como um todo, como vida social, pois a gente convive com as pessoas [...] me sinto como psicóloga, as pessoas te contam detalhes da vida, fico com vergonha, escuto [...] nosso trabalho é social [...], apesar de nossos representantes dizerem que nosso trabalho é apenas saúde, mas não é só saúde que faz parte do nosso trabalho, é o social, é o psicológico, é a educação, é um conjunto [...]. Tem gente que precisa de apoio emocional, as pessoas vê o ACS como um referencial, tá com problemas, vamos conversar [...] a gente é referencial, a gente conhece tanto que só pela fisionomia a gente já conhece, sabe que tá com problema. (ACS).

Conforme discutem Alves & Souza (1999), Alves & Rabelo (1999) e Reinaldo (2003), uma sensação de mal-estar se torna enfermidade na medida em que é reconhecida socialmente. De forma hegemônica, são valorizados para atuação dos profissionais de saúde do sistema formal problemas de saúde de ordem biológica ou que gerem algum

impedimento no exercício das atividades cotidianas; entretanto, essa concepção de processo saúde-doença constitui-se modernamente e desde o final do século passado discutem-se suas limitações. A necessidade de uma concepção ampliada de saúde, na qual se compreendam seus determinantes biológicos, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros, se tornou determinante na superação do modelo biomédico, assim como o entendimento de uma relação profissional-usuário baseada no vínculo e responsabilização.

Contudo observa-se, nesta fala, que a discussão sobre as situações propostas na oficina suscitam interpretações sobre o próprio conceito de saúde, que redefinem os sentidos produzidos pelo discurso da ESF como novo modelo assistencial e como superação do modelo biomédico. Esse discurso herda a concepção ampliada de saúde; no entanto, em função da necessidade de estabelecer critérios para o acesso aos serviços, produzem-se novos sentidos sobre saúde como oposição a "trabalho social", "trabalho psicológico", "trabalho educativo". Portanto, nos perguntamos o que é "só saúde" no trabalho do ACS hoje, pois essa definição condiciona, em última instância, a relação deste profissional com o usuário na busca por cuidado.

Neste contexto, o vínculo do ACS com o usuário é algo a ser destacado. Percebemos que a relação é descrita como afetiva, e freqüentemente os ACS se referiram à "amizade" que se cria por meio das visitas domiciliares. Decorrente desse vínculo, que é fortalecido pela proximidade e identificação com a realidade da comunidade e com a vivência do adoecimento, o ACS se mobiliza com a busca por cuidado do usuário e se dispõe, por exemplo, a acompanhar idosos em consultas médicas e fornecer vale-transporte para famílias com dificuldade financeiras. Ou seja, podemos afirmar que o ACS fornece apoio social, afetivo e, por vezes, financeiro, aos usuários, para garantir o acesso aos serviços.

Nesse sentido, ao ter o domicílio como lócus privilegiado de trabalho, será que podemos entender que o trabalho do ACS interfere desde a primeira instância de recursos terapêuticos utilizados pelos indivíduos? Lembramos que Leite e Vasconcelos (2006) apontam a família e a rede de relações sociais comunitárias como primeiras estratégias na busca por cuidado. Ou também pode ser que, devido à proximidade afetiva e relacional, o ACS é identificado pela comunidade como uma instância familiar ou de relações sociais, também denominada por Leite e Vasconcelos (2006) de "família ampliada".

Podemos também dizer que, se na lógica tradicional de relação dos serviços com os usuários, nem sempre as necessidades de saúde se convertem em demandas para os serviços (LACERDA; VALLA, 2003), temos na relação do ACS com o usuário, por meio da visita domiciliar, uma ruptura da maneira de se pensar a oferta e a demanda. Ou seja, apontamos que pelas características da relação ACS-usuário estabelece-se um território fértil de diálogo, conversações e troca de sentidos sobre problemas e necessidades de saúde, assim como sobre a busca por cuidados. Desta forma, podemos apontar num novo território para se pensar acesso e resolutividade, incorporando a dimensão dos "processos comunicacionais de definição e interpretação" (ALVES; RABELO, 1999, p. 173) na organização dos serviços.

A relação usuário-ACS se torna então um foco e desafio para se pensar a avaliação e a formação desse trabalhador, pois sabemos que a relação profissional-usuário é determinante para a resolutividade do modelo de atenção e se configura como um dos desafios da mudança desse modelo (LACERDA; VALLA, 2003).

A partir da fala dos ACS, percebemos algumas dimensões que apontam para uma constituição de uma rede de apoio social nessa relação – ou seja, para o usuário, o ACS é uma referência para orientações e suporte (financeiro, social, afetivo). Segundo Lacerda & Valla (2003, p. 174), apoio social "compreende os diversos recursos (emocionais, informacionais e instrumentais) que os sujeitos recebem através das relações sociais" e que geram efeitos positivos. Deste modo, a discussão de redes de apoio social poderia ser considerada uma dimensão do trabalho do ACS a ser discutida na formação desse trabalhador, pois por meio do modelo de rede social é possível "integrar as dimensões do individual-coletivo e do subjetivo-objetivo" (LACERDA; VALLA, 2003, p. 190), que se configuram como estratégias para a construção da integralidade em saúde. Consideramos que nesta análise devemos ter uma visão crítica sobre a noção de apoio social, e dessa forma, não deixarmos de discutir que as dramáticas condições de vida da população e o esforço *quixotesco* dos ACS apontam para a necessidade de reorganização das políticas sociais no Brasil.

Reforçando o debate, apontamos uma fala referente a ações intersetoriais, outro aspecto do trabalho do ACS que é pouco registrado e explicitado nas avaliações e formulários do trabalho do ACS:

> Ir atrás do CRAIS (Centro de Referência em Assistência Social), trago menina de lá para cá para avaliação, ir para fundação, a pessoa não tem dinheiro, eu dou vale transporte, na maioria das vezes dou para as pessoas da comunidade para ir atrás, não faz parte da minha atividade, mas a gente faz. (ACS).

Podemos sugerir, a partir da fala acima, que o ACS está atuando como facilitador da entrada do usuário nos serviços de saúde e assistência social, que podemos inclusive caracterizar como uma atuação que fortalece a eqüidade. Entretanto, nos questionamos se cabe a esse profissional equacionar o problemático acesso, resultante da baixa resolutividade do Estado no desenvolvimento de políticas sociais. Observamos que se cria a falsa ilusão de que é possível transformar a qualidade da atenção à saúde a partir de dispositivos improvisados. Como morador da comunidade, pode-se apontar para o fortalecimento da construção de estratégias das comunidades para o enfrentamento dos problemas de saúde, mas enquanto membro da equipe de saúde da família, deve-se apontar a necessidade de estruturação dessas ações no sentido da intersetorialidade e do fortalecimento de demais políticas públicas, como assistência social, urbanização, educação, entre outras.

Outras situações nas quais encontramos os ACS se empenhando em responder às necessidades e demandas da população de forma improvisada e independente foram relacionadas às iniciativas de organização e implementação de atividades de grupo:

> Eu tinha projeto na unidade em 2002, tinham 57 adolescentes, tirei das ruas, que estavam tomando drogas, e eu fiquei com os adolescentes por um ano, dois dias por semana treinava futebol com eles, treinava futebol e fazia as visitas [...] e não tinha como manter esses meninos, falta ajuda, para café, bola [...] a partir do momento que a gente não tem recurso, a gente pára... A gente recorre à Secretaria de Saúde, chama eles para reunião. Eles dizem que vão ajudar, mas demora.[...] A gente usa recursos do bolso, a gente se reúne e faz cota de cada um, a própria comunidade ajuda, pedimos em casa em casa, e eles ajudam, cada um traz alguma coisa. (ACS).

Nessa fala se apresenta a denúncia de que as atividades em grupo e comunitárias não estão sendo consideradas prioridade na atuação das equipes de saúde da família, tanto pelos profissionais de nível superior quanto pelos gestores. As iniciativas de atividades comunitárias e em grupo foram descritas pelos ACS como voluntárias e improvisadas, de forma que existem poucos recursos e participação das equipes para o desenvolvimento das mesmas. Destacamos, mais uma vez, que a dimensão do trabalho educativo, mobilização comunitária e intersetorialidade são atribuições e características da ESF.

O processo saúde-doença e o trabalho educativo do ACS

Procuramos compreender os conhecimentos que os ACS utilizam na definição de uma situação como problema ou não-problema de saúde (individual ou coletivo), pois conforme Alves e Rabelo (1999) destacaram, a enfermidade é uma experiência subjetiva que se configura como objeto de ação a partir de um reconhecimento social. Mas quais saberes legitimam determinado problema como de saúde?

Dentre as situações discutidas nas oficinas, a mais comentada pelos ACS foi aquela na qual o ACS reconhecia um problema de saúde e o usuário/família discordava, situações que freqüentemente foram denominadas pelos próprios ACS como de "resistência" ou, algumas vezes, relacionadas a "pacientes rebeldes" ou "super-rebeldes". Essas expressões foram usadas para aquele usuário que, segundo eles "não faz a sua dieta, não toma remédio direito". Os ACS relataram esse tipo de conflito no acompanhamento de hipertensos ou de diabéticos, assim como na adesão das mulheres a exames ginecológicos preventivos e ao pré-natal. Observa-se que os agentes sentem dificuldade em lidar com essas situações, quando falam:

> Bem, eu tenho um diabético... Vou relatar: um fez visita agora dia 27 segunda feira com a Dra, um diabético que é "super-rebelde", ele não toma a medicação direito, ele tem que fazer seu exame de 3/3 meses pra saber como tá a glicose. [...] Ele não tá nem aí! Eu marco, ele não vai, eu marco, ele não vem. Eu marco com a Dra. lá e ele foge... Ele não está. Aí o que eu fiz: disse então à Dra.: - Então vamos fazer o seguinte, vamos mandar um pedido de exame de sangue e urina pra gente saber. Mas será que ele vai querer fazer? Tô com o pedido aqui, será que ele vem fazer? Aí eu falei assim: - Ah! Vou dar um jeito! (ACS).

> Comunidade é muito resistente pra trabalhar, você fala, você orienta, faz palestra. Todas as visitas que nós fazemos orientamos tudo, tudo – preventivo, criança, hipertenso, diabetes, o caso do lixo, dengue e tudo. Só que, tá difícil! Tem paciente que até na primeira vez que você fala faz tudo direitinho, tem outros que você fica falando, fala, fala, fala... (ACS).

Situações identificadas como de "resistência" também ocorrem em situações relacionadas ao cuidado com a comunidade, enquanto espaço social. Um exemplo é a questão do lixo, nas quais o ACS se torna um tipo de vigia da área, atuando afinado com as referências do modelo sanitarista, vigiando os espaços, regulando comportamentos e registrando ocorrências. Isso não quer dizer que a coleta e dispensação do lixo não sejam importantes, mas a responsabilidade pela vigilância sanitária e reeducação da população não é responsabilidade exclusiva do ACS e nem do setor saúde. Uma perspectiva mais ampliada da saúde permite identificar um conjunto de determinantes sociais que agem na recorrência dessas situações nas comunidades, tais como falta de saneamento adequado, coleta de lixo regular, baixa escolaridade, entre outros.

> Tem aquelas famílias que a gente fala uma vez elas se conscientizam do caso. A gente fala que não pode ficar deixando lixo entulhado ali né?... Que tem o local apropriado pra jogar o lixo e tem o lixo que não é jogado no local que não é apropriada. Aí você fala pra família que não tá nem aí! A gente fala, entra aqui e sai ali [...] Aí nesse caso não tem muito o que fazer. Nós levamos pra enfermeira da unidade. A enfermeira da unidade vai fazer a visita pra orientar. (ACS).

Na fala acima percebemos que os agentes usam alguns recursos para garantir o cumprimento de suas ações de vigilância e de acompanhamento, o principal é a argumentação durante as visitas domiciliares; mas outra estratégia muito citada, como anteriormente, é recorrer ao auxílio dos profissionais de enfermagem e médico, para repetirem, e de alguma forma validarem suas orientações. Outro elemento muito valorizado para a realização das tarefas do agente foi o vínculo com a comunidade:

> A gente utiliza o elo de amizade, não de forçar, ele não aceita, se forçar... conversa, bota a mão não ombro, usa a influencia da amizade [...] tem que ganhar a confiança do cliente [...] a estratégia são os 26 anos que moro na comunidade, todo mundo sabe quem é quem na área [...] o elo de ligação com ele e eu é muito importante. (ACS)

Esse vínculo é fortalecido pelo fato de o ACS ser um morador da comunidade que vive nas mesmas condições e freqüentemente enfrenta os mesmos problemas que os usuários, conforme percebemos na fala a seguir: "Ele não vai ter vergonha de mim porque a mesma dificuldade que ele tiver, eu vou ter, o dia que faltar luz para ele, vai faltar para mim." (ACS).

Entretanto, percebemos que por vezes as orientações feitas nas visitas domiciliares, relativas ao uso de medicamentos, realização de exames e mudanças de hábitos acabam por ser tornar metas a serem cumpridas pelos agentes, nas quais a responsabilidade pela saúde dos indivíduos e comunidade deixa de ser compartilhada e passa ser atribuição desse profissional:

> Orienta, debate até convencer que o melhor é tomar a medicação, seguir dieta [...] eu vou buscar em casa para vacinar, fazer pré-natal [...] eu deixo claro que é responsabilidade minha, meu trabalho [...] trabalhar na saúde não é só salário, tem um compromisso com a saúde, uma pessoa que mora do lado, você leva, ou seu eu fica mal. (ACS).

Dessa forma, trazemos um questionamento: quais os sentidos de educação em saúde presentes nos discursos do ACS? Para responder a essa questão, apresentamos algumas falas dos ACS para explicar a "não-adesão" dos usuários e "resistências" ao seguimento de suas orientações. A principal hipótese levantada pelos ACS seria a "falta de informação" da comunidade: "Quando a pressão fica muita alta, a pessoa é sedentária, não segue o tratamento, não toma os remédios e não segue a dieta. Falta de informação. Não querem ver que tem uma doença grave." (ACS).

Por meio dessa fala, o ACS indica que a mudança de comportamentos e hábitos, assim como a "adesão" ao tratamento, teria uma relação direta com o acesso ao conhecimento acerca dos problemas de saúde. Por isso, entendem que uma das funções do ACS é levar informações para a comunidade. Podemos discutir, então, que nessa fala existe um entendimento de práticas educativas, entendidas como transmissão de conhecimento. E percebemos que o conhecimento valorizado seria o biomédico, por isso, quando encontram dificuldades, os ACS recorrem aos demais profissionais da equipe. O ACS vê no enfermei-

ro, e no conhecimento das doenças, uma referência nessa estratégia argumentativa para persuadir famílias e pessoas sobre a necessidade de tratamento e adequação às orientações. Assim, esses profissionais sentem uma dependência muito grande em relação ao profissional médico e de enfermagem, devido à precária formação que recebem.

Nas oficinas, durante os debates sobre a situação na qual o ACS não reconhece um problema que o usuário identifica, percebemos que o grande critério para identificação e o reconhecimento de necessidades de saúde utilizado pelo ACS é o biomédico, por meio de exames ou diagnósticos médicos, e a solução citada freqüentemente para esses casos era o encaminhamento para o psicólogo:

> Nesses casos tem que encaminhar para o psicólogo, caso a pessoa não queria aceitar ou tem paciente que é acamada, toda semana ela liga para cá para pedir medicamento, e ela toma vários medicamentos, mas ela tem mania de doença e toma todo tipo de medicamento por conta, caseiro. Toda vez que eu visito ela, eu levo a doutora que tenta conscientizar ela para não tomar esses medicamentos. (ACS).

Mas por outro lado, alguns agentes também apontaram algumas outras dimensões envolvidas nas visitas domiciliares e nos desafios para realizarem seu trabalho. A fala a seguir aponta para a possibilidade de o ACS reconhecer os sentidos e imaginários presentes na vida das pessoas para realizar um diálogo com o usuário sobre sua saúde.

> No começo não concordava porque na mata que ele morava tinha muito carapanam e ele achava que era isso. Peguei um espinho falei para ele fechar o olho, toquei e ele não sentiu. Depois piquei em outro lugar, para ter a certeza, [...] levei no médico, não foi fácil levar no médico com medo que se fosse hanseníase tivesse que ficar internado, isolado. Antes ficava isolado, por conta do tratamento e preconceito. [...] As pessoas faziam tratamento e deixavam de transmitir mas continuavam isoladas pelo preconceito. O medo era ficar internado, isolado, eu expliquei que depois de tratar não passava mais para a família. Depois que ele tratou o filho também ficou doente. (ACS).

Por meio dessa fala, podemos apontar uma perspectiva de prática educativa que rompe com a tradicional transmissão de conhecimentos para a comunidade. Percebemos a possibilidade de construção de uma prática educativa que respeita os conhecimentos dos usuários e que dialoga com os saberes dos profissionais de saúde.

Considerações finais

Considerando que o ACS é um profissional de saúde, morador da comunidade, que atua principalmente no domicílio e tem um trabalho freqüentemente descrito como de "elo", "tradutor" ou "mediador" das falas e necessidades da comunidade para o restante da equipe de saúde da família, podemos afirmar que de alguma forma ele desempenha papel central na busca por cuidados, podendo viabilizar ou não a entrada no serviço de saúde, ou seja, funciona como um regulador do acesso (*gate keeper*). Esse papel define as atividades do ACS como de natureza não só educativa, mas também avaliativa.

A avaliação, neste caso, possui dupla função. A primeira consiste em avaliar as necessidades que definem o acesso da população aos serviços de saúde, notadamente à saúde da família. A segunda função se configura na avaliação do trabalho do ACS no cumprimento de suas funções como regulador do acesso, ou seja, no cumprimento de metas, na adesão ao tratamento e na vigilância epidemiológica. Por esta razão,

foram construídos como eixos para análise da fala do ACS, a partir da noção de itinerários terapêuticos, a questão do acesso e da formação de redes de apoio e o processo saúde-doença e as práticas educativas.

Apropriamo-nos da noção de itinerários terapêuticos por concordarmos com as considerações de alguns autores (BELLATO et al., 2007; BELLATO; ARAÚJO, 2006) sobre a necessidade de discutirmos as dificuldades dos usuários para o acesso ao SUS. Considerar que o processo de busca por cuidado é um fenômeno construído socialmente, no qual a "enfermidade" ou "risco de enfermidade" são legitimados pelo grupo social, nos permitiu considerar que na relação entre o usuário e o ACS existe um processo de reconhecimento ou não de necessidades (problemas) de saúde. Este reconhecimento se relaciona, em última instância, com os sentidos de saúde, de integralidade e de eqüidade como condicionantes da regulação de acesso aos serviços.

É interessante observar algumas contradições presentes nas falas dos ACS em relação ao reconhecimento dos problemas de saúde e dificuldades encontradas no seu cotidiano. Observamos que, por um lado, o ACS solicita que o usuário reconheça seu diagnóstico, gravidade do seu estado e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento, segundo um referencial biomédico. Assim, os sentidos atribuídos às necessidades dos usuários que não são reconhecidas por esse modelo, pelos programas verticais, não são muitas vezes considerados ou identificadas manifestações subjetivas excluídas do processo saúde doença, definindo sentidos e reduzindo sua possibilidade de acolhimento pelos serviços.

Por outro lado, também identificamos nas falas a possibilidade de construir a integralidade nas ações, pois os ACS incorporam um olhar ampliado de saúde, possuem forte vínculo com a comunidade e desempenham papel fundamental de apoio ao usuário na busca por cuidado. Em muitos casos, percebemos que o ACS tenta de forma solitária e improvisada resolver as necessidades da população, no desenvolvimento de ações intersetoriais, na execução de atividades de grupo ou auxiliando o usuário no acesso aos serviços de saúde e de assistência social. Tais contradições e ambigüidades estão disponíveis na trama social e discursiva, na tensão entre a construção da identidade do ACS e a redescrição do processo saúde-doença a partir do modelo biomédico, mudando a percepção desse trabalhador sobre a cultura da comunidade.

O repertório de discursos e práticas presentes na interpretação sobre o processo saúde-doença aponta para as disputas que por vezes identificam o ACS ora reproduzindo a ordem discursiva da biomedicina e sanitária, identificando doenças, regulando e controlando os espaços sociais, ora ampliando a concepção de saúde e compreendendo a complexidade da vida social e suas relações com a saúde.

Podemos ainda afirmar que a análise desenvolvida neste texto é coerente com a observação de que as práticas avaliativas sobre o trabalho do ACS valorizam principalmente as dimensões relativas à vigilância epidemiológica[10]. Neste sentido, as práticas avaliativas também devem reconhecer a complexidade desse trabalho, de forma a abordar suas várias dimensões, principalmente aquelas que direcionariam para a mudança do modelo de atenção.

[10] Referimo-nos ao texto de Angélica Fonseca, Felipe Rangel e Carlos Maurício Barreto, que integra a presente coletânea.

Não podemos deixar de afirmar que todas essas questões estão articuladas com a discussão do processo de trabalho na saúde da família, tomado na dimensão tanto da organização da equipe de saúde quanto das ações induzidas pelas políticas de saúde. No que diz respeito à equipe, podemos afirmar que a definição das prioridades e do lugar do ACS – e também o que se define como "problema de saúde" – é condicionada pelas relações hierárquicas existentes no interior das equipes. Entretanto, tais relações não se expressam apenas numa divisão social e técnica do trabalho em termos de "quem avalia quem", mas se vinculam também a formas de organizar o conhecimento, que, por sua vez, remetem a determinados sentidos sobre o processo saúde-doença. Portanto, avaliação, equipe de saúde, conhecimento e acesso estão diretamente implicados.

Quanto às ações induzidas pelas políticas, reitera-se que a avaliação dos processos e das ações é realizada a partir da "gestão dos riscos" (CASTEL, 1987), pautada principalmente pelos programas específicos, no cumprimento de metas e na vigilância à doença.

Referências

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M. et al. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M. et al. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 171-185.

ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1547-1554, ago 2006.

BAKHTIN, Mikhail. *A Estética da criação verbal.* São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. *Marxismo e filosofia da linguagem.* São Paulo: Hucitec, 1990.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Relatório de pesquisa *Itinerários terapêuticos de famílias vivenciando a condição cronica – desenvolvimento de uma tecnologia avaliativa em atenção à saúde.* Grupos de Pesquisa Enfermagem, saúde e cidadania" e "Gestão do conhecimento pluridisciplinar para o trabalho em saúde". Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, 2007.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS REGIONAIS SUL-AMERICANOS: CONTRASTES SOCIOTERRITORIAIS E PERSPECTIVAS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL, 2, 2006, Cuiabá. *Resumos...* Cuiabá: UFMT, 2006.

BEZERRA; SANTO; BATISTA FILHO. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. In: Ver. Saúde Pública, v.39, n.5, p. 809-815, 2005.

BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de Saúde na mediação de saberes. Tese de doutorado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007, 231p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Agente Comunitário de Saúde* (PACS). Brasília: MS, 2001.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos*: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CECILIO, Luiz C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set 1997.

CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, D. *Dicionário de análise do discurso.* São Paulo: Contexto, 2004.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da Família: história recente da reorganização da Atenção Básica. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Texto de apoio em políticas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 69-106.

COSTA, Jurandir F. *Ordem médica e norma familiar.* Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FERNANDES, J. C. L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cad. Saúde Pública*, Jun 1992, v. 8, n. 2, p. 134-139.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso.* São Paulo: Loyola, 2002.

_____. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GERHARDT, Tatiana E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GÉRVAZ, J.; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. Bras. Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 205-218, 2005.

GIFFIN; SHIRAIWA, O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. *Cad. Saúde Pública*, v. 5, n. 1, p. 24-44, jan 1989.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, n. 12, p. 85-93, 1978.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 169-196.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 1, p. 113-28, jan.-mar. 2006.

LEVY; MATOS; TOMITA, Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203.

MAINGUENEAU, Dominique. *Gênese do discurso.* Curitiba: Criar Edições, 2005.

_____. *Novas tendências em análise do discurso.* Campinas: Pontes, 1993.

MALDIDIER, A. *A inquietação do discurso:* (re)ler Michel Pêcheux hoje. São Paulo: Pontes, 2003.

MATTOS, R. O incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MENDONÇA, Maria H. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, E.; FRANCO, T. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 55-124.

MOROSINI, M. V. G. C. *O agente comunitário de saúde no marco da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro*: desafio à formação em saúde. Relatório Final do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ. Rio de Janeiro, nov. 2001.

MOROSINI, M. V. C.; CORBO A. D.; GUIMARÃES, C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Org.). *O processo histórico do trabalho em saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.p. 189-211.

NOGUEIRA, O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". *Interface*, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev 2002.

NUNES, M. O. et al., O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem hibrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov.-dez., 2002.

ORLANDI, E. A AD e seus entremeios: notas a sua história no Brasil. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, 42: 21-40, jan.-jun. 2002

_____. *Análise de discurso:* princípios & procedimentos. São Paulo: Pontes, 2001.

_____. *Interpretação*: autoria, leitura de efeitos do trabalho simbólico. Campinas: Pontes, 2004.

PÊCHEUX, Michel. *O discurso*: estrutura ou acontecimento. Campinas: Pontes, 1997.

PITTA, A. *Hospital, dor e morte como ofício.* São Paulo:Hucitec, 2004 .

POSSENTI, S. Teoria do discurso: um caso de múltiplas rupturas. In: _____. *Introdução à lingüística:* fundamentos metodológicos. São Paulo: Cortez, 2004.

POSSENTI, S. *Os limites do discurso*: ensaios sobre discurso e sujeito. Curitiba: Criar, 2002.

REINALDO, Amanda M. dos Santos. *Conhecendo o itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico*. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SCHOLZE, Alessandro S.; SILVA, Yolanda F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. *Cogitare Enferm* , v. 10, n. 2, p. 9-16, mai-ago. 2005.

SILVA, J. A.; DALMASO, A.S. W. *Agente comunitário de saúde*: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:* aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. Práticas discursivas como estratégias de governabilidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: IÑIGUEZ, L. (Coord.) *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 258-303.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, p. 133-149, 2000.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano*: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

Avaliação do trabalho educativo do Agente Comunitário de Saúde: desafios para o setor saúde

ANGÉLICA FERREIRA FONSECA
FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO
CARLOS MAURÍCIO GUIMARÃES BARRETO

Introdução

A proposta deste texto é refletir sobre a avaliação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a partir dos resultados da pesquisa "Estudos Multicêntricos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade em Saúde na Atenção Básica", que enfoca as práticas avaliativas desenvolvidas por três Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em diferentes regiões do Brasil. Não nos interessa, neste momento, apresentar uma comparação entre esses municípios, mas compreender os possíveis traços comuns das práticas cotidianas de regiões tão díspares do Brasil. Deste propósito depreende-se a constatação de que existem práticas avaliativas do trabalho do ACS comuns a diversas localidades no país. As razões para esta coincidência não se encontram na adoção de um mesmo modelo de avaliação, e que não foi verificada nos campos da pesquisa, mas podem ser encontradas na existência de uma concepção sobre o trabalho deste profissional com importantes elementos em comum.

Sobre o trabalho dos ACS, reconhecemos que o mesmo é recoberto de expectativas que enfatizam sua expressão mais instrumental, em detrimento de sua potencialidade de inovação. Estamos nos referindo especificamente à divisão entre "trabalho manual" e "trabalho intelectual". Cabe lembrar que no modo de produção capitalista, como destaca Ramos (2007, p. 40), ocorreu uma "divisão entre as esferas do conhecimento e da produção; da ciência e da técnica; da teoria e da prática. [...] O trabalhador, ao invés de sujeito de conhecimento, de reflexão e imaginação, passa a ser considerado como partes das máquinas", tendo seu trabalho resumido ao desempenho de um conjunto de tarefas simples.

Assim, não se exige do trabalhador "mais conhecimentos do que aqueles estritamente necessários para realizar operações simples". Para a autora, no âmbito do PSF, a divisão social do trabalho estabelecida prioriza o saber dos trabalhadores de nível superior – detentores do saber científico – em detrimento do trabalho do ACS, a quem "competem as tarefas [...] intermediárias, que compreendem saberes procedimentais e alguns saberes teóricos instrumentais aos procedimentos. [...] Sob esta lógica, aos ACS competiriam as tarefas mais elementares determinadas por seus superiores" (RAMOS, 2007, p. 40). Já estes últimos teriam a responsabilidade de desempenhar o trabalho intelectual, "como, por exemplo, a análise das situações, a realização de diagnóstico, a proposição e/ou a

prescrição de soluções, o planejamento e a gestão do trabalho" e a própria avaliação dos trabalhos realizados no PSF.

Ressalta-se que isto não é uma especificidade do ACS na história de desenvolvimento das profissões, mas acentuadamente das profissões da saúde. O trabalho realizado pelos profissionais de nível médio é sistematicamente associado a um trabalho desprovido de reflexão intelectual. Ignora-se, nesta visão de mundo, que todo trabalhador, ainda que tenha sido expropriado dos meios de produção, permanece refletindo sobre sua prática.

No caso específico do ACS, ressaltamos que por mais que haja prescrição de suas "tarefas", existe um espaço de construção de conhecimento e de produção de práticas que não está restrito à lógica do trabalho, prescrito fundamentalmente pela biomedicina. Esse espaço corresponde, sobretudo, à sua dimensão educativa. O referencial disciplinar para a atuação do ACS não se resume unicamente aos conhecimentos biomédicos; pelo contrário, é importante afirmar a necessidade de superação deste campo e da apropriação teórica e metodológica de outros campos de conhecimento. As expectativas que se formulam em torno da função a ser desempenhada pelo ACS apontam para o domínio de conhecimentos e práticas dos campos das ciências humanas e sociais e nos incitam a pensar como a avaliação, por coerência, deveria expressar essa compreensão sobre esse trabalhador.

Deve ser igualmente considerado o fato de que o ACS se insere formalmente no SUS, no contexto de mudança do modelo, o que deve implicar mudanças na formação deste trabalhador, para que "realmente se deflagre um processo de reorganização da força de trabalho em saúde e contribua decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde" (MENDONÇA, 2004, p. 356), que não se caracterize pela ampliação de um trabalho simplificado.

Sobre a relação entre trabalho educativo e a avaliação

A possibilidade tanto de fazer uso de resultados de avaliação para redirecionar as práticas dos ACS quanto de colocar em discussão a qualidade do trabalho dos ACS está subordinada à capacidade de conceber um processo avaliativo que ao mesmo tempo dialogue com os campos da saúde e da educação. O entendimento de que seu trabalho se constrói na interface entre esses dois campos encontra respaldo nos Ministérios da Saúde e da Educação, como podemos ver no referencial curricular para o curso técnico de ACS:

> Este profissional atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças **por meio de processos educativos** em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde. (BRASIL, 2004, p. 17 – grifo nosso).

Ressaltamos que o trabalho educativo em saúde não é restrito aos ACS, mas é justamente esse trabalho educativo que confere originalidade a sua inserção no âmbito do sistema de saúde. Assim, torna-se necessário construir uma relação consistente entre os métodos de avaliação e o objeto – que na presente discussão afirmamos ser o trabalho educativo do ACS. Para os fins de monitoramento e avaliação, os demais profissionais da ESF, sobretudo médicos, enfermeiros e odontólogos, dispõem de procedimentos historicamente sustentados pelo saber clínico e que têm sido a base de sua formação, de

sua prática e que, em articulação com a epidemiologia, se justificariam como referências primordiais para a discussão da qualidade de suas ações. Em relação ao ACS, assinalamos a existência de uma diversidade de práticas de formação[1] e de processos de trabalhos que nos exigem um aprofundamento da reflexão em torno da avaliação na sua relação com a educação, para especificar quais seriam os caminhos teórico-metodológicos mais adequados para compor uma proposta de avaliação, cujos resultados pudessem ser tomados como reorientadores dessas práticas. Assim, na pesquisa realizada buscamos perceber como os atores compreendem o trabalho do ACS e suas práticas avaliativas, elucidando o modo pelo qual essas práticas e seus resultados têm contribuído com processos de qualificação do trabalho deste profissional, em especial, no seu componente educativo.

É preciso dizer que a política de atenção básica, em particular o PSF, tem sido alvo da elaboração e implementação de diversas estratégias de avaliação, tanto da pesquisa avaliativa quanto de avaliações normativas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), voltadas para a análise dos diferentes níveis a partir dos quais se pode discutir um programa de saúde. Nossa preocupação coloca-se frente à carência de práticas avaliativas que possam contribuir para a qualificação de componentes inerentes à atenção à saúde, em particular o trabalho educativo do ACS. A própria Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ[2]), estratégia que se situa no âmbito da institucionalização da política de monitoramento e avaliação da atenção básica, e que pretende contribuir na inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes de atuação da saúde da família, apresenta uma estrutura teórica e metodológica que poderá trazer conhecimentos relevantes para pensar o próprio programa, mas não incorpora a questão da educação entres seus elementos técnicos e científicos, o que nos faz questionar o efetivo uso dos resultados da avaliação via AMQ na recondução de práticas dos ACS.

A partir desta constatação, somos forçados a assumir que estamos diante de um desafio: como avaliar o trabalho do ACS? Esta tarefa tem relação com dois outros desafios em curso: o primeiro diz respeito à formação, enquanto o segundo se refere à profissionalização desse mesmo trabalhador. A produção de respostas que possam contribuir para o enfrentamento desses desafios deveria ser realizada de modo articulado, dado o potencial de enriquecimento mútuo contido nos saberes de cada um desses campos.

A apreensão da qualidade do trabalho educativo, por contrariar algumas referências, sobretudo metodológicas, que vêm sendo estabelecidas para a avaliação na saúde, traz algumas dificuldades que merecem ser pontuadas. A primeira delas seria o consenso que se tem formado em torno da adoção de critérios normativos, numericamente objetiváveis, como, por exemplo, o número de visitas domiciliares realizadas e o número de encaminhamentos para consultas no serviço.

[1] Embora o MEC torne disponíveis os planos de curso de nível técnico registrados no país, não foi possível acessar nenhum plano de curso de ACS. Acreditamos que isto se deva ao fato de não haver exigência de registro de curso, como acontece com o ACS, cujos processos formativos em voga se limitam a uma carga de 400 horas e não se confere diploma de nível técnico.

[2] A construção da AMQ incluiu teste piloto quanti-qualitativo em 24 municípios com mais de 500 equipes, além de discussão com gestores e coordenadores de PSF e profissionais do programa. A nosso ver, esses dados refletem o empenho do Ministério da Saúde em debater e proporcionar aos municípios um instrumento de avaliação da atenção básica. Esta proposta tem por objetivo contribuir para a melhoria da qualidade das ações e do cuidado, tomando a avaliação como um processo de ação crítico e reflexivo sobre a organização, práticas e gestão da ESF.

No campo da educação *stricto sensu,* é o domínio do conhecimento que se apresenta como a base da avaliação normativa educacional. A normatividade, ou seja, a própria definição de ideal, está expressa através do conteúdo do instrumento, pela demanda de conhecimento explicitada. O parâmetro ideal é 100% de aproveitamento, existindo parâmetros intermediários, representados pelas diversas notas possíveis e pela média mínima aceitável. A avaliação, neste caso, não visa diretamente ao trabalho do educador, pelo menos não de modo explícito, mas possivelmente são produzidas inferências sobre a qualidade deste trabalho a partir dos resultados da avaliação dos sujeitos, aos quais esse trabalho se destina – no caso, os alunos[3].

Esta idéia de avaliação está baseada numa "compreensão de educação como um ato normativo, no qual a prescrição [...] e a instrumentalização [...] predominam, reduzindo o sujeito a objeto passivo de intervenção educativa" (MOROSINI et al., 2007b, p. 13). No caso da saúde, esta concepção encontra correspondência em uma compreensão limitada do conceito de saúde. "Esta concepção de educação reduz quem educa – no caso, o trabalhador de saúde – a um mero reprodutor de normas; e o aprendiz – no caso, a população atendida – a um simples depósito de informações" (idem).

Poderíamos indagar o quanto este entendimento sobre a educação em saúde se aproxima ou se distancia da compreensão assumida pela Estratégia Saúde da Família. Para melhor apreender qual tipo de educação em saúde colocaríamos em pauta através da ESF, recorremos à revisão das concepções da educação popular em saúde, historicamente vinculadas à conformação do trabalho que hoje é institucionalmente desempenhado pelo ACS. Neste caso estaríamos, em primeiro lugar, nos interrogando sobre as relações entre educação e saúde. A reflexão sobre esta relação se torna pertinente na medida em que ainda hoje, como sinalizaram Meyer et al. (2006, p. 1.336), a "lógica que se persegue é a da busca de meios eficazes para dar conta de objetivos que continuam circunscritos ao universo da higienização e normatização dos comportamentos".

A fim de caminhar na discussão sobre a relação entre saúde e educação, cabe relembrar o movimento denominado Educação Popular em Saúde no Brasil, que desde os anos 1970 vem acentuando a perspectiva de subverter a lógica verticalizada de educação, na qual o profissional de saúde figura como detentor do conhecimento válido e o usuário – particularmente o oriundo das camadas populares – como o lugar do não-saber (STOTZ, 2005).

Amparados pelo pensamento de Paulo Freire, esse movimento reafirma e dá visibilidade ao lugar do "outro". Toda a pedagogia freireana é perpassada pela confiança de que o processo educativo oferece condições para se estabelecer um diálogo horizontal entre educador e educando. Isto se explicita pelas várias teses desse pensador da educação popular em saúde, dentre as quais vale destacar ao menos duas: a de que "ensinar exige respeito aos saberes dos educandos" (FREIRE, 1996 p. 30) e a de que "ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção" (idem, p. 47).

[3] Mesmo tendo referências tradicionais bem estabelecidas, no campo da educação, a avaliação tem adotado diversas variações, privilegiando o processo de construção de conhecimento e incorporando expressões menos convencionais da relação com o saber. Trazemos como exemplo a arte na avaliação (MOREIRA, 2006) e ainda o Portfolio (HERNANDEZ, 2000).

Se aliarmos a estas teses a categoria "conscientização", que no pensamento freireano estaria relacionada à possibilidade de elaborar uma apreensão crítica da realidade – na qual pensamento e ação se articulam em uma práxis social criadora/transformadora da realidade –, estaríamos nos aproximando de uma concepção emancipatória de educação. Tal concepção, quando posta em relação direta com o campo da saúde, exige compreender as relações entre saúde e doença como produtos de um processo histórico e social, expressos em uma realidade concreta na qual interagem os planos material, cultural e político.

Nesta compreensão, cabe ao trabalho educativo o papel de "mediação transformadora[4]" (BORNSTEIN, 2007). Para essa autora, a educação se configura como "uma instância dialética que medeia esta transformação. Uma mediação deste tipo contribui para novas práticas em saúde, abertas ao reconhecimento da existência de diferentes saberes sobre a saúde, sejam eles médicos ou não-médicos, que fazem parte da vida" (BORNSTEIN, 2007, p. 171). Entretanto, estudos como o de Bornstein e de Trapé e Soares (2007), que se detiveram em analisar o trabalho do ACS, mostram que no universo de atuação desses profissionais coexistem práticas contraditórias, por vezes constituídas tendo por base uma atividade teórica que sinaliza para um horizonte de transformação e que por vezes se limita a reiterar uma prática conservadora. Uma das preocupações da pesquisa que dá origem a este texto reside em avançar no entendimento sobre como a avaliação se situa, fortalecendo ou enfraquecendo, cada um desses pólos de contradição do trabalho do ACS.

Procedimentos metodológicos

Nesta pesquisa interessava-nos explorar, portanto, como o trabalho do ACS é avaliado e discutir de que forma essa avaliação incorpora e contribui para seu componente educativo. A pesquisa de campo foi realizada em três localidades: Rio Branco (AC), Cuiabá (MT) e Piraí (RJ). Ressalta-se que esses municípios encontram-se em distintas regiões do país, respectivamente, Norte, Centro-Oeste e Sudeste. Suas localizações geográficas já seriam suficientes para listarmos uma série de disparidades inerentes à distribuição sócio-regional brasileira.

No entanto, se focarmos no objeto específico sobre o qual estamos nos debruçando, é possível perceber grandes confluências nas práticas avaliativas desenvolvidas nas três localidades. Por este motivo, para efeito de exposição, optamos por apresentar e discutir indistintamente as experiências observadas nas cidades pesquisadas. A única diferenciação pertinente será entre os grupos profissionais entrevistados, categorizados como agentes comunitários de saúde, supervisores do PSF, gestores da atenção básica e gestores municipais. Deste modo, manteremos o anonimato dos entrevistados. Em relação aos supervisores, cabe mencionar que não existe no país uma prática comum de supervisão, sendo freqüente encontrar tanto supervisores membros da equipe de PSF, notadamente um enfermeiro, quanto profissionais ligados aos níveis centrais das Secretarias de Saúde. Em nossa pesquisa, foram identificadas ambas as situações, sendo que em todos os

[4] A autora realiza uma tipologia do trabalho educativo, classificando três tipos de mediação não-excludentes postas em prática pelos ACS: "mediação convencedora", "mediação reprodutora" e "mediação transformadora". A esse respeito, ver Bornstein (2007).

campos existia a figura do supervisor membro da equipe. Assim optamos por entrevistar tanto os supervisores de equipe quanto os supervisores situados em nível central.

A pesquisa teve como base um desenho metodológico que emprega as chamadas técnicas qualitativas de pesquisa social. Os núcleos temáticos identificados nas entrevistas foram organizados a partir das concepções de avaliação e trabalho do ACS. Tomamos como eixo para análise o contexto de produção das práticas avaliativas, o que, no entanto não nos exime de especificar que plano, ou seja, os elementos do contexto, que estamos privilegiando em nossa discussão. Bardin (2006, p. 108) reconhece que em análises qualitativas o contexto ocupa lugar central, tanto o "contexto da mensagem", quanto o "contexto exterior a este", ou seja, "quem é que fala a quem e em que circunstâncias?".

Segundo Bardin (2006, p. 42), a análise de conteúdo pode ser entendida como

> um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A discussão sobre o contexto das práticas avaliativas, quer no nível da formatação das propostas de avaliação, quer no nível dos resultados produzidos por essas práticas, pode nos encaminhar para considerações sobre as especificidades da implementação das políticas de saúde nas diversas esferas de governo, como nos recomenda Bodstein (2002). Na nossa análise, entretanto, o contexto que privilegiamos nos coloca em diálogo com as características da produção de conhecimento no campo da saúde e da conformação do processo de trabalho em saúde. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). Para Bardin (2006), o conceito de inferência implica o exercício de ir além da descrição das falas, no sentido de interpretá-las. Para a autora, as inferências podem responder a dois tipos de questões: 1) o que conduziu a um determinado enunciado?; 2) quais as conseqüências determinado enunciado pode provocar? (BARDIN, 2006, p. 34).

Em relação às técnicas de coleta de dados, realizamos entrevistas e grupos focais. As entrevistas são consideradas por Minayo (2005) como conversas que têm uma finalidade específica e podem ser classificadas em função das diferentes formas a partir das quais são implementadas. Em nosso estudo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, nas quais dispúnhamos de um roteiro com perguntas fechadas e abertas para possibilitar aos diferentes atores entrevistados discorrer sobre os temas "trabalho no PSF", "trabalho do ACS" e "práticas avaliativas". As entrevistas desenvolveram-se "segundo a lógica do entrevistado, sendo as únicas limitações as *instruções temáticas*" (BARDIN, 2006, p. 166).

Em relação à abordagem das práticas avaliativas, nas entrevistas, as perguntas direcionadas a esse tema continham o termo *avaliação* ou palavras com a mesma raiz e correlatos, por exemplo, "como seu trabalho é avaliado?" – questão dirigida ao ACS – , ou "como o trabalho do ACS é avaliado?" – pergunta feita aos supervisores e gestores. Fizemos essa opção, pois como a avaliação é uma prática corrente do cotidiano,[5] existem

[5] No campo de estudos da avaliação, argumenta-se que a prática da avaliação perpassa o cotidiano das pessoas para, por exemplo, decidir sobre o meio de transporte mais adequado para determinado deslocamento em uma situação específica. Por este motivo, considera-se relevante delimitar teórica e metodologicamente como campo da avaliação em saúde.

compreensões sobre a avaliação que são facilmente evocadas. Registramos que todos os entrevistados apresentavam respostas a essas perguntas sem que em nenhum momento houvesse questionamento sobre a compreensão adotada na pesquisa para definir as práticas avaliativas. Neste sentido, estão sendo tratadas de modo não diferenciado respostas que para o campo de estudos da avaliação seriam classificadas no âmbito das práticas de monitoramento, ou do que alguns autores têm denominado como quase-avaliações (CRUZ et al., 2007).

A segunda técnica, *grupo focal*, foi adotada por permitir a partir das trocas efetivadas pelo debate entre os membros do grupo, captar concepções, sentimentos e atitudes em torno de um tema. Esta técnica de coleta de dados possibilita ainda reunir opiniões sem que haja preparação prévia dos participantes (GATTI, 2005). Os tópicos que orientaram os grupos focais foram o trabalho do ACS e seu papel na produção de itinerários terapêuticos[6].

A *preparação do material* para a análise (BARDIN, 2006) consistiu na transcrição integral de todas as entrevistas e grupos focais. Realizamos ao todo entrevistas com cinco supervisores do PSF; três gestores municipais; cinco gestores da atenção básica; oito ACS; e sete grupos focais com ACS. Ressalta-se que todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo as determinações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, tendo sido o projeto aprovado no Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Em nossa pré-análise, realizamos a *categorização* dos elementos constitutivos do campo de pesquisa. As categorias, segundo Bardin (2006, p. 111), "são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos". As categorias que surgiram com a realização da pré-análise e que se relacionam com as práticas avaliativas foram: "carga de trabalho", "avaliação por produtividade", "controle de eventos clínicos" e "interação subjetiva". Mesmo considerando a recomendação metodológica de que as categorias sejam mutuamente excludentes, produzimos categorias que não atendem integralmente a este direcionamento, mas que se mostraram relevantes para nossa análise em torno da questão do trabalho do ACS e da avaliação.

Compreendem-se por "carga de trabalho" todas as atividades desenvolvidas pelos ACS, para fins de efetivar ações genericamente (ainda que não exclusivamente) destinadas a eles. Os principais elementos que compõem esta categoria são as atividades relacionadas à visita domiciliar, busca ativa de casos[7] e atividades administrativas.

A categoria "avaliação por produtividade" reúne dois elementos que se consolidaram a partir da análise dos resultados. O primeiro é o entendimento de que as ações regulares que proporcionam a sistematização de dados sobre o trabalho dos ACS com o objetivo de interferir em sua organização têm caráter de avaliação. O segundo diz respeito a uma característica comum às práticas classificadas nesta categoria, que é o fato de estarem voltadas para a expressão numérica do volume das diversas atividades prescritas. Essas

[6] Os resultados referentes a essa temática encontram-se no capítulo "Itinerários terapêuticos e estratégia Saúde da Família: discursos sobre processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do ACS", nesta coletânea.

[7] Por busca ativa entendemos as atividades desenvolvidas pelos ACS, fora da unidade de saúde à qual este se vincula e que tem como propósito contatar usuários, para os quais estejam previstas ações de saúde. Nos grupos focais foram comuns as referências às buscas ativas em bares para evitar ou reverter interrupções nos tratamentos de patologias diversas.

duas considerações determinaram nossa opção pela adoção do termo *produtividade* aliado ao termo *avaliação*. Os principais elementos que compõem esta categoria são: o número de exames, número de visitas, cobertura de vacinação, redução nos indicadores específicos de morbi-mortalidade.

Na categoria "controle de eventos clínicos", são incorporadas às atividades que têm como objetivo final obter resultados definidos estritamente por sua dimensão clínica. São exemplos a captação de casos de câncer de mama, acompanhamento de crianças de baixo-peso, de adolescentes grávidas e de pessoas com hipertensão e diabetes. Na categoria "interação subjetiva", foram incluídas as atribuições conferidas aos ACS de caráter predominantemente subjetivo. Percebeu-se que tais atribuições apontam para valores e atitudes que os entrevistados esperam que perpassem o trabalho do ACS e que são referências para as práticas avaliativas. São exemplos de elementos incluídos nesta categoria as referências a: "compromisso com o trabalho", "escuta de qualidade" e "abordagem humanizada da comunidade". Ressalta-se que esta categorização surge para efeitos de análise, na medida em que são indissociáveis na prática, pois se integram no trabalho do ACS.

Resultados

Nas localidades pesquisadas, dois pontos são comuns às práticas de avaliação. O primeiro caracteriza-se pela centralidade dos dados coletados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – refletindo em nível local a ênfase dada pelo MS à apropriação desse banco de dados como dispositivo de avaliação. O segundo baseia-se na implementação de práticas assistemáticas de avaliação sem critérios explícitos, que se concretizam nos momentos de supervisão.

Em relação ao SIAB, cuja importância reside na capacidade de fornecer dados para a tomada de decisões e para o reconhecimento dos problemas sanitários da área, quando transposto como instrumento de avaliação presta-se muito mais a desempenhar um monitoramento da produtividade do ACS do que permitir avançar no sentido do aprimoramento da qualidade do processo de trabalho. A natureza desses bancos – que, de acordo com Camargo Junior et al. (2007), podem ser classificados como epidemiológicos, administrativos e clínicos – também traria limitações para fins de utilizá-los na avaliação do trabalho educativo, na medida em que os dados disponibilizados são predominantemente sobre eventos vitais (nascimentos e óbitos), doenças e agravos de notificação compulsória (por exemplo, dengue) de procedimentos, no caso dos bancos administrativos.

A opção por uma "avaliação por produtividade", orientada pelos dados das fichas do SIAB, de acordo com as falas dos ACS, traria como efeito indesejável a diminuição da qualidade da visita domiciliar, em favor do incremento do número de visitas e do preenchimento de diversas fichas, utilizadas por toda a equipe do PSF para o registro das atividades diárias (consultas médicas de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos), como também para a notificação de algumas doenças específicas. A questão das fichas do sistema como orientador do trabalho e elementos da avaliação está presente em muitas falas, como a que destacamos abaixo.

> Ele [o trabalho do ACS] é muito avaliado. Agora, então, que aumentou enfermeiro, tá mais avaliado ainda. É assim. Ontem até foi meu fechamento. A avaliação tá bem rigorosa. Agora, apertou mais, porque a gente demora mais tempo pra fechar. Antes, tinha que ser mais rápido, mas a Ficha SSA2, a Ficha D, a Ficha de Exclusão e Inclusão, isso tudo tem que ser mostrada. Ficha de preventivo tem que ser mostrada, diabético. Por que aquele diabético tá com a glicemia tão alta? O que você fez pra poder ajudar? Ah, você fez o quê? Ah, eu fui lá, levei o médico. Então, pega a ficha, vamos ver se você levou ao médico. Não que é assim, eu estou duvidando do que você está falando. Não é nada disso. Mas é assim, vamos chegar na conclusão. O que nós podemos fazer? Então, a gente vai lá. Mostra. Olha, levei ao médico! (fala de ACS).

A crítica a esta forma de avaliar as práticas do ACS só faz sentido se não o situarmos como mero executor das atividades prescritas pelo serviço, que expressam a lógica biomédica de relação com a saúde. Esse posicionamento reflete uma visão da função do ACS que não é unânime. Coexiste no campo da saúde uma idéia reducionista, do nosso ponto de vista, sobre o trabalho do ACS, como afirma um dos gestores entrevistados: "O ACS tem o objetivo de identificar situações de risco epidemiológico através das visitas domiciliares, o encaminhamento para a consulta, o acompanhamento do tratamento e o registro das informações". Essa idéia é corroborada inclusive por alguns ACS, que têm na chegada do paciente ao serviço de saúde uma de suas metas principais. "Pra mim a melhor coisa que acontece é quando eu consigo que o paciente vá no serviço, porque é difícil você convencer um paciente a ir numa consulta...".

Nossa insistência em relacionar as práticas avaliativas com a concepção da função do ACS é decorrente de pensarmos a avaliação em sua positividade, ou seja, por sua capacidade de produzir realidade, podendo ser pensada como um instrumento pedagógico que no seu próprio desenvolvimento produz efeitos sobre o processo de trabalho. A avaliação indica o que é valorizado e, portanto, em quais elementos devem estar centrados os esforços destes trabalhadores. Neste sentido, como discutem Santos e Merhy, a avaliação seria um dos mecanismos de regulação do SUS, visto que "a regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores" (SANTOS; MERHY, 2006). O que se apreende a partir da análise das falas coletadas é que é a realização de exames e consultas os resultados valorizados, portanto, o que no limite se configura como objetivos finais do trabalho do ACS. Essa pressão pelo volume de trabalho atinge não apenas os ACS, mas também as gerências de programas, como se percebe nas falas abaixo.

> A única coisa que eu posso fazer é pra ver se eles dão uma mudada, em relação a fazer essas visitas. É contar só aquilo que foi feito mesmo, só como visita. Se foi só 20, vou contar só 20 no final do mês, no relatório. Aí, o que a Secretaria faz? Lá, eles têm que passar pros dados. E quando dá baixo [o número de visitas], eles perguntam: "Por que deu baixo nesse ACS? Ele só entregou 100 de visita." Então, o ACS já fica assim até com um pouco de medo de perder o emprego [...] (supervisor).

> Tem que ter 14 mulheres para fazer preventivo, tem que ter número para o ministério [...] (ACS).

> Eles cobram, eles cobram tudo. Se a mulher não vem fazer o preventivo: "Por que ela não veio fazer o preventivo?" Ela não veio ou porque ela não quis ou ela não acredita – por mais que a gente oriente, sempre, a gente é cobrado. Se a criança não vacina, a gente é cobrado porque a criança não vacinou: "Por que que ela não vacinou?" Então, a gente tem

> uma cobrança muito grande, porque a gente faz um trabalho que tem que ter um resultado. Então, se eu tenho 50 hipertensos, visitei só 20, por que eu visitei só 20? Por que que a pressão dessa paciente está alta, se você vai e orienta? É o remédio? Então, poxa, essa já não é a nossa parte, é parte médica. O agente de saúde é cobrado por muitas coisas. Tudo é o agente de saúde. A gente tem uma cobrança muito grande" (ACS).

A ênfase na compreensão do trabalho do ACS a partir de sua dimensão de produtividade, e que tem sido corroborada pela avaliação, pode ocasionar distorções na qualidade do trabalho, muitas vezes não perceptíveis aos próprios profissionais[8]. Na fala seguinte percebemos que, sob esta lógica, os usuários são transmutados em objetos para conquista das metas, ficando num segundo plano a qualidade da relação profissional.

> A Ana [ACS] é a campeã [de indicadores]. Ganha em tudo, ganha em tudo... E ela tá falando que ela tem uma comunidade muito carente e que os indicadores estão associados à Bolsa-Família, e ela fala isso pras pessoas. Se não cumprir os procedimentos da Saúde, corta a Bolsa. Como o pessoal é muito duro, às vezes, o único rendimento é a Bolsa, a pessoa tem uma maior [...] (fala de ACS).

Das conseqüências da implementação de avaliação centradas em critérios que combinam produtividade e atos de caráter biomédico, cabe refletir: 1) de que forma ela contribui para a manutenção do modelo assistencial cuja substituição o PSF define como um de seus "princípios norteadores"; e 2) em que grau ela minimiza tanto a carga de atividade quanto a complexidade que perpassa as atividades do trabalho do ACS.

Em relação à possibilidade de reversão do modelo assistencial, as falas coletadas nos indicam a necessidade de atentar para os rumos que vêm sendo dados a partir do cotidiano, possivelmente corroborado por uma formação abreviada. Esta questão se torna particularmente preocupante se considerarmos que a equipe mínima da ESF é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Esse elemento de manutenção da lógica não apenas biomédica, mas da assistência organizada com base em programas verticais de saúde, está presente tanto na fala de gestores quanto na de ACS.

> Nossos informes, que a gente pode passar, [...] como Hiperdia, verminose, são doenças de assistência básica, não precisa correr, assim, para prevenir essas doenças, mas as pessoas não encara assim, acha que o módulo é como um ambulatório, vem pra consulta, pega medicação [...], diz que a doutora não presta porque não passou medicação [...] e as pessoas não percebem que o lixo que está nas casas, que a água que eles não tratam, apesar de agente orientar mensalmente, as pessoas não toma consciência (fala de ACS).

> A visão ainda é ambulatorial nos PACS. Ainda há profissionais no PSF que ainda tem essa visão assistência, A gente ta pensando num seminário pra transformar isso (fala de gestor da AB).

Na fala dos entrevistados, o procedimento denominado *busca ativa* e a visita domiciliar aparecem como rótulos que abrigam uma série de ações que costumam não ter visibilidade e que são responsáveis pelo aumento da "carga de trabalho". Além disso, são

[8] Na área da sociologia do trabalho, a discussão sobre "intensidade do trabalho" e "imaterialidade do trabalho" fornece suporte teórico consistente para a reflexão sobre o que, no presente texto, estamos caracterizando como avaliação produtivista. Sugerimos, por exemplo, a leitura de Dal Rosso (2006).

recorrentes nas falas dos ACS a referência a uma certa "busca ativa invertida", situações nas quais os moradores da comunidade os acionam em quaisquer contextos e a qualquer horário em busca de cuidados em saúde.

> O trabalho da gente não tem hora nem lugar, você pode estar em casa no domingo com sua família que batem na sua porta pedindo para medir pressão... Um dia eu tava na praça com meu namorado veio uma moça e começou a perguntar um monte de coisas de umas dúvidas que ela tava de DST, o meu namorado ficou revoltado, às vezes ele pede até para largar esse serviço, mas eu não largo! Aí você vai dizer o quê? Que não pode conversar? Que tá namorando? Eu já expliquei um monte de vezes para ele que meu trabalho é assim mesmo, naquele dia foi ela que precisou falar comigo, mas no dia seguinte sou eu que vou precisar que ela abra a porta da casa dela para mim (fala de ACS).

Mesmo na avaliação que enfatiza a produtividade, o esforço empregado para efetivar a visita domiciliar é subdimensionado, e o trabalho realizado fora do horário de expediente é simplesmente ignorado, uma vez que só se considera o alcance dos objetivos finais. Ainda que a avaliação procure contabilizar idealmente uma série de elementos da atenção, não contabiliza o tempo despendido para concretizar uma determinada "tarefa" que no exemplo seguinte é descrita como visita domiciliar.

> Entrevistador: Onde você busca o paciente?
>
> ACS: Eu busco na comunidade aonde ele mora e as informações também na comunidade.
>
> Ent.: Você faz uma investigação?
>
> ACS: Uma investigação mesmo, pra saber. Aí a gente já descobriu. Ou o vizinho fala alguma coisa: "Ah, fulano de tal? Fica mais naquele lugar". Aí, a gente faz a busca ativa.
>
> Ent.: Aonde você já foi atrás de um paciente que não fosse a casa dele?
>
> ACS: No trabalho. A gente consegue muito paciente no seu serviço. Porque, às vezes, o paciente é hipertenso, ele não pára em casa.
>
> Ent.: Mesmo que o trabalho não seja na sua comunidade, você vai?
>
> ACS: Isso. Eu vou. E muitas vezes... Às vezes, quando trabalha na casa de um paciente de outro agente, aí ele avisa: "Oh, fulano de tal trabalha lá também." Então, a gente sempre entra em consenso com ele, com o empregador também, pra não ter nenhuma divergência, né? Eu tenho conseguido. Não tenho tido nenhum problema não.
>
> Ent.: Já foi em igreja, atrás de paciente?
>
> ACS: Não.
>
> Ent.: Não?
>
> ACS.: Igreja, não. Lá, é só bar. Muitas vezes, a gente vai em bar. Paciente tá lá bebendo...
>
> Ent.: Bar?
>
> ACS: É. Paciente tá bebendo: "Por que que você não tá tomando o remédio?" A gente vai medir a pressão, a pressão tá lá em cima, no pico. Mas é porque ele não toma a medicação, porque acha que, bebendo, né? Quando pára de bebe, a pressão sobe. Ele tá bebendo, a gente... Por um acaso, coincide da gente medir a pressão do paciente, que a gente... Eu não gosto muito de fazer isso. O bar não é lugar de fazer visita, né? Às vezes, a gente vai lá e orienta, porque a gente já marca um horário pra gente ir na casa da pessoa.

Afirmamos anteriormente que o segundo ponto comum nas práticas de avaliação do trabalho do ACS nas localidades estudadas é a implementação de avaliações assistemáticas. Esta avaliação, feita pela supervisão dos ACS, é produzida, sobretudo a partir de um conjunto de elementos implícitos e que observamos na nossa pesquisa recaírem sobre aspectos pouco precisos da relação que os ACS estabelecem com o seu próprio trabalho e com os usuários. Assim, utilizamos a categoria "interação subjetiva" para incluir e denominar essas expectativas que as respostas obtidas nas entrevistas demonstram estar associadas às práticas de avaliação.

Para contribuir com a discussão sobre a diversidade de práticas avaliativas, trazemos o pensamento de Demarteau (2002), para quem a caracterização das diferentes práticas de avaliação passa pela distinção de três dimensões: a estratégica, a social e a técnica. Interessa-nos neste momento resgatar esta última dimensão. Dermateau argumenta que a dimensão técnica estaria intensamente relacionada ao processo a partir do qual se implementa uma avaliação. Este processo teria como elemento privilegiado a produção de informação ou, melhor dizendo, a produção do conhecimento a partir do qual se estabelece o julgamento.

Ao trazer a discussão sobre a dimensão técnica (ou metodológica), esse autor diz que o cerne dessa dimensão repousa sobre o eixo formal-informal[9] dos componentes da avaliação. O caráter formal implicaria que cada componente da avaliação (processo de produção de informação, estabelecimento de julgamento e o uso dos resultados) fosse de antemão claramente explicado. Além disso, apoiando-se na análise de Barbier (1990), o autor diferencia alguns tipos de avaliação, baseando-se principalmente na natureza implícita ou explícita de três componentes da avaliação: o processo de avaliação, o julgamento e o uso que se faz desse julgamento.

Assim, quando a avaliação do trabalho do ACS assume caráter explícito e formalizado, sobretudo em relação ao processo de produção de informação, o faz a partir da adoção de critérios e instrumentos tradicionais, quantitativos, do planejamento orientado pela epidemiologia. Em todos os campos da pesquisa, observamos que tanto os gestores quanto os supervisores e os ACS reconhecem a redução de taxas de morbidade, a detecção precoce de eventos clínicos e o alcance de metas de cobertura da comunidade (câncer de mama, tuberculose, diabetes etc.) como critérios de avaliação. O segundo componente, o julgamento, talvez seja um elemento difícil de determinar o quanto tem sido, no que se refere ao trabalho do ACS, explícito na sua formulação ou explicitado apenas através de seus efeitos, ou seja, das decisões tomadas tendo como base os resultados da avaliação. Assim, podemos dizer que a própria repercussão da avaliação no PSF merece mais investigação.

Ao mesmo tempo em que existem procedimentos de avaliação baseados nos critérios anteriormente descritos, ou seja, fundamentados numa racionalidade orientada pela relação objetividade-quantificação, encontramos na fala dos supervisores menção a um modo de apreciar o trabalho do ACS, feito a partir de elementos pouco precisos (e não-explícitos para o ACS), como a realização da "escuta ao paciente", a "abordagem" utilizada ou, simplesmente, "humanização". A perspectiva de aprimoramento da avaliação, na fala desses entrevistados, deveria centrar-se exatamente nesta dimensão "pessoal", conforme mencionado, categorizada como "interação subjetiva".

> Acho que uma pessoa que tem **um comprometimento, que gosta do que faz,** né? Nem sempre aquele que chega pra gente no final do mês com todos os dados excelentes é um bom ACS. Às vezes, faz a visita domiciliar, mas não tem um **comprometimento**. Faz porque tem que apresentar um dado no final do mês. Então, aquele que se compromete, aquele que **gosta de se envolver** com atividades educativas, se envolve com a Unidade, com o todo, com a equipe técnica, com o médico, enfermeiro, que interage com todo mundo e não aquela pessoa que simplesmente tem todos os dados 100% (fala de supervisor de ACS).

> Não acho que só as planilhas sejam tão importantes. Acho que o conteúdo delas é extremamente importante pra sinalizar algumas coisas pra gente, mas acho que o individual, o pessoal mesmo, até o próprio **perfil pra executar o trabalho**, é importante. É aquilo que a gente falou no início. Não adianta ter uma numeração maravilhosa e, às vezes, a qualidade mesmo, né, a **abordagem, a humanização no atendimento**, né, ficar lá, escutar o paciente, às vezes não tem. Então, acho que é um conjunto (fala de supervisor de ACS).

Se pensada em termos conceituais, essa prática não poderia ser considerada como uma avaliação. Patton (1997) sugere que a idéia de avaliação deve incluir ao menos duas características. A primeira seria a coleta sistemática de informações sobre o trabalho realizado e os resultados obtidos; a segunda consiste na elaboração de julgamentos sobre o material coletado, visando a subsidiar o processo de tomada de decisões. Assim, a prática avaliativa, da forma como é realizada pela supervisão, só assume o conteúdo do conceito de avaliação se pensada por sua segunda característica: o julgamento.

Observamos que a avaliação realizada nesses espaços está relacionada ao âmbito privado de cada supervisor, restrita a seus valores e percepções a respeito da qualidade das intervenções desenvolvidas, e o mais importante, sem critérios explícitos. Trata-se de uma avaliação informal, muitas vezes improvisada e opaca, que pode elaborar saberes importantes e úteis, mas que tem contra si o fato de serem pouco democráticas, na medida em que apenas o avaliador ocupa lugar de produtor de conhecimento sobre o trabalho, restando ao avaliado apenas transmitir informações requeridas. Esses problemas são agravados por esta forma de avaliar não privilegiar a dimensão coletiva para a definição de seus padrões e critérios, bem como para o compartilhamento de seus resultados. Experiências de avaliação com esse contorno fragilizariam o papel formativo, cujo sentido, de acordo com Guba e Lincoln[10] (1989), seria avaliar o valor intrínseco ou extrínseco do objeto no intuito de melhorá-lo, o que, de acordo com Worthen (2004), implicaria fornecer informações sobre o desenvolvimento de programas, tendo como principal beneficiado a própria equipe. Esse questionamento ganha força na medida em que percebemos que os ACS não identificam procedimentos de avaliação no momento de supervisão.

Na pesquisa isso se evidenciou pela ausência de falas dos ACS sobre avaliação relacionadas à supervisão. O mesmo não ocorre nas entrevistas com os responsáveis pelas supervisões, que nos campos da pesquisa referem perceber o contexto de supervisão como momento de avaliação do trabalho. Conforme afirmou um entrevistado:

[9] No original em Inglês: "*informal-formal axis*" (DEMARTEAU, 2002, p. 460).

[10] Guba e Lincoln (1989, p. 189-190) afirmam que o propósito da avaliação pode ser concebido de quatro maneiras, duas das quais se referem ao enfoque formativo (intrínseco ou extrínseco) e somativo (intrínseco ou extrínseco).

> a gente avalia o tempo inteiro, né? Porque quando a gente senta com cada um, a gente avalia ali na área dele os dados dele, faz ele pensar junto com a gente, alguns caminhos, algumas estratégias (fala de supervisor).

Duas entrevistas com dois gestores da atenção básica apontam para diferentes perspectivas da relação sobre a interação entre avaliação e a qualidade do trabalho do ACS. Enquanto o primeiro gestor sinaliza para certo esgotamento da abordagem exclusivamente quantitativa na produção de conhecimento sobre o trabalho e para a ênfase na produtividade como sinônimo de trabalho "válido", ou seja, que é valorizado, que tem valor; um segundo gestor mantém-se fiel a essa racionalidade, questionando-se quais seriam as novas quantificações necessárias para discutir a qualidade do trabalho do ACS.

> O que você acha que poderia ser aprimorado, se é que alguma coisa podia ser aprimorado pra avaliação do trabalho dos ACSs?

> Na realidade, eu acho que é assim. É... Quantitativamente, assim, números, planilhas, a gente já consegue avaliar, né? Eu acho que talvez a gente pudesse tá pensando em alguma coisa mesmo do que a gente falou, da vontade, do perfil, uma coisa muito do pessoal. Até pra valorização do serviço. Quando a gente fala – "coloca alguma coisa no quadro demonstrando que conseguiu atingir a meta esperada" –, é uma avaliação numérica e não uma avaliação mesmo pessoal, da qualidade individual dele. Então, assim, eu conseguia te dizer, implementar alguma coisa a mais, mas assim, para uma avaliação mesmo da pessoa e não uma coisa numérica, que é avaliar ele comparando com alguém ou com a meta que a gente precisa atingir. Acho que hoje a gente sente falta disso, de mostrar pra ele a qualidade, a importância dele no serviço. Acho que falta esse estímulo (gestor da atenção básica).

> Eu acho assim... Pode melhorar. Algumas coisas a gente implementou faz pouco tempo. Então, a gente ta em fase mesmo de avaliação. Desde quando eu assumi a gerência, a gente mudou algumas coisas. Então, já se percebe que algumas a gente tem que alterar, né? Algumas planilhas; monitoramento de mulher em idade fértil, né? Que cada um seguia um critério e a gente fechou um critério único, hoje; vacinação; respeitando a consulta de hipertenso leve, moderado, severo. Então, assim, a gente vem adequando a realidade mesmo ao que a gente implementou (gestor da atenção básica).

Poder-se-ia supor que existem, neste contexto, lacunas em relação aos procedimentos de avaliação e à implementação de processos de avaliação. Uma leitura superficial deste fenômeno nos levaria a pensar que o trabalho educativo seria o espaço do exercício da autonomia do ACS, ou seja, no qual ele estaria livre da dependência de aprovação e das prescrições oriundas de outros campos profissionais que compõem a equipe do PSF – seria, portanto, o espaço da criação. No entanto, entendemos que se pretendemos conferir ao ACS algum grau de autonomia no exercício profissional, inclusive no que se refere à educação em saúde, devemos assumir essa construção de autonomia como um processo que se arquiteta em debates coletivos e que tem como premissa o reconhecimento desse profissional como membro da equipe de saúde. Nesses termos, a avaliação do trabalho do ACS, realizada de forma sistemática e incorporando as especificidades do trabalho educativo, poderia ser inserida como um elemento pedagógico contribuindo para a qualificação de todo o trabalho. Esta prática de avaliação se diferencia daquelas que são habitualmente desenvolvidas nos momentos de supervisão, por requerer a participação da equipe

e a pactuação de critérios, o que teria como repercussão lógica o envolvimento com os resultados pretendidos com o trabalho do ACS na ESF.

Um obstáculo para a concretização de ações que pressupõem a integração do ACS na equipe de saúde está relacionado ao fato de que a interdisciplinaridade idealizada para o campo da saúde é considerada a partir da integração de conhecimentos e práticas de campos disciplinares científicos. Neste sentido, o ACS, com sua profissionalização, formação e, portanto, identidade profissional ainda fragilizada, seria o profissional com a maior dificuldade de integração nesta equipe. A delegação de um trabalho de caráter supostamente manual ao ACS acentuaria a experiência de não-pertencimento à equipe, cuja reversão é mais um desafio para o projeto que se formula para a atenção básica e que compete também à avaliação enfrentar.

Considerações finais

Um dos questionamentos que perpassou a realização da pesquisa indagava sobre a existência de práticas inovadoras de avaliação na atenção básica. Em relação ao trabalho do ACS observou-se, nas localidades pesquisadas, a permanência dos modelos tradicionais de avaliação, centrados no diálogo já estabelecido entre a epidemiologia clínica e o planejamento com ênfase nos indicadores tradicionais de morbi-mortalidade e limitados pelos sistemas de informação em uso na rede de saúde.

Poderíamos argumentar que a existência de práticas inovadoras de avaliação, em particular no trabalho dos ACS, deveria estar associada a inovações no próprio trabalho do ACS. Contudo, o grau de institucionalização que a educação em saúde adquire a partir do trabalho do ACS já permite considerá-la uma inovação do processo de trabalho no SUS, que suscitaria a formulação e implementação de desenhos metodológicos pouco freqüentes na cultura de avaliação que se está construindo no sistema de saúde.

Nossa discussão considera também que a atual conformação dessas práticas avaliativas é condicionada por determinado modo de produzir e validar conhecimento que se institui para além dos contextos locais. Podemos dizer que as metodologias de avaliação não se originam em uma esfera autônoma da produção-reprodução do conhecimento científico ou mesmo da área da saúde em particular, e assim a avaliação, tomada como uma prática social, pode vir a se afirmar como um espaço da reprodução de valores do atual modo de produção, e portanto, da concepção hegemônica de trabalho. Isto pode nos ajudar a entender a ênfase no volume de trabalho como elemento primordial da avaliação deste trabalhador.

A problematização que trazemos a respeito da avaliação do trabalho educativo é perpassada pela compreensão de que a educação em saúde se diferencia substancialmente da idéia de educação limitada a um conteúdo pré-definido que deve ser repassado, afastando-se, desta maneira, da crença de que a informação é suficiente para causar mudanças. A educação é pensada aqui como uma prática social capaz de gerar possibilidades de encaminhamento de problemas, cujas soluções não estão estabelecidas *a priori*, mas são criadas na interação entre sujeitos.

A proposição, subjacente à reflexão sobre educação e avaliação, ora apresentada, aponta para a superação das limitações postas pela redução do trabalho do ACS ao objetivo de difundir comportamentos específicos com base na identificação de fatores

de risco. Entendemos que esta forma de pensar o trabalho do ACS tem orientado uma vertente de avaliação centrada na produção de atividades, inteiramente identificadas com as diretrizes dos programas verticais de saúde. Esta orientação levaria ao enfraquecimento da perspectiva de reversão do modelo e à manutenção da ênfase no caráter biomédico da atenção em saúde.

Sinalizamos que o principal desafio para avaliar a qualidade do trabalho do ACS reside na implementação de metodologias que possam produzir os conhecimentos necessários à reorientação das práticas cotidianas das equipes de saúde e não apenas das políticas no nível macro da gestão do sistema. Neste sentido, coloca-se em questão a capacidade de mensuração de resultados, quantitativamente expressos, como referência privilegiada para a definição de padrões e critérios de qualidade que compõem a avaliação. Assim, a incorporação da abordagem qualitativa na avaliação pode ser apropriada para elucidar o modo (processo) como são desenvolvidas práticas educativas no PSF e particularmente relevantes para os gestores em nível local comprometidos com a qualificação das ações dos serviços de saúde e interessados em tomar a avaliação como um processo que elucide as especificidades locais.

A perspectiva metodológica de cunho qualitativo tem sido pouco explorada no âmbito do sistema de saúde, estando limitada aos espaços acadêmicos. O que se propõe não é afirmar a proeminência dos métodos qualitativos sobre os quantitativos, mas retomar uma questão central de toda avaliação em saúde que versa sobre os meios através dos quais podemos produzir conhecimentos relevantes para melhorar o nível de qualidade da atenção.

No caso do PSF, a avaliação deve estar em consonância com a complexidade das ações previstas. Tal complexidade é relativa não apenas às múltiplas determinações do processo saúde-doença, mas igualmente às diferenças na natureza do trabalho dos profissionais em interação no cotidiano do programa. Frente à discussão sobre o trabalho do ACS, a avaliação poderia ter seu potencial ampliado para além do âmbito dos serviços de saúde, sobretudo nesse momento instituinte da formação e da profissionalização deste trabalhador. Além disso, reafirmamos nosso entendimento de que a avaliação pode subsidiar o desenvolvimento do SUS de modo consoante com a não-dissociação entre trabalho, educação e saúde.

Referências

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006 (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 10).

BARBIER, J. M. *L'évaluation en Formation.* Paris: PUF, 1990.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. *Lisboa: Edições 70, 2006.*

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, *Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.*

BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes. *2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.*

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde:* enfoques emergentes. Rio de Janeiro, Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.* Documento Técnico. 6 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.* Equipe Saúde da Família, parte I e II. 6 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Tecnologia para Avaliação da Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CAMARGO Jr., K. R.; COELI, C. M.; MORENO, A. B. Informação e avaliação em saúde. Avaliação de Saúde na Atenção Básica: Perspectivas Teóricas e Desafios Metodológicos. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. *Políticas de Saúde:* a organização e a operacionalização do Sistema Único e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 251-266. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cadernos de Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 1999, p. 253-256.

_____. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

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

CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. dos. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. *Políticas de Saúde:* a organização e a operacionalização do Sistema Único e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 267-284. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

CRUZ, M. M.; SANTOS, M. dos S.; MONTEIRO, S. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 995-1003, mai. 2007.

DAL ROSSO, Sadi. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. *Trabalho, Educação e Saúde,* v. 4 n. 1, mar. 2006.

DEMARTEAU, M. A theoretical framework and grid for analysis of programme-evaluation practices. *Evaluation.* v. 8, n. 4, p. 454-473, 2002. Disponível em http://evi.sagepub.com/cgi/reprint/8/4/454. Acesso em: 03 out. 2007.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia:* saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Socias e Humanas.* Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. *Fourth Generation Evaluation.* Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em Saúde:* dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HERNANDEZ, F. *Cultura visual, mudança educativa e projeto de trabalho.* Porto Alegre: Artmed, 2000.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de saúde no contexto da Reforma Sanitária. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.2 n.2, p. 353-365, nov. 2004

MEYER, D. E. E. et al. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 22, p. 1.335-1.342, jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. D.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de método:* abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-52.

MOREIRA, M. Repensando a avaliação: perspectivas criativas para a educação profissional na área da saúde do trabalhador. *Trabalho, Educação e Saúde,* v. 4, n. 2, set. 2006.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde.* v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007a.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B.; Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, C. M. (Org.). *Educação e Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007b, p. 13-34 (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation:* the new century text. London: Sage, 1997.

RAMOS, M. N. dos. Conceitos sobre trabalho. In: FONSECA, A.; STAUFFER (Orgs). *O processo histórico do trabalho em saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-56. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu),* v. 10, n. 19, p. 25-41, jun. 2006.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. (Orgs.). *Avaliação em Saúde:* dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan-mar. 1994.

STOTZ, E. N. Educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, educação e saúde*, v. **3, n. 1, p. 9-30, 2005.**

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz categoria práxis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* v. 15 n. 1, p. 142-149, 2007.

WORTHEN, B. R. *Avaliação de programas:* concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

Elementos para a discussão da avaliação do trabalho educativo em saúde

FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO
ANGÉLICA FERREIRA FONSECA
ISABEL BRASIL PEREIRA
MARIA CECÍLIA ARAÚJO DE CARVALHO

Introdução

Os anos 1990 foram o período de implantação e aperfeiçoamento de um novo modelo de saúde pensado e proposto nas décadas anteriores. De setembro de 1990, na ocasião da sanção da Lei Orgânica da Saúde, até os dias atuais, o Ministério da Saúde e as diversas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde empenharam-se em desenvolver estratégias de transformação[1] do modelo assistencial historicamente constituído no Brasil. Esta mudança requeria principalmente a construção de uma outra relação com a questão da produção de demandas de saúde, que não a lógica econômica da oferta de serviços. A pretendida reorientação do modelo de saúde passou a exigir como condição para sua existência uma escuta diferenciada das necessidades de saúde da população.

A proposta de superação da histórica organização do setor saúde encontrou na Atenção Primária à Saúde uma ferramenta para "proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, por um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático" (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 43).

> Inicialmente, podemos identificar duas características principais da Atenção Primária: a regionalização – a partir da identificação das necessidades de saúde de cada região – e a integralidade – que fortaleceria a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 45).

Starfield argumenta que a importância da atenção primária decorre de múltiplos fatores. Para ela, as profissões da área da saúde ficaram "mais fragmentadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades" (STARFIELD, 2002, p. 20). Mendes (2002) relata algumas diferenças entre as concepções sobre atenção primária que têm norteado as políticas públicas em diversos contextos. A primeira concepção toma a atenção primária como programa com foco em regiões e pessoas pobres; a segunda inclui a atenção primária como nível de atenção do sistema; a terceira defende uma compreensão da atenção primária como

[1] A esse respeito ver Mendes (1994).

estratégia de organização do sistema. Isto se realizaria de uma "forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer necessidade, demandas e representações da população" (MENDES, 2002, p. 10).

Em termos históricos, Fausto e Matta (2007) argumentam que no Brasil o estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família em 1994 foram as duas primeiras investidas por parte do Ministério da Saúde no intuito de reorganizar a atenção à saúde com ênfase na atenção primária.

A Atenção Básica em Saúde[2] constitui atualmente a principal política de reorientação do modelo assistencial no país. É possível afirmar que a criação tanto do Programa de Saúde da Família quanto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ambos alçados à categoria de Estratégia, foi motivada pela proposta de contribuir para a promoção de condições dignas de vida, baseando-se, entre outras práticas, numa escuta mais próxima da população[3].

No entanto, mesmo após mais de uma década da assunção desta estratégia, a Atenção Básica não passa por um processo sistemático de avaliação, não há ainda, conforme acepção de Contandriopoulos (1999), a instauração de uma "cultura avaliativa" neste âmbito da atenção. Conforme salientam alguns documentos do próprio Ministério da Saúde (MS), embora muitas avaliações já tenham sido realizadas na Atenção Básica, poucas delas nos fornecem elementos significativos sobre o impacto dessas ações.

> O impacto da atenção básica no alcance desses objetivos não foi sistematicamente investigado. Quase um quarto de século após Alma Ata (1978), existe pouca evidência disponível sobre o impacto da atenção básica na saúde da população e, menos ainda, no desenvolvimento socioeconômico ao longo do tempo. (BRASIL, 2006a, p. 39).

Um dos argumentos contrários à avaliação neste nível de atenção versa sobre a dificuldade de se apreender teoricamente o cotidiano complexo do trabalho desenvolvido na Atenção Básica. Todavia, por mais que se reconheça a complexidade do trabalho realizado nesses programas, eles também devem ser objetos de avaliação. Ainda na década de 90, Silva e Formigli (1994, p. 81) observam que "as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas".

A avaliação do trabalho em saúde, e em particular do trabalho de educação em saúde, constitui hoje um dos maiores desafios para o campo da avaliação. Mais ainda quando se pensa no trabalho de um ator específico deste nível de atenção: o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

[2] De acordo com Fausto e Matta (2007), o termo Atenção Básica em Saúde "melhor representa a história e a concepção do sistema de saúde brasileiro, fundado nos ideais da reforma sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS". Ele é usado em substituição ao termo Atenção Primária em Saúde, muito carregado de concepções de organismos internacionais.
[3] A expressão "escuta diferenciada" ou ainda "escuta qualificada" nos remete à noção de escuta cuja origem se encontra na teoria psicanalítica e apontava para o reconhecimento dos conteúdos inconscientes presentes na fala dos pacientes no método de associação livre. No momento atual seu uso recorrente em textos da área da saúde, vem indicar a necessidade de valorização das dimensões sociais, políticas e psicológicas do processo saúde-doença na relação com o usuário. Nesse sentido nos afasta do estreitamento pautado pelo enfoque biomédico e ganha amplitude quando posto em diálogo como princípio de integralidade no cuidado à saúde.

Com o intuito de trazer alguns elementos para a discussão sobre as possibilidades e as práticas de avaliação do trabalho do ACS, discutiremos as interações entre a educação em saúde o processo de trabalho do ACS e as práticas avaliativas. Para entendermos um pouco melhor as especificidades atuais do trabalho do ACS e as possibilidades de realizar sua avaliação, cumpre realizar uma retomada histórica sobre a constituição deste ator como profissionais de uma equipe de saúde e, em seguida, realizar um esforço de caracterização da discussão teórico-metodológica sobre avaliação incorporando o mapeamento de estratégias governamentais para a institucionalização desta prática.

Experiências de transformação do modelo assistencial: o agente de saúde

Experiências que enfatizavam o papel de integrantes das comunidades como agentes sociais da saúde nos remetem aos anos 60 do século XX, mais propriamente às ações de ampliação de cobertura no âmbito do Ministério da Saúde (MOROSINI et al., 2007a). Foi no contexto de desenvolvimento do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que encontramos as "visitadoras sanitárias" – auxiliares "que atuavam, tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, realizando visitas domiciliares, atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco e vigilância sanitária, com supervisão e orientação do enfermeiro" (MOROSINI et al., 2007a, p. 263).

A lógica do PIASS era promover a educação em saúde como prática para se alcançar as metas do programa e a mobilização comunitária como tática para a implantação de ações específicas, tais como sistemas simplificados de abastecimento de água, de destino de dejetos e do lixo e a criação de hortas e pomares. Para além das experiências governamentais, em um contexto dos movimentos de luta contra o regime militar, David (2001) e Ramos (2007) ressaltam a importância das agentes de saúde ligadas às instituições religiosas, cuja atuação, permeada pelas concepções do Movimento Popular em Saúde, se orientava no sentido de reconfigurar as relações entre os profissionais de saúde e as classes populares.

Giffin e Shiraiwa (1989) apontam para a experiência do Estado do Ceará na adoção dos Agentes de Saúde, e para a implantação dos Agentes de Saúde Pública em Manguinhos. Ambas as experiências estiveram envoltas num processo de renovação da estrutura organizacional da saúde pública no Brasil, sendo a primeira particularmente identificada com o desenho do Programa de Agentes Comunitários em nível nacional. Cabe destacar que, já em Alma Ata (1978), a inserção desses sujeitos – os agentes de saúde – como atores vivos na condução da então atenção primária à saúde era uma recomendação aos países pobres e, principalmente, àqueles com características rurais.

Os agentes de saúde surgiram num contexto de falta de profissionais de saúde, em regiões que historicamente apresentavam dificuldades de interiorização e fixação desses profissionais, particularmente médicos e enfermeiros. As atribuições desses sujeitos, entretanto, estavam limitadas a uma lista de tarefas bem determinadas, relacionadas ainda com uma lógica programática da saúde (SILVA; DALMASO, 2002a).

Mesmo tendo angariado a simpatia de diversos setores sociais, a função precípua desempenhada por este novo ator, agora institucional, não obtinha consenso. Para uns, seu papel se resumiria à "racionalização da demanda"; para outros, seu papel

seria emancipatório, atuando nas ações educativas, informando sobre a melhor forma de utilização dos serviços, contribuindo para a melhoria da saúde e para o desenvolvimento social.

As experiências aqui relatadas primam por destacar o potencial inovador dos ACS nas funções e tarefas que lhe são atribuídas. Mesmo tendo uma função determinada, o papel desses agentes acabou sendo estabelecido concomitantemente às suas práticas – construído, portanto, a partir de cada realidade específica. Uma expressão deste fato é a próprio conjunto de ações que podem ser atribuições dos ACS, quando o mesmo é, necessariamente, auxiliar de enfermagem, como acontece em um dos campos desta pesquisa.

A partir do ano de 1991, o Ministério da Saúde transformou em política nacional experiências locais de agentes de saúde. Nesse ano foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), visando à institucionalização de diversas "experiências práticas em saúde que se desenvolviam em diferentes regiões do país, porém de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco à saúde" (MOROSINI et al., 2007a, p. 265). No ano seguinte, este programa teve sua nomenclatura alterada para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e passou a ser uma das principais estratégias, junto com o Programa de Saúde da Família, para "contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar" (BRASIL, 1997, p. 1).

Se considerarmos a experiência desenvolvida pelo PIASS Nordeste, ainda na década de 1960, e dos Agentes de Saúde do Ceará em 1987 (já mais sistematizada que a anterior) como as primeiras do Brasil, vemos que até a regulamentação da profissão de ACS em 2002 (Lei nº 10.507/2002) passaram-se algumas décadas. Interessante observar que o fato de esses profissionais terem vivido à margem de uma definição institucional a respeito de suas atividades possibilitou em diversos contextos a potencialização e ampliação de suas funções. Este aspecto é particularmente destacado pelo fato de que a estratégia de ACS, desde sua formulação, foi caracterizada como um estímulo à reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1997).

É possível afirmar que a utilização da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde tenta fazer essa interlocução entre os usuários e os serviços. Isto é imaginado pela inserção do ACS como um liame nessa relação, como o construtor de um *território comum* no qual é possível a realização do diálogo (SILVA et al., 2004b). Esta perspectiva vai ao encontro do salientado por Giffin e Shiraiwa (1989, p. 42), de que "é preciso respeitar a colocação de necessidades sentidas e soluções apresentadas pela população sem negar a responsabilidade técnica em apontar outras necessidades e na busca de soluções". Para tanto, surge a necessidade de criação de espaços nos quais a troca seja legitimada a partir de uma relativização de todos os saberes, principalmente aqueles mais poderosos.

A relativização desses saberes passa, entre outras questões, pela democratização do saber biomédico, papel que pode ser desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Democratizar esse saber significa não apenas informar sobre novas tecnologias de exame e de cura, mas também informar sobre os aspectos preventivos e de promoção de saúde. Assim, Silva e Dalmaso (2002b, p. 77) vêem o ACS como, entre outros fatores, "um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de

discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao autocuidado". O Ministério da Saúde reconhece a importância desses atores em desempenhar este papel, ao afirmar que a formação desses profissionais deve ser capaz de potencializar

> suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente (BRASIL, 2004, p. 18).

No período entre a ocorrência das primeiras experiências de Agentes Comunitários e a regulamentação da profissão, os desafios colocados pela institucionalização do ACS convergiram para o surgimento de uma série de demandas por educação profissional, acompanhadas da construção de um espaço de atuação profissional diferenciado, marcado pela prática de uma "escuta diferenciada" das necessidades de saúde da população.

Contudo, ao analisar estes dois movimentos, é importante ressaltar que a atuação do ACS se depara com questões que embora sejam determinantes das condições de saúde da população, extrapolam os limites de atuação dos serviços de saúde. Isto porque o trabalho do ACS o leva a se defrontar com questões ligadas "às dinâmicas de exploração e de exclusão de camadas inteiras da população, expostas à fome, miséria, à falta de saneamento básico e a trabalhos extremamente insalubres e opressores, determinantes de sofrimentos físicos e mentais" (BUCHABQUI et al., 2006, p. 34).

Tais características de seu trabalho apontam para a importância de a educação profissional dos ACS adotar outras formas de aprendizagem, mais abrangentes e sistematizadas, dos diversos aspectos relacionados ao processo saúde-doença da população. Como destacam Silva e Dalmaso (2002b), o Ministério da Saúde, em 1999, enfatizou essa necessidade, com a publicação das Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Além dessa proposta, em 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lançou o Referencial Curricular para Curso Técnico para Agente Comunitário de Saúde, no qual reafirma o papel do ACS como um dos condutores da reordenação do setor saúde e, ao mesmo tempo, reconhece uma lacuna em suas formações. Assim, esse documento afirma:

> O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador do âmbito específico do Sistema Único de Saúde. A relevância deste trabalhador no contexto de mudanças das práticas de saúde e o papel social do Agente Comunitário de Saúde junto à população constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade. (BRASIL, 2004, p. 6).

Estas iniciativas do Ministério da Saúde indicam a compreensão de que a formação profissional do ACS deve ter a preocupação de incluir diversos saberes, o que surge no Referencial Curricular com a incorporação de questões que não são exclusivas do campo biomédico, mas que pertencem ao campo da antropologia, sociologia e serviço social. Tal orientação se mostra também presente nas recomendações do MS para o trabalho do ACS, como por exemplo, "desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde" (BRASIL, 2004, p. 19). Nesse sentido, o Ministério da Saúde indica que a educação em saúde se

constitui como um dos instrumentos de intervenção do ACS, caracterizando-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, e reconhece que o trabalho do ACS pode ser caracterizado como um trabalho de educação em saúde, pois se inscreve "tanto no campo da saúde quanto no campo da educação. Ao considerarmos importante a reflexão sobre as concepções e práticas de saúde, devemos considerar igualmente importante que se reflita sobre concepções e práticas de educação" (BRASIL, 2004, p. 34).

Esta reflexão é relevante na medida em que ajuda a delimitar cotidianamente as atribuições e funções específicas do ACS. Silva e Dalmaso (2002b) apontam que em muitos lugares estes profissionais têm sido sobrecarregados em seus trabalhos. Talvez isto ocorra por uma falta de compreensão e direção da própria gerência que lhes incute a tarefa de desempenhar todas as ações que devam ser desenvolvidas na comunidade. Assim, conforme adverte ironicamente Tomaz (2002, p. 86):

> a identificação de crianças fora da escola, a limpeza das caixas d'água para combater o mosquito da Dengue, a reclamação ao proprietário de uma pocilga instalada numa área urbana, tudo isso e muito mais é de responsabilidade do ACS. Isso tem implicação direta no processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica.

O autor prossegue alertando para o fato de o processo de qualificação do ACS ainda ser desestruturado e fragmentado. Para ele, os programas educacionais devem levar em consideração "métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante" (TOMAZ, 2002). Morosini et al. (2007a, p. 264) recuperam alguns aspectos da formação desses atores e ressaltam seu caráter aligeirado que, geralmente, objetiva a instrumentalização para a prática, o que se expressava inclusive a partir dos termos que caracterizavam essas qualificações: "treinamento" e "capacitação".

O Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004), documento conjunto do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, busca modificar o processo de inserção dos profissionais ACS no setor saúde, na medida em que, por sua qualificação, o desloca de uma função subordinada para autor de seu trabalho. Assim, Morosini et al. (2007a, p. 266) afirmam:

> O ACS é o trabalhador sobre o qual recaem funções estratégicas para a viabilização das metas da atenção preconizada: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas.

Se, no início de sua história, o ACS representava alguém com mão-de-obra desqualificada que seguia a uma cartilha rígida, agora representa um ator institucional com uma formação técnica (conforme exigência da Lei nº 11.350/2006) capaz de realizar um trabalho absolutamente qualificado e fundamental para a continuidade das transformações no modelo assistencial no Brasil. Neste sentido, o Ministério da Saúde, aliado às Secretarias Municipais e com importante participação de Escolas Técnicas do SUS, tem buscado alternativas que propiciem a implementação de programas de ensino que conduzam ao domínio dos conhecimentos e habilidades específicas requisitadas pelo processo de trabalho dos ACS.

Esta iniciativa tenta dar uma resposta a uma série de situações com as quais o ACS lida na interação cotidiana com a comunidade, e para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu

> [...] nem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania (SILVA; DALMASO, 2002b, p. 79).

O campo da saúde não elaborou ainda um saber que defina e norteie a forma pela qual o ACS deva realizar a escuta das necessidades da população, embora seja bastante freqüente, nos discursos sobre o trabalho do ACS, a idéia de que o mesmo deva realizar uma escuta qualificada de necessidades. Atualmente os ACS são os profissionais mais próximos dos usuários e, portanto, os que possuem maior viabilidade de identificar tais necessidades em suas particularidades subjetivas, econômicas, sociais e culturais. No campo da saúde, essa proximidade representa um grande diferencial (e avanço se compararmos ao período pré-Constituição de 1988), pois, ao mesmo tempo em que facilita o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde – garantindo, portanto, um direito – contribui com a inversão da lógica que historicamente definiu a oferta dos serviços de saúde.

Cabe ressaltar, entretanto, como o fez Tomaz (2002), que o ACS não é um "superherói". Esperar que estes profissionais promovam a total reestruturação dos serviços de saúde e que operem a transformação social e cultural em suas comunidades significa atribuir-lhes poderes sobre humanos.

Para que não haja expectativa mistificada de sua atuação, é fundamental compreender as dimensões e especificidades que constituem a escuta diferenciada desenvolvida no trabalho dos ACS. É necessário, ademais, identificar quais saberes estão presentes nessa atuação profissional, e quais saberes ela requisita e necessita para se desenvolver na direção das transformações esperadas quanto ao modelo assistencial do SUS. Ao colocarmos em debate a educação e a prática profissional desses sujeitos, devemos nos questionar quais campos do conhecimento humano poderiam subsidiar sua formação e atuação no cotidiano dos serviços. Mais que isso, devemos interrogar quais estratégias seriam efetivas na sustentação das ações destes profissionais como práticas inovadoras e potentes para a construção de modelos assistenciais coerentes com os princípios ético-políticos do SUS.

Um questionamento pertinente é o que nos leva a entender de que forma a atuação deste profissional vem conferindo materialidade ao cuidado em saúde, que, no limite, constitui o sentido primordial de sua prática. Um dos caminhos para responder a esta questão passa pela caracterização da diferentes tecnologias – compreendendo o conceito em seu sentido amplo – empregadas na atuação cotidiana destes profissionais e a realização de avaliações do trabalho do ACS que extrapolem a produção de informação sobre resultados mas que nos ajude a compreender o processo de trabalho deste profissional na sua relação com a equipe de saúde.

Cabe destacar, a esse respeito, que durante muito tempo a avaliação foi uma tarefa desempenhada por "agências financiadoras do primeiro mundo e controlada pelos espe-

cialistas ou profissionais; logo, poucos foram os conhecimentos compartilhados com os atores envolvidos, e com freqüência tardiamente" (MERCADO et al., 2006, p. 23). De forma semelhante, outras avaliações compartilham da idéia de uma aferição de metas e resultados, uma *avaliação normativa* que não leva em conta os efeitos diversos[4] de uma dada intervenção.

Se a tradição da avaliação é centrada muito mais em resultados, do que nos outros componentes da prática, qual seria então a possibilidade de esses instrumentos mensurarem as mudanças e transformações proporcionadas pelo trabalho dos ACS? Como muito bem alertado por Ayres,

> dado o caráter ético e político das práticas de saúde, a avaliação do cuidado não pode se deixar restringir à verificação de seu "êxito técnico", mas, entendendo esse êxito técnico como *práxis*, isto é, como simultaneamente exercício de escolha compartilhada de um modo de vida, deve estar também voltada para julgar acerca de seu "sucesso prático" (AYRES, 2004, p. 586).

A lógica de funcionamento do PSF e do PACS exige uma concepção de avaliação própria ao seu funcionamento, que deve ser pensada e estruturada levando em consideração as especificidades inerentes à forma de organização da Atenção Básica. Não é intenção deste trabalho realizar uma discussão exaustiva a respeito da avaliação em saúde, mas, simplesmente, levantar algumas questões sobre a avaliação do trabalho do ACS que entendemos serem fundamentais para a realização de uma avaliação mais próxima ao cotidiano destes sujeitos.

A busca por critérios que possam constituir uma base para a avaliação do trabalho dos ACS tem sido objeto de reflexão na área da saúde. Mesmo que a literatura recente já tenha vislumbrado a centralidade da educação no trabalho em saúde do ACS, ao investigarmos a produção de conhecimento voltada para a avaliação do trabalho desses profissionais, nos deparamos com a ausência de estudos que tenham como orientação justamente este componente educativo de seu trabalho. Diante desta constatação, consideramos pertinente trazer para discussão alguns eixos teóricos norteadores que auxiliem, a partir da totalidade do trabalho dos ACS, a pensar critérios que possam servir como referencial para a avaliação do caráter educativo do trabalho dos ACS.

Para compreendermos tais eixos, é fundamental resgatarmos alguns dos fatores que contribuem para a ausência de estudos sobre o trabalho educativo do ACS. Destacam-se a esse respeito três características principais: a primeira relaciona-se aos próprios critérios e instrumentos de avaliação promovidos por instituições e programas que não contemplam o trabalho educativo do ACS. Como decorrência disso, enfrenta-se uma

[4] De acordo com Minayo (2005, p. 33), uma intervenção geraria múltiplos resultados, não sendo possível prevê-los no momento da confecção do programa. Ela utiliza o termo "causalidade complexa" para denominar este aspecto. A causalidade complexa "se opõe à visão de linearidade entre causa-efeito e enfatiza dimensões complexas, incalculáveis interações e inter-retroações que os fenômenos possuem". Além disso, "a dinâmica das intervenções quase nunca coincide, matematicamente, com a possibilidade de se medirem todos os benefícios, frutos de uma determinada ação, pois eles só amadurecem ao longo do tempo" (p. 36). Nesta mesma linha de raciocínio, Contrandriopoulos et al. (1997, p. 36) defendem que realizar apenas uma apreciação dos resultados "é muitas vezes insuficiente para se fazer um julgamento válido sobre os resultados de uma intervenção". Até porque, como salienta o autor, "toda intervenção na área da saúde produz diferentes tipos de resultados" (p. 40).

falta de fontes documentais para pesquisas que se debruçam sobre o tema. A segunda característica diz respeito à formação dos pesquisadores da área, na medida em que grande parte deles não tem conhecimento acumulado sobre avaliação educacional, pois, em geral, tem sua formação acadêmica na área da saúde, relacionando-se pouco com o pensamento educacional. A terceira característica relevante se volta para o fato de a literatura produzida na área de avaliação educacional convergir, em sua maioria, para a avaliação do processo/aprendizagem e institucional centrado especificamente no âmbito do ensino formal.

Diante do quadro atual sobre a avaliação dos ACS, portanto, da avaliação do trabalho humano, devemos resgatar uma importante indagação filosófica: para Protágoras, "o homem é a medida de todos as coisas", como avaliá-lo então? Sobre que parâmetros realizar esta avaliação? Longe de cair em um relativismo, a elucidação dessas questões deve servir como uma denúncia à suposição da possibilidade de uma avaliação neutra, ou desvinculada de um projeto de sociedade, da organização do trabalho dessa sociedade ou do caráter ético e político da ação educativa.

Assim, vislumbrar eixos norteadores para a avaliação do trabalho educativo do ACS requer um olhar especial para o processo de trabalho que este profissional desenvolve. Além disso, implica questionar a identidade social construída na prática por este ator e o papel que ele ocupa no trabalho em saúde. Mais que isso, demanda considerar que o ACS desenvolve, sob a égide do capital, um trabalho de produção imaterial, no qual a comunicação, a cultura e as ações políticas configuram seu trabalho educativo. Portanto, os parâmetros de avaliação do trabalho do ACS não podem estar restritos a critérios normativos do tipo "preenche ou não as fichas corretamente", ou seja, apenas mensurando a aptidão de lidar com os instrumentos que fornecem as informações (claro que necessárias) para o sistema de saúde, nem mesmo reduzir esse trabalho a uma expressão numérica do tipo "quantas visitas realizou". Não à toa, muitos trabalhos científicos elegem como questão central o papel de mediador desse profissional. Mediação não só entre a linguagem de diferentes classes sociais e culturas, entre o saber acadêmico e o saber popular, como também entre o espaço público e o espaço privado, sobretudo na relação entre os direitos à saúde promulgados e o acesso da população ao conhecimento desses direitos.

Avaliar como a comunicação do ACS com a comunidade é estabelecida requer entender que a comunicação não se estabelece no vazio, como pura abstração formal. A produção, a circulação e a recepção dos textos e dos discursos ocorrem em contextos específicos, que não podem ser ignorados. Tal compreensão sobre a comunicação desvela a importância de perceber como os ACS estão lidando com determinadas questões sociais e culturais próprias às comunidades em que estão inseridos, como, por exemplo, as formas religiosas diferentes, ou ainda, sob uma outra perspectiva, se estão reforçando preconceitos e traços do senso comum que se tornam obstáculos à apreensão de concepções de saúde comprometidas ao mesmo tempo com o indivíduo e com o coletivo. Ao levarmos esse pensamento ao limite, nos deparamos com a necessidade de o ACS estar preparado para fazer uma crítica às informações sobre a saúde coletiva e do indivíduo veiculadas pela mídia. Esse passo só é possível na medida em que se percebe a comunicação como ação da educação e que muitos sentidos sociais são propagados pela mídia a partir de uma construção feita por fragmentos, inversões, lacunas, preconceitos e distorções.

O resultado mais evidente dessa forma de construir sentidos sociais pode ser visualizado pela substituição da idéia de *cidadão* pela de *consumidor*, pela criação de *heteronomia* e não de *autonomia* social – no sentido usado por Castoriadis, de uma *hegemonia* política e cultural, diretamente ligada às formas de hegemonia econômica, não de uma vida social democrática, que respeite as diferenças, crie e estenda direitos, defendendo a humanidade dos mais fracos e dos menos educados, com menos acesso aos benefícios da educação e da saúde formal.

A avaliação do trabalho educativo do ACS passa pela análise da visão de cultura que orienta esse profissional. A todo o momento esse trabalhador lida como mediador entre a cultura popular e a cultura produzida pelas instituições de pesquisa e ensino (BOSI, 1992). Desta forma, ressaltamos que uma das principais premissas contidas nas idéias que partilhamos sobre a avaliação educacional e que se encontram como fundamentos nas diversas correntes críticas do pensamento educacional sobre a educação repousa no fato de que:

> a avaliação educacional deve ser apreciada com os atores envolvidos a fim de não apenas chegar a um veredicto – mesmo que provisório – que elucide, mas que também produza conhecimento, apontando desdobramentos. Trata-se de afirmar a avaliação na sua vertente crítica, como processo, como mediadora, e não como medida, quer seja na sua dimensão diagnóstica, formativa ou qualquer outra forma didática de se nomear os processos avaliativos. Entendam-se então resultados da avaliação não só, ou muito menos como, um julgamento de valor, mas principalmente como produtor de conhecimento [...] Qualquer avaliação não produzirá verdades absolutas ou comprovará hipóteses de maneira irrefutável, como é colocado pela herança positivista (PEREIRA, 2006, p.317).

Mesmo que os diversos atores no sistema de saúde assumam as especificidades do trabalho do ACS as avaliações propostas para este trabalhador ainda se centram especificamente em sua dimensão mais facilmente mensurável, como, por exemplo, a quantidade de visitas domiciliares realizadas. Isto, no entanto, está intimamente relacionado com a própria constituição da área da avaliação, que nos últimos anos vem ganhando importância dentro do setor público. Para melhor compreender como estas avaliações vêm sendo realizadas e para apresentar elementos que justifiquem nossa hipótese de que elas não nos fornecem respostas substantivas a respeito do trabalho do ACS, na seção seguinte apresentaremos parte da discussão e dos referenciais teóricos sobre a avaliação.

Elementos para a compreensão da avaliação em saúde

O domínio da avaliação se encontra na confluência de três grandes tradições disciplinares que são relativamente autônomas: as ciências sociais, a economia e as pesquisas clínicas e epidemiológicas (CONTANDRIOPOULOS et al., s/d). Mercado et al. (2006) apresentam uma lista de concepções sobres os objetivos da avaliação: possibilitar um melhor projeto dos programas/serviços/políticas; conhecer o processo e o impacto do programa/serviços/políticas; justificar seu financiamento; verificar as ações; saber como melhorar as iniciativas; desenvolver redes e contatos; melhorar os padrões; entender e determinar como funciona o programa/serviço/política.

A avaliação também desempenha o papel de gerar a concretização de metas mais amplas e agir como catalisadora da mudança, o que é possível na medida em que traz

subsídios para analisar tanto o projeto inicial quando os resultados obtidos (como veremos adiante, duas perspectivas distintas de avaliação). Além disso, a avaliação pode

> promover a confiança entre os atores envolvidos, medir os efeitos do programa, compreender o processo ou a mudança e analisar o valor agregado do programa. Tais propósitos resultariam em avanços de aprendizagem social e mudanças com diferentes matizes. (MERCADO et al., 2006, p. 41).[5]

Outro conjunto de interpretação no campo da saúde define avaliação como um julgamento sobre uma prática social com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (SILVA, 2005, p. 16). Para Minayo (2005, p. 19), a "avaliação visa a reduzir incertezas, a melhorar a efetividade das ações e a propiciar a tomada de decisões relevantes". A avaliação se guiaria ainda por três objetivos fundamentais: 1) oferecer respostas à sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos; 2) responder aos interesses das instituições, de seus gestores e de seus técnicos; 3) buscar sempre uma melhor adequação de suas atividades.

Cruz e Santos (2007, p. 268) também afirmam que "a avaliação se apresenta como uma prática social que auxilia a nortear as práticas de saúde e a gestão na tomada de decisão, com base em critérios e padrões, preferencialmente pactuados". Os autores ressaltam, no entanto, que a avaliação nem sempre vem acompanhada de uma utilização profícua de seus resultados. A avaliação muitas vezes vem articulada de um sentido de punição.

Felisberto (2006) destaca que a avaliação em saúde no Brasil ainda se apresenta de forma incipiente, com baixa incorporação às práticas dos serviços e programas, possuindo fundamentalmente um caráter prescritivo e burocrático, ou seja, *normativo*. Para Felisberto (2006, p. 557), a avaliação em saúde "não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais".

De acordo com Contandriopoulos (2006, p. 706), atualmente vivemos na "necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde". O autor argumenta que a crise pela qual os sistemas de saúde de todo o mundo têm passado e a crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população[6] geram a sensação de que o sistema de saúde não corresponde mais às necessidades da população, e que tem sua viabilidade comprometida. Por esses motivos, o autor defende que o sistema de saúde necessita de reformulação e aprofundamento.

Desta forma, é possível afirmar que, para o PACS e o PSF, uma avaliação bem feita é fundamental, sobretudo para auxiliar na solução de seus problemas, que muitas vezes estão ocultos sob a burocracia e o atropelo das atividades diárias. "É preciso construir meios para verificar se a implementação dessa estratégia vem possibilitando efetivamente a mudança na lógica de organização da atenção à saúde e produzindo ações de qualidade" (CRUZ; SANTOS, 2007) e, além disso, examinar se/como a formação e a atuação

[5] A argumentação desses autores pode servir como auxílio na demonstração da importância do processo avaliativo na afirmação da Atenção Básica como indutora da mudança do modelo assistencial.

[6] Para o autor, as expectativas de atendimento da população existem em função, de um lado, do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas e, de outro, da necessidade de controlar os gastos públicos (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

do ACS estão contribuindo com esse processo. "Há um debate vivo em saúde pública a respeito dos enfoques e metodologias adequados para avaliar essas novas práticas e elaborar conhecimentos científicos válidos" (POTVIN et al., 2006, p. 76). No entanto, não basta apenas institucionalizar a avaliação, "é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS" (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706). Outrossim, a avaliação deve auxiliar os próprios atores do programa nas mudanças necessárias e aprimoramento de suas ações.

Como destaca Felisberto (2006, p. 561), institucionalizar a avaliação significa incorporá-la à rotina das organizações de saúde, tornando-a um instrumento de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas. A promoção da "cultura avaliativa" daria "suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos" (idem). Silva e Formigli (1994, p. 87) também acreditam que incorporar a avaliação como "prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção". Para as autoras, haveria uma espécie de desperdício de dados, na medida em que os serviços produzem cotidianamente informações que não são incorporadas ao planejamento.

Um dos grandes empecilhos para a institucionalização da avaliação no setor saúde brasileiro está na falta de consensos sobre os pilares teóricos e metodológicos da avaliação. Além disso, no caso do Brasil, padecemos de certo colonialismo científico, como afirmou Mercado et al. (2006, p. 32), "pois é comum ver citadas e aceitas as contribuições de autores situados em "posição de superioridade", fato que por si mesmo parece avalizar a qualidade do trabalho realizado". Não cabe ao campo da avaliação propor um método universalmente aceitável, mas, como ressaltam diversos autores (HARTZ; SILVA, 2005; MINAYO, 2005; CRUZ; SANTOS, 2007) para cada avaliação se desenvolvem desenhos e abordagens distintos. Assim, "um dos grandes desafios para a institucionalização e qualificação da avaliação de programas diz respeito à definição de desenhos e abordagens compatíveis aos objetos em questão" (CRUZ; SANTOS, 2007, p. 276).

Inicialmente é importante diferenciar dois termos que estão imbricadas e por vezes são postos como sinônimos: avaliação e monitoramento. O primeiro constitui-se de um processo estruturado de coleta e análise de informações sobre as atividades, as características e os efeitos de um programa, respondendo a uma pergunta avaliativa, determinando o mérito ou valor do programa e, em algumas perspectivas, tenta explicar a relação entre a intervenção e seus efeitos. Já o monitoramento visa a acompanhar rotineiramente informações prioritárias sobre um programa e seus efeitos esperados. Além disso, acompanha os custos e o funcionamento do programa e provê informações que podem ser utilizadas para a avaliação do programa.

A literatura divide a avaliação basicamente em três ramos, a *avaliação normativa*, a *avaliação qualitativa*, a *pesquisa avaliativa* (todas essas perspectivas de avaliação possuem diversas subdivisões internas). Contandriopoulos et al. (1997, p. 34-35) afirmam que o primeiro se caracteriza por julgar uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização, os serviços e os bens produzidos e os resultados obtidos, com critérios e normas. Uchimura e Bosi (2002, p. 1.567) afirmam que determinados estudos

baseados nas "perspectivas dos atores sociais envolvidos em programas e serviços podem ser concebidos como análises circunscritas ao campo da avaliação qualitativa". Isto é possível na medida em que consideram "a utilização de um método científico para a captação do significado dos fenômenos focalizados". A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela busca de uma compreensão profunda dos significados das ações sociais que são objetos da avaliação.

A pesquisa avaliativa pretende "analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa" (Contandriopoulos et al., 1997, p. 37). Destacam-se, nesta perspectiva teórico-metodológica, cinco tipos de análise: 1) análise estratégica: visa a analisar a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação entre a intervenção e a situação problemática que deu origem à intervenção; 2) análise da intervenção: pretende estudar a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados; 3) análise da produtividade: almeja estudar o modo como os recursos são usados para produzir serviços; 4) análise dos efeitos: intenta avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde, ou seja, determinar a eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde; e 5) análise do rendimento: objetiva analisar os recursos empregados em relação aos efeitos obtidos (custo/benefício).

As subdivisões mencionadas nesses ramos da avaliação se devem, sobretudo, às preferências por abordagens[7] quantitativas ou qualitativas (uma disputa que tem se mostrado inútil para o crescimento do campo). As pesquisas avaliativas mais modernas dão conta da utilização de referenciais quantitativos e qualitativos. Isto se baseia numa percepção de que as técnicas são instrumentos que auxiliam os pesquisadores na obtenção de respostas às suas perguntas, não são as próprias respostas. A opção por priorizar a abordagem qualitativa baseia-se, entre outras coisas, no fato de que:

> aspectos como a efetividade do acolhimento, a qualidade das relações interpessoais na organização dos serviços, a ética no cuidado, as linguagens em que se desenvolvem os diálogos e a natureza da escuta que se realiza no processo assistencial, dentre muitas outras dimensões do cuidado, remetem invariavelmente à utilização da abordagem metodológicas que permitam a apreensão dos fenômenos em sua singularidade (BOSI; UCHIMURA, 2006, p. 109).

Diversas nomenclaturas são dadas às pesquisas avaliativas que procuram se pautar numa abordagem qualitativa[8]. A aproximação entre essas abordagens ocorre pela tentativa de superação de um modelo tradicional de avaliação. Elas comungam da necessidade de inserção de outros atores antes relegados a um segundo plano no desenvolvimento da avaliação. Assim, usuários e seus familiares, profissionais de saúde e a comunidade em geral agora assumem posição de destaque no processo de avaliação. Contudo, como alertam Bosi e Mercado (2006), muitas dessas abordagens têm apenas em seus discursos a inserção destes atores, pois acabam por reproduzir a lógica tradicional no momento da realização da avaliação.

[7] Minayo e Sanches (1993) resumem um pouco do debate existente entre essas duas visões metodológicas.
[8] Mercado et al. (2006) catalogaram uma gama dessas nomenclaturas, como por exemplo: Avaliação Participativa, Avaliação Colaborativa, Avaliação Qualitativa, Avaliação Crítica-Interpretativa, entre outras.

Esses autores, ao analisarem diversas avaliações realizadas na América Latina, destacam que embora muito propalada, a efetiva inserção de outros atores no processo de avaliação foi muito pouco realizada. Em nenhuma das avaliações estudadas pelos autores havia uma definição clara sobre "as características centrais da participação tão freqüentemente mencionada" (BOSI; MARCADO, 2006, p. 32). Na revisão bibliográfica realizada por Almeida e Macinko (2006), fica evidenciado que a incorporação dos profissionais em estudos de avaliação tem priorizado as informações advindas dos profissionais de nível superior, notadamente médicos e enfermeiros, mesmo quando o que está sob avaliação é o PSF, contexto no qual o trabalhador de nível médio, notadamento o ACS, ganha um peso indiscutível.

A respeito dos benefícios provenientes das avaliações, Bosi e Mercado (2006) afirmam que um dos grandes desafios permanece sendo a utilização na prática dos seus resultados. Após análise de experiências realizadas na América Latina, os autores declaram que se tem "a impressão de que o ganho principal do processo como um todo é para quem publica os resultados (dificilmente esses dados são acessíveis a quem elabora as políticas, a população doente ou os integrantes de suas redes sociais próximas)" (BOSI; MERCADO, 2006, p. 45).

Cabe destacar ainda que uma avaliação em saúde bem estruturada deve levar em consideração uma noção ampliada da saúde (não resumida ao acesso a bens e serviços de saúde) e, sobretudo, deve ter como pressuposto a saúde como direito de cidadania. Estas duas condições permitirão a realização de uma reflexão mais profunda sobre os resultados da avaliação.

Ao olharmos para as estratégias de avaliação da atenção básica, é possível identificar diversas das características apresentadas até agora. A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde começa a pensar sistematicamente formas de avaliação desse novo projeto para o setor saúde. Nesse ano foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) dentro do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Esta coordenação tinha como missão a

> [...] estruturação e implementação de processos de avaliação da atenção básica que permitam monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços da atenção básica, através da utilização sistemática dos sistemas de informação em saúde e de instrumentos que permitam a realização de avaliações normativas da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005c, p. 12).

Nesse primeiro momento já está explícita a perspectiva teórico-metodológica fortemente apoiada na produção de Donabedian (1982; 1984) que se fundamenta na avaliação da qualidade a partir da distinção de elementos de "estrutura, processo e resultados" e na produção de indicadores coerentes com esta mesma concepção. Embora no ano de 2003 a redação do conteúdo dessa missão se altere, tornando-se "monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS" (BRASIL, 2005c, p. 14), a concepção sobre avaliação permanece e mesma. Entretanto, a inclusão do objetivo "consolidar a cultura avaliativa" evidencia que a avaliação deixa de ser pensada como um momento do planejamento para se constituir como elemento permanente da própria política de atenção (FELISBERTO, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2006). A supressão do termo normativo na versão de 2003

não significa, todavia, que a avaliação normativa tenha deixado de ser hegemônica na Atenção Básica, mas talvez tenha atingido certo grau de naturalização que dispensa a explicitação da perspectiva de se colocar em discussão a questão da qualidade.

Se considerarmos o documento "Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização" (BRASIL, 2005b) percebemos que, apesar da argumentação em favor da participação de diferentes atores na concepção das várias dimensões que compõem o processo avaliativo a ênfase final recai sobre a adoção dos resultados coletados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O espaço ocupado pelo SIAB como instrumento primordial para avaliação da atenção básica extrapolou os limites dos setores de planejamento dos diversos níveis do sistema de saúde ganhando legitimidade também na produção acadêmica.

Consideramos que foi no intuito de rever e ampliar as concepções e ações de avaliação que o MS conduziu a formulação da proposta de "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família" (AMQ) – lançado em 2005 (BRASIL, 2005a). Parece-nos que este é, no momento, o resultado mais expressivo do esforço de institucionalização em nível nacional da consolidação de uma cultura avaliativa. A proposta da AMQ é oferecer instrumentos que apresentem padrões e indicadores para os diversos níveis da Estratégia Saúde da Família (ESF), neste caso, para os gestores, coordenadores e equipes. Embora esta proposta seja inovadora no sentido de fornecer elementos que possibilitam a operacionalização da avaliação ela encontra limitações pelo fato de se desenvolver dentro de um paradigma a partir do qual normatividade, objetividade, quantificação e facilidade de aplicação se tornam indissociáveis. No caso da ESF, estas limitações podem ser ainda mais importantes por se tratar de uma proposta de reformulação da atenção que, ao dar relevância à promoção à saúde, incorpora a educação como elemento central e, por coerência, deveria assumir a complexidade imposta por esse trabalho. Por vezes observamos que as recomendações derivadas desses modelos de avaliação têm certas limitações para fornecer subsídios com vistas à reformulação dos processos de trabalho e práticas de saúde que propiciem o fortalecimento do caráter substitutivo[9] que se constitui como um dos princípios norteadores da ESF.

O que está em foco aqui não é uma crítica à avaliação normativa em si, até porque entendemos que avaliação normativa não se limita a observar o cumprimento de objetivos programáticos preestabelecidos e também não teria que se reduzir necessariamente a expressões numéricas, embora estes duas características tenham predominado nas avaliações normativas. Vimos como mérito da avaliação normativa a possibilidade de explicitar e, portanto, colocar em discussão as referências a partir das quais se compreende e se julga o que é boa qualidade. Além disso, proporciona elementos concretos para a posterior crítica e questionamento alimentando a revisão dos próprios procedimentos de avaliação e dos critérios que a subsidiaram.

[9] Caráter substitutivo – "substituir as práticas tradicionais de assistência com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com resolubilidade da assistência". Os seis princípios norteadores da ESF incorporam os princípios básicos do SUS e trazem referência às bases sobre as quais se estrutura o modelo de atenção primária. Além do c*aráter substitutivo encontramos: Integralidade e intersetorialidade; territorialização; equipe multiprofissional; responsabilização e vínculo; estímulo a participação da comunidade e ao controle social* (BRASIL, 1997).

Por último, cabe resgatar a discussão de Donabedian (1981) a respeito da qualidade. Para ele, qualidade é uma propriedade que pode ter, em diferentes graus, o cuidado médico. Avaliação da qualidade é um julgamento sobre se determinada instância do cuidado médico tem esta propriedade e em que extensão. O objeto primário de estudo é um grupo de atividades que se realizam entre médicos e pacientes. Estas atividades são chamadas de processo de cuidado. A avaliação de processo é a maneira mais direta de examinar o cuidado. Porém podemos fazê-lo também através da avaliação da estrutura e dos resultados.

Estrutura são as características relativamente estáveis dos provedores de cuidados, das ferramentas e recursos que eles têm à sua disposição e dos ambientes físicos e organizacionais nos quais eles trabalham. Resultados são as mudanças no estado de saúde, atual ou futuro, do paciente, que pode ser atribuído ao cuidado antecedente de saúde. Existe uma relação funcional entre estes três elementos. Isto significa que as características estruturais dos *settings* onde são prestados os cuidados têm propensão a influenciar o processo de cuidado de forma a aumentar ou diminuir a qualidade deste. Da mesma forma, mudanças no processo de cuidado, incluindo variações em sua qualidade, vão influenciar o efeito do cuidado no estado de saúde (DONABEDIAN, 1981). Estrutura, processo e resultado não são atributos da qualidade, mas abordagens para a aquisição de informações sobre a presença ou ausência dos atributos que constituem ou definem qualidade.

Donabedian (1982) define qualidade a partir de diferentes perspectivas. A primeira refere-se ao manejo clínico de um episódio de doença de um paciente, que pode ser dividido em dois domínios: o técnico e o interpessoal. O cuidado técnico é a aplicação da ciência e tecnologia médicas ao manejo de um problema de saúde, visando a maximizar seus benefícios sem aumentar os riscos. O grau de qualidade é, portanto, a extensão na qual se espera que o cuidado provido venha atingir o balanço mais favorável entre riscos e benefícios. O manejo clínico engloba ainda a qualidade da interação social e psicológica entre cliente e técnico. Aqui, torna-se menos simples definir o que é boa qualidade, sendo necessário buscarmos os valores e normas que governam a interação dos sujeitos na sociedade, para em relação a estes, definirmos critérios de qualidade das relações interpessoais. "Estas normas emergem de valores e princípios éticos e regras que governam as relações entre as pessoas em geral e entre os profissionais de saúde e seus clientes em particular" (DONABEDIAN,1982, v. 1, p. 80).

O que Donabedian enfatiza com esta declaração é que mesmo quando o que está em foco é a qualidade de ações em que a dimensão clínica desempenha papel central, as definições de qualidade sobre a qual se baseia uma avaliação é perpassada por construções sociais, portanto históricas. Para o caso da avaliação do trabalho educativo, mesmo que o mesmo esteja fortemente influenciado por referências clínicas, com o trabalho atual do ACS (FONSECA et al., 2008, nesta coletânea), é preciso ter presente a idéia de que o trabalho do ACS, assim como todo trabalho humano, não é atividade isolada, ainda que efetivada por um indivíduo. O trabalho educativo é, pois, relação social, que se constrói na interação com sujeitos concretos, o que insere a avaliação deste trabalho no mesmo contexto de complexidade no qual o próprio trabalho de desenvolve.

Proposições

Acreditamos que, para a avaliação do trabalho educativo, deve-se apontar como meta a construção de critérios e instrumentos pautados no que Saul (2006) denomina de

avaliação emancipatória. Essa autora ressalta critérios como capacidade de descrição e análise da realidade, decisão democrática e crítica coletiva, como técnicas de valorização da avaliação envolvendo membros da comunidade e como instrumentos que se pautam pela capacidade de reflexão sobre o processo desenvolvido.

Nessa mesma linha de raciocínio, Paulo Freire afirma que "a questão que se coloca a nós é lutar em favor da compreensão e da prática da avaliação enquanto instrumento de apreciação do-que-fazer de sujeitos críticos a serviço da libertação e não da domesticação" (FREIRE, 1996, p. 116). A avaliação assim compreendida passa à problematização da própria ação e não como procedimento de fiscalização. Cabe ainda ressaltar que Luchesi (1998) vê a avaliação como um ato dinâmico que visa a qualificar a ação. Assim, para o autor, a avaliação é sempre feita em relação a um padrão ideal, direcionando a tomada de decisões. Por este motivo, prossegue Freire (1996), deve-se ter cuidado com uma idealização subjetiva do padrão a ser alcançado.

Neste sentido, trata-se de traçar critérios, no caso da avaliação do trabalho educativo do ACS, que perceba a realidade e o contexto desde onde está sendo desenvolvido o processo de trabalho desses profissionais. Desta forma, avaliações que não levam em conta o contexto e a realidade onde as ações dos ACS são desenvolvidas podem sugerir comparações que não guardem semelhança com a realidade, na medida em que ignoram as especificidades do trabalho realizado em determinada localidade. Assim, embora o trabalho de agentes em um local possa apresentar na comunidade um "resultado" melhor do que o trabalho de outro agente em outra comunidade; deve-se levar em consideração, por exemplo, que este último pode ter enfrentado muito mais condições adversas que o primeiro.

A partir das reflexões colocadas, podemos traçar outros eixos norteadores para a avaliação que contemplem o trabalho educativo desenvolvido pelos ACS, dentre os quais citamos:

- Compreender o trabalho educativo do ACS significa perceber que existe a necessidade de se refletir sobre sua prática, sobre o processo comunicativo e a mediação entre os saberes, e que tenha compromisso ético e político com a população.
- Entender o trabalho educativo como um trabalho intelectual. No caso do ACS, também como um intelectual orgânico da comunidade.
- Ressaltar a necessidade do entendimento da saúde no seu conceito ampliado, de conhecimento sobre o SUS, a saúde como direito de todos, como capacidade indispensável para construir sentidos sociais novos e qualificados, livres do preconceito, da ignorância e das restrições dogmáticas, que sempre facilitaram o medo, a doença e a própria violência social.
- Compreender o processo de trabalho desenvolvido pelo ACS como trabalho complexo[10], e que, portanto, precisa de formação qualificada, e não meros treinamentos. Isto implica traçar critérios e instrumentos de avaliação que possibilitem vislumbrar uma melhoria na formação deste profissional, na ótica de combate à naturalização das ações por eles desenvolvidas.

[10] Trabalho complexo – segundo Fidalgo e Machado (2000, p. 336), "difere do trabalho simples, pois requer formação sistemática e esforços do trabalhador em atividades especiais de formação profissional. Trata-se, portanto, de um trabalho que se destaca pela sua diferença qualitativa".

- Levar em conta que uma melhoria efetiva da população depende das condições objetivas em que vivem, restando ao trabalho educativo na saúde ocupar os espaços gerados nas contradições do capital. Ou seja, nenhum profissional pode ser eleito como o salvador da situação da saúde daquela comunidade. Portanto, o trabalho educativo que desenvolvem esses profissionais terá limites de êxito, não sendo cabível a criação de critérios com base idealista da noção de transformação;
- Entender a avaliação como um processo que não é neutro, que tem caminhos com continuidades e rupturas. Trata-se assim, de construir critérios e instrumentos que indaguem sobre as dificuldades enfrentadas.
- Entender que esse trabalhador tem um conhecimento prévio que deve dialogar com aquilo que possa aprender sobre o saber elaborado da humanidade. Portanto, não cabem instrumentos que em nome da ciência (ou do cientificismo), ou da burocracia, façam uma análise/avaliação como medida de cunho tecnicista.

Diante desses eixos norteadores para a avaliação do trabalho educativo do ACS, podemos perceber que se relacionam com dimensões da avaliação, abaixo mencionadas, e que devem orientar a construção de instrumentos.

a) Diagnóstico inicial: permitirá detectar os atributos que os ACS já possuem para o exercício do trabalho, na busca por entender qual o seu compromisso ético e político com o trabalho, se tem alguma experiência em trabalho com a comunidade, como ele considera os preconceitos de gênero, raça, religião etc. A avaliação diagnóstica inicial tentará recolher evidências sobre as formas de aprender do trabalhador, seus conhecimentos e experiências prévios, seus erros e pré-concepções. Essa dimensão da avaliação caracterizará também a validação dos processos de qualificação que ele passou.
b) Processual: permitirá identificar o nível de crescimento/evolução dos trabalhadores no desenvolvimento de seu trabalho.
c) A dimensão emancipatória da avaliação exercendo decisões coletivas e da reflexão sobre a realidade. Serão utilizados estratégias/instrumentos que serão dialogados com agentes e membros da comunidade, garantindo a legitimidade desses instrumentos. Do mesmo modo, aponta-se a necessidade de entrevistas com os que estão sendo avaliados, como umas das formas de expressar em que condições foram realizadas as ações, a dimensão da comunicação estabelecida, as relações entre saberes e culturas estabelecidos, as metas atingidas e não atingidas e o porquê desse resultado.

Inúmeras dimensões da avaliação podem ser aqui explicitadas, no entanto reafirmamos que qualquer instrumento convergente com o pensamento educacional crítico a ser construído na avaliação tem que tentar apreender a totalidade do processo de trabalho desenvolvido pelos ACS. Trata-se, portanto, de articular a avaliação no âmbito das relações sociais do trabalho, dos saberes científicos, da cultura e da comunicação, o que requer necessariamente considerar o trabalho educativo desenvolvido por esses profissionais no cerne dos critérios. No mesmo sentido, não sendo os instrumentos e as técnicas neutras, há que se primar por uma construção dialógica e democrática deles mesmos, visto que a avaliação só é válida se voltada para a melhoria da qualidade do trabalho e, deste modo, para promover transformações.

Referências

ALMEIDA, C.; MACINKO, J.; *Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006 (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 10).

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9,n. 3, p. 583-592, 2004.

BACHRACH, L. L. Sociological factors associated with substance abuse among new chronic patients. *Adolescent Psychiatry*, v. 16, 1989.

BACHRACH, L.L. The Challenge of Service Planning for Chronic Mental Patients. *Community Mental Health Journal*, v. 22, p. 3, Fall, 1986.

BORNSTEIN, Vera J. *O agente comunitário de saúde na mediação de saberes*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, Rio de Janeiro.

BOSI, Alfredo. *Dialética da colonização*. São Paulo. Companhia das Letras, 1992.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org). *Avaliação qualitativa de programas de saúde:* enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org). *Avaliação qualitativa de programas de saúde:* enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF. *Portaria n. 1886/GM,* 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: RJ, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Documento Técnico, 2005a. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Equipe Saúde da Família, parte I e II, 2005b. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde*. Caminhos da Institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Tecnologia para Avaliação da Atenção Básica*. 2006a.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006b.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; PETUCO, D. R. S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro v. 30, n. 1, jan/abr, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice?. *Cadernos de Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 1999, p. 253-256.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. *L'evaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods*. S/d. (mimeo).

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

CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. dos. Avaliação de Saúde na Atenção Básica: Perspectivas Teóricas e Desafios Metodológicos. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. *Políticas de Saúde:* a organização e a operacionalização do Sistema Único e Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

DAVID, Helena M. S. L. *Sentir saúde*: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Rio de Janeiro.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring.* V. II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.

DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica*: definción y metodos de evaluación. Mexico, DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI. M. V.; CORBO, A. (orgs.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família.* Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007.p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

FELISBERTO, E. Da Teoria à Formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: Reabrindo o Debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FIDALGO. F.; MACHADO, L. R. de S. *Dicionário da Educação Profissional.* Belo Horizonte: NETE/ SETASCAD, 2000.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de manguinhos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 22-44, jan/mar, 1989.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. *Fourth Generation Evaluation.* The Methodology of Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989. p. 184-227.

HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). *Avaliação em Saúde*: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005.

LUCHESI, C. C. *Verificação ou avaliação*: o que pratica a escola? São Paulo: FDE, 1998. p. 71-80. (Série Idéias, 8).

MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERCADO, F. J. et al. A. Avaliação de políticas e programas de saúde:enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde:* enfoques emergentes. Rio de Janeiro, Vozes: 2006. p. 22-62.

MEYER, D. E. E. et al. »Você Aprende. A Gente Ensina?" Interrogando Relações entre Educação e Saúde desde a Perspectiva da Vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 22, p. 1.335-1.342, junho, 2006.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. D.; ASSIS, S. G. de; SOUZA; E. R. de. (org.). *Avaliação por triangulação de método*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-52.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A.; GUIMARÃES, C. C.; O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: Concepções do Trabalho e da Formação Profissional. *Trabalho, Educação e Saúde,* v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007a.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B.; Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, C. M. (org.). *Educação e Saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV / FIOCRUZ, 2007b, p. 13-34 (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

PATTON, M. Q. *Utilization-Focused Evaluation:* the new century text. London: Sage, 1997.

PEREIRA, I. B. Possibilidades de a avaliação produzir conhecimento para a formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Gestão em Redes:* práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). *Construção da Integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 7-34.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org). *Avaliação qualitativa de programas de saúde:* enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes: 2006. p. 65-86.

RAMOS, Tereza. *Formação técnica e desprecarização dos ACS*: uma luta por cidadania. Aula inaugural. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 4 abr. 2007. 1 CD.

SAUL, Ana Maria. *Avaliação Emancipatória*: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, J. A., DALMASO, A. S. W. O Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface* – Comunicação, Saúde e Educação, v. 6, n. 10, p. 75-83, fev. 2002b.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S.W. *Agente comunitário de saúde:* o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002a.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. (org.). *Avaliação em Saúde:* dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 15-39.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

SILVA, R. V. B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004b.

STARFIELD, B. *Atenção Primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TOMAZ, J. B. C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um "super-herói". *Interface* – Comunicação, Saúde e Educação, v. 6, n. 10, p. 84-87, fev. 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov-dez 2002.

WORTHEN, B. R. *Avaliação de programas:* concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004.

Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica

RUBEN ARAUJO DE MATTOS
JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA
NATALIA NETTO DE SIQUEIRA

O tema deste trabalho é o uso de indicadores no processo de pactuação, buscando reconhecer seus potenciais e limites. De modo específico, tomamos para análise o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, visto como uma iniciativa concreta que nos oferece uma série de elementos para o exame crítico.

Este trabalho se inscreve num esforço de investigação mais amplo sobre práticas e metodologias de avaliação da atenção básica, desenvolvido pelo LAPPIS. A tarefa mais ampla daquele projeto era identificar e examinar práticas avaliativas da atenção básica em curso em algumas cidades brasileiras para, a partir daí, elaborar propostas para seu aprimoramento.

Na origem deste trabalho está um levantamento do quadro dos indicadores do pacto de atenção básica, coletados a partir do DATASUS para as cidades selecionadas naquela investigação mais ampla, bem como dos respectivos estados da federação, e de um breve exercício de exame da sua consistência, que foi apresentado em um seminário de trabalho da equipe de pesquisa. O debate sobre esse levantamento preliminar, entretanto, modificou radicalmente os rumos da nossa investigação, pois mostrou que, tomados de modo descontextualizado das formas de sua produção e de seu uso, era difícil dar sentido a tais indicadores naqueles casos concretos. As dúvidas sobre a possibilidade de que a partir daqueles indicadores pudesse ser desencadeado um processo de pactuação e de avaliação da atenção básica naqueles municípios nos levou a reformatar os objetivos do nosso trabalho. Voltamo-nos para o exame dos potenciais e dos limites do uso dos indicadores selecionados em 2006 para o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, no contexto específico dos processos de pactuação em curso no SUS em nosso país.

Tradicionalmente, o uso de indicadores integrava as práticas correntes do diagnóstico de saúde no processo de planejamento de saúde. Tratava-se, na maioria das vezes, de uma descrição do estado de saúde e do quadro dos serviços de saúde da localidade[1], região ou país, sem grandes pretensões analíticas. Muito freqüentemente, incluíam-se no estado de saúde as descrições das condições de vida da população.

[1] Evitamos intencionalmente falar aqui em situação de saúde para evitar qualquer confusão com o conceito de situação proposto por Carlos Matus, do qual trataremos mais adiante. Já o termo *estado de saúde* é usado em seu sentido geral. Mario Testa, em seus trabalhos sobre o diagnóstico, feitos já numa perspectiva crítica à abordagem tradicional, tomará a noção de estado de saúde como uma das categorias de sua proposta para o diagnóstico de saúde.

Esse diagnóstico tradicional situava-se na interface entre a epidemiologia e o planejamento. Contudo, as trajetórias desses dessas duas áreas na América Latina foram muito distintas nas últimas três décadas. A reflexão do planejamento procedeu a uma radical crítica a visão tradicional que orientou as práticas de planejamento dos anos 1960 e 1970[2]. De modo específico, a idéia de um diagnóstico neutro, supostamente capaz de apreender exatamente como é a realidade, e supostamente capaz de orientar as decisões através da aplicação de critérios racionais unívocos, foi duramente criticada, e quase completamente abandonada na área de planejamento. Em seu lugar, surgiram idéias que enfatizavam a compreensão dos diferentes projetos dos atores sociais em disputa contínua. Disputas essas que colocavam em confronto racionalidades por vezes distintas, cada uma delas expressa por um conjunto diferente de critérios racionais. Ao invés de um diagnóstico neutro, múltiplas possibilidades de descrição da realidade, cada qual a referir-se aos próprios atores e seus projetos políticos. Por sua vez, o planejamento tradicional foi também duramente criticado, por se configurar como uma prática dissociada da ação. O pensar estratégico e o planejar estratégico passaram ao centro do debate[3], abrindo novas possibilidades de negociação e de argumentação.

Nesse novo contexto, questões como a seleção de indicadores para alguma forma de diagnóstico ou monitoração passaram a ser examinadas levando em consideração os propósitos do ator que realiza essa seleção, e as formas concretas de apropriação e uso desses indicadores por atores concretos. Não haveria um indicador bom ou um indicador ruim em si; um indicador pode ser um excelente indicador para certos propósitos e, ao mesmo tempo, um péssimo indicador para outros.

Já a área da epidemiologia na América Latina, que nos anos 70 sonhava com a construção de uma Epidemiologia Social atrelada à luta por uma sociedade mais igualitária, dobrou-se diante da maior consistência metodológica e dos avanços dessa disciplina no cenário mundial. Nesse contexto, houve grande expansão da agenda de pesquisa epidemiológica entre nós, maior sintonia desta com a agenda no cenário mundial e uma crescente qualificação técnica de nossos pesquisadores na área. A expansão da agenda de pesquisa reduziu a importância relativa do debate epidemiológico sobre o diagnóstico do estado de saúde, embora aumentasse as contribuições para o entendimento da gama de determinantes e de fatores que influenciam uma série de problemas de saúde, assim como para a análise da eficácia das intervenções feitas com vistas a promover a saúde. Nessa trajetória, a área da epidemiologia vem enfatizando muito mais as questões inerentes aos desenhos de estudos e aos métodos do que as questões sobre o uso dos indicadores em contextos políticos e institucionais concretos.

Sem desprezar a riqueza das contribuições da epidemiologia, este trabalho toma elementos do debate na área do planejamento para refletir sobre o processo de pactuação

[2] Apesar dessa crítica radical, aquela visão tradicional infelizmente ainda se apresenta em algumas práticas do planejamento em saúde.

[3] A designação de planejamento estratégico a que nos referimos aqui é a proposta por Carlos Matus, em contraposição a uma visão tradicional por ele designada de planejamento normativo. A expressão *pensamento estratégico* no sentido aqui utilizado foi cunhada por Mario Testa, que pretendia com ela reter das idéias de Matus a sua crítica à visão normativa do planejamento tradicional, mas que criticava a pretensão do planejamento de desenvolver metodologias de alcance universal. Trataremos um pouco dessas idéias mais adiante.

e sobre o uso de indicadores. Como já dissemos, tomamos o Pacto de Indicadores da Atenção Básica como exemplo para esta reflexão sobre a pactuação.

De fato, a investigação sobre o Pacto de Indicadores de Atenção Básica se fez em dois momentos: o primeiro, cujos resultados são apresentados neste capítulo, se fez no sentido de compreender a proposta do pacto frente às abordagens do planejamento; o segundo, que será apresentado em outro capítulo desta coletânea, desenvolve um exercício exploratório sobre os potenciais e limites do uso de alguns dos indicadores propostos pelo pacto.

Do ponto de vista formal, este texto está dividido em três partes. Na primeira, realizamos um esforço de caracterizar e contextualizar o surgimento da iniciativa deste Pacto de Indicadores. Na segunda parte, fazemos um apanhado de algumas das contribuições do debate sobre o planejamento de saúde, que consideramos fundamentais para analisar os possíveis usos dos indicadores nesse processo. Seguem-se algumas considerações sobre o potencial de uso dos indicadores na pactuação, que encerram esse primeiro momento da investigação.

O contexto de emergência do Pacto de Indicadores da Atenção Básica

Talvez a primeira tarefa seja analisar o contexto de emergência e de desenvolvimento da iniciativa do Pacto de Indicadores de Atenção Básica. Ele surgiu formalmente em 1999[4], embora as principais características de sua proposta já estivessem apresentadas no *Manual Para a Organização da Atenção Básica* (BRASIL, 1998), e foi utilizado como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica até 2006.

Mas o que é o Pacto de Indicadores de Atenção Básica? O uso corrente dessa expressão merece ser mais bem examinado. Em um de seus sentidos no senso comum, o termo *pacto* se refere ao conjunto de indicadores selecionados anualmente para servir de base nas negociações entre os níveis de governo. De fato, tal seleção era o produto de uma pactuação entre representantes dos três níveis de governo, de modo que o elenco anual de indicadores era em si mesmo um pacto, e era formalizado através de portarias específicas do Ministério da Saúde.

Em outro sentido, a expressão *pacto* designa o processo de diálogo e negociação entre entes governamentais distintos (entre um município e o estado a que pertence, por exemplo) com vistas à constituição de um pacto de metas (quantitativas e/ou qualitativas), e à explicitação de compromissos com a atenção básica. A idéia é que esse processo tomasse como base aquele elenco de indicadores previamente pactuado. Na prática, os valores para cada um dos indicadores pré-selecionados seriam calculados para cada município e para cada estado da federação. O quadro desses valores serviria de base para a discussão e a pactuação das metas.

Num terceiro sentido, a palavra *pacto* designa o documento que emana daquele processo de pactuação e que manifesta, do ponto de vista formal, os compromissos dos gestores em alcançar as metas acordadas.

[4] O Pacto de Indicadores de Atenção Básica foi instituído pela portaria do Ministério da Saúde nº 476, de 1999.

Esses três sentidos se articulam, de modo que nenhum deles consegue apreender de modo isolado o significado dessa iniciativa. Podemos considerar que o Pacto de Indicadores de Atenção Básica expressa um método de governo (no sentido utilizado por Testa), ou seja, compõe-se de um conjunto de técnicas e de processos sistematizados concebidos com a intenção de permitir ao governo alcançar certos propósitos. Testa nos chama a atenção para o que denomina de "postulado de coerência", que "estabelece uma relação necessária entre os propósitos [de governo], os métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam de realizá-los" (TESTA, 1989, p. 85). Isto significa dizer que a eficácia de um método de governo qualquer depende tanto com os propósitos do governo, como de certas características do contexto institucional no qual o método será empregado. Nesse entendimento, o exame crítico da coerência de um método de governo (como, por exemplo, o Pacto de Indicadores de Atenção Básica) implica contextualizá-lo tanto frente aos propósitos do governo que orientaram sua elaboração, como frente ao contexto institucional relevante para seu uso.

No caso específico que aqui examinamos, relativo ao Pacto de Indicadores de Atenção Básica, eram dois os propósitos fundamentais: o primeiro, contribuir para que os municípios assumissem a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde pelo menos no que diz respeito à atenção básica; o segundo volta-se para a construção e a consolidação da atenção básica e integra uma estratégia de mudança do modelo assistencial até então prevalente. É diante desses propósitos que devemos colocar em exame as características específicas do Pacto de Indicadores de Atenção Básica, de modo a argüir em que medida elas são coerentes com tais propósitos.

O primeiro propósito merece uma análise mais detalhada, uma vez que ele se faz em um contexto institucional que precisa ser levado em conta para a análise da coerência dos métodos de governo adotados. Este propósito era absolutamente coerente com as diretrizes constitucionais. A Constituição de 1988, como é sabido, estabeleceu o princípio de que a saúde é um direito de todos, e que cabe ao Estado assegurá-lo através de políticas econômico-sociais, entre as quais aquelas voltadas para a garantia do direito universal e igualitário às ações e serviços de saúde que sejam necessários. Para tal, a mesma Constituição instituiu o SUS, definindo seus princípios e diretrizes, como o da participação da população, o da integralidade e o da descentralização, este último associado ao do comando único em cada nível de governo. A idéia de descentralização implicava necessariamente que autoridades municipais assumissem papel mais destacado na gestão do sistema de saúde em seus territórios.

Por outro lado, a Constituição de 1988 instaurou também um arranjo federativo de certo modo singular, ao estabelecer que os municípios são entes federados tanto quanto os estados e o Distrito Federal. Ou seja, ela instituiu um arranjo no qual os municípios têm, pelo menos do ponto de vista jurídico, grande autonomia frente aos estados e frente à União. Ao lado desse arranjo federativo, e como forma de viabilizar a abordagem municipalista a ele subjacente, as formas de transferência de receitas arrecadadas pelo governo federal ou pelos estados da federação para os municípios, e as regras para a criação de novos municípios facilitaram certa proliferação de pequenos municípios, muitos deles com pequeníssima base econômica de sustentação e, portanto, dependentes daquelas transferências intergovernamentais.

De fato, contamos em 2007 com mais de 5.500 municípios, sendo que 48% têm menos do que dez mil habitantes, e 94% têm menos de 80 mil habitantes[5]. Em muitos desses municípios, inexistia no início dos anos 90 uma base técnica local para subsidiar a formulação e participar da implementação de políticas de saúde no âmbito municipal, ou mesmo para assumir a gestão da rede de serviços de saúde municipal. Muitos municípios nem tinham serviços de saúde em seu território. Compreende-se assim a magnitude do desafio de levar os municípios a assumir sua responsabilidade pela gestão do SUS. Mas apesar de o texto constitucional prever que o financiamento do SUS deveria envolver recursos arrecadados pelos três níveis de governo, a grande maioria dos recursos para o SUS provinha (e ainda provém) da arrecadação do governo federal. Portanto, para que a descentralização pudesse acontecer, seria necessário operar de modo regular transferências de recursos do governo federal para os demais níveis de governo.

Uma primeira conseqüência dessas características institucionais do arranjo federativo no Brasil é que os métodos de governo não poderiam se fundar em relações hierárquicas entre os diversos entes da federação, pois tais relações simplesmente inexistem no plano jurídico. Por sua vez, a autonomia plena desacompanhada de acordos básicos sobre que responsabilidades de cada ente da federação, no que diz respeito ao dever do Estado em garantir a saúde, poderia produzir uma fragmentação e agravar a desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, a condução do processo de descentralização pautou-se pela idéia da pactuação e pelo uso do repasse de recursos como dispositivo de indução de políticas em entes federados autônomos.

A pactuação entre os níveis de governo teve suas origens na saúde ainda nos anos 80, no bojo das estratégias de descentralização postas em movimento a partir do INAMPS. Um legado dessa década foi a constituição do CONASS e do CONASEMS, duas entidades juridicamente não-governamentais, constituídas respectivamente por secretários estaduais e municipais de Saúde, que se tornaram atores fundamentais no desenho das estratégias para a descentralização e no próprio desenho dos métodos de governo que se desenvolveram desde a década de 90.

Com a promulgação da constituição, tornou-se evidente a necessidade de institucionalizar de algum modo aquele processo de pactuação. Logo no início da década de 90, surgiram novas arenas para esse processo, isto é, instâncias que aglutinavam, de algum modo, representantes dos gestores do SUS de vários níveis de governo para negociar e pactuar regras e procedimentos operacionais sobre a atuação desses diversos níveis de governo no SUS. Assim, surgiu no início dos anos 90 a Comissão Intergestora Tripartite (envolvendo representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS), bem como as Comissões Intergestoras Bipartites (uma para cada estado, envolvendo representantes da Secretaria Estadual de Saúde e dos gestores de municípios desse estado). Essas comissões intergestoras passaram a ser as arenas legítimas para os processos de pactuação.

[5] Tomamos como base as estimativas da população por municípios feita pelo IBGE, e disponíveis no site do Datasus (www.datasus.gov.br). A escolha do recorte em 80 mil, que pode parecer arbitrária, leva em conta que o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica adotava esse limite de população para certas diferenciações nos indicadores sugeridos.

Nesse cenário institucional é que foi se desenhando a estratégia de condução de uma descentralização gradual através de sucessivas normas operacionais. Tomadas em seu conjunto, as normas operacionais definiam modalidades de gestão distintas, cada qual com um elenco de pré-requisitos e de responsabilidades, e acopladas a um certo dispositivo de repasse dos recursos federais.

O uso dos recursos federais como dispositivo de indução de políticas foi outra marca dos anos 90. A indução foi exercida através de dois mecanismos básicos. O primeiro foi o estabelecimento de condições obrigatórias para o recebimento de recursos do governo federal para a saúde. Trata-se de prática que se consolidou no próprio texto da Lei nº 8.142, que condicionava a transferência de recursos federais do SUS para os municípios e estados à existência do Fundo de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

O segundo mecanismo consiste na oferta de uma modalidade de repasse de recursos que é condicionada à adesão (sempre voluntária), por parte do estado ou município, a determinadas políticas ou a determinados procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O poder de indução aqui será função fundamentalmente do grau de dependência das verbas federais para a saúde do município ou estado em questão, e da capacidade de governo local.

É claro que esses grandes eixos ou marcos da estratégia de descentralização adotada na década de 90 e início deste século assumiram características específicas em cada conjuntura. Por exemplo, a NOB 96, que serve de contexto para a elaboração da iniciativa do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, apresentou um conjunto de inovações. Uma primeira inovação foi a criação de uma modalidade de repasse de recursos do governo federal para os municípios que, ao contrário dos repasses até então, não se relacionava com a oferta prévia de serviços de saúde, e sim pela definição de um valor por habitante: o Piso de Atenção Básica (PAB). A criação do PAB foi acompanhada da criação de uma modalidade de gestão na qual um município poderia assumir plenamente apenas as responsabilidades pela atenção básica de seus habitantes. Na forma como foi implantado, o PAB representou importante incentivo para a descentralização[6], pois com ele muitos municípios brasileiros que não recebiam recursos do governo federal para a saúde ampliaram as transferências diretas de recursos recebidas do governo federal.

Adicionalmente, a NOB 96 desenhou uma forma de transferência de recursos condicionada à adesão dos gestores municipais a certas políticas, estratégias ou programas: o PAB variável. Dentre eles, o incentivo ao PSF teve grande impacto. Na forma como foi implementado, esse incentivo refletiu uma tese política amadurecida no âmbito do Ministério da Saúde entre 1996 e 1998: a de que o modelo de saúde da família era o melhor modelo de organização dos serviços na atenção básica, e que deveria ser adotado não apenas como forma de expandir o acesso aos serviços de saúde, mas deveria substituir as formas de organização da atenção básica tradicionais já existentes. Já que o

[6] O impacto do incentivo do PAB pode ser dimensionado pelo aumento no número de municípios que passaram a receber repasses de recursos do governo federal fundo a fundo. Em 1997, apenas 144 municípios recebiam algum repasse fundo a fundo. A NOB 96 começou a ser aplicada de fato em 1998, e ao final desse ano 5.049 municípios estavam habilitados em alguma modalidade de gestão e recebendo repasses fundo a fundo (um aumento de 3.406%). Note-se que cerca de 90% dos municípios brasileiros estava habilitada na gestão plena da atenção básica em 2000. Os dados foram retirados de Levcovitz *et al.* (2001).

governo federal não pode mandar nos gestores municipais que assumiam plenamente a gestão da atenção básica de seus municípios, a política adotada foi a de oferecer um volume de recursos condicionados à adesão dos gestores à estratégia do PSF.

Em resumo, em 1998 estruturava-se no Brasil uma estratégia que ao mesmo tempo promovia a descentralização, procurando levar os gestores municipais a assumir suas responsabilidades sobre a saúde da população, e promovia a mudança do modelo assistencial até então predominante, pela ênfase na atenção básica e, de modo mais específico, pela difusão do modelo do PSF. Esta estratégia articulava a pactuação entre os níveis de governo ao uso de recursos federais como forma de induzir municípios a aderir às propostas de política apresentadas. Isso em um contexto de municípios muito pequenos, com grande dependência dos repasses do governo federal.

É neste contexto que surgirá o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Como já dissemos, sua primeira formulação, ainda sem esse nome, aparece no *Manual Para a Organização da Atenção Básica*, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1998. Dizia aquele manual:

> A incorporação de mecanismos que permitam acompanhar permanentemente as ações e atividades de saúde e avaliar o seu impacto sobre as condições de saúde da população deve ser assumida como responsabilidade e atribuição de todas as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde. [...] Este documento propõe, como instrumentos para acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos através da implementação das ações relativas à Atenção Básica, um conjunto de indicadores. (BRASIL, 1998, p. 29).

Tratava-se, pois, de acompanhar as atividades na atenção básica e de avaliar em que medida elas produziam impacto sobre as de saúde da população. A proposta original apresentava uma seleção de indicadores que fora pactuada e aprovada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Estes se apresentavam em quatro grupos: um primeiro geral da atenção básica, e os outros três eram voltados cada um para certo incentivo do chamado PAB variável, a saber, o PSF, o PACS e o Incentivo de Combate às Carências Nutricionais. Supostamente, esses indicadores refletiriam de algum modo o impacto da atenção básica nas condições de saúde da população.

A leitura atenta do anexo daquele manual desvenda outros elementos da proposta original do pacto. Com efeito, dizia o documento:

> Para a organização do processo de acompanhamento da Atenção Básica nos municípios habilitados, as Secretarias Estaduais de Saúde devem, após analisar a realidade sanitária de cada município, mediante indicadores atualizados, propor metas para cada indicador a ser utilizado pelo município. As Planilhas de Metas devem ser negociadas entre o gestor estadual e cada gestor municipal e aprovadas pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB, configurando o pacto estadual com os municípios, para que, ao final do ano de 1999, os resultados sejam avaliados. (BRASIL, 1998, p. 35).

Há aqui clara diferenciação entre o papel dos estados e dos municípios: no texto, não são os municípios que devem analisar sua realidade sanitária e propor metas a partir dessa análise; os estados é que fazem isso. Trata-se de postura coerente com a premissa de que a maioria dos gestores municipais teria baixa capacidade de análise de sua própria realidade sanitária. A questão central para nós é em que medida os sucessivos desenhos do pacto vão permitindo ampliar essa capacidade de análise e proposição por parte das gestões municipais.

Da análise da realidade sanitária de cada município derivariam os elementos para as propostas de metas para cada um dos indicadores. Há, portanto, implícito nessa análise, certo cálculo que precede e orienta a pactuação, cálculo esse que deveria ser feito pelas Secretarias de Estado (novamente, nada se fala sobre um cálculo análogo feito pelos gestores municipais). E há, para além do cálculo, um processo de negociação, do qual se pactuariam as metas para cada indicador, que por sua vez balizariam a avaliação dos resultados. O processo é imaginado como cíclico e contínuo. Ao final de cada ano se realizaria uma avaliação para a negociação e definição de novas metas. E a avaliação desses resultados frente às metas pactuadas poderia ter conseqüências:

> Quando os resultados nos municípios forem insuficientes, as Comissões Intergestoras de cada esfera de governo devem avaliar as estratégias implementadas para providenciar os ajustes necessários ou, até mesmo, suspender a aprovação para a transferência de incentivos. (BRASIL, 1998, p. 36).

Por outro lado, o documento sugeria que os estados que apresentassem resultados positivos na avaliação das metas pactuadas poderiam receber recursos adicionais. A concepção implícita nessa proposta torna praticamente obrigatória a participação dos gestores na mesma. Caráter que se tornou explícito na NOAS, que considera a assinatura do Pacto de Indicadores de Atenção Básica um pré-requisito para a habilitação do município.

Entre 1999 e 2006, anualmente o ciclo se repetiu: um conjunto de indicadores foi pactuado e aprovado pela tripartite, estabeleceu-se um processo de pactuação entre estados e municípios, assinaram-se pactos definindo metas a serem alcançadas pelas gestões municipais. É verdade que os indicadores selecionados variaram de um ano para outro, e a idéia de blocos de indicadores acoplados especificamente a incentivos do PAB variável foi substituída pelo agrupamento em função das linhas de atuação da atenção básica em certos grupos populacionais. Mas as linhas gerais da proposta não sofreram mudanças significativas.

Embora a literatura seja ainda muito escassa no que diz respeito às análises sobre os processos concretos de pactuação desencadeados pelo pacto, podemos afirmar que estes apresentaram diversidade muito grande. Medina e colaboradores (2000) sugeriram que essa diversidade poderia ser situada entre dois pólos ou tipos de pactuação: a pactuação burocrática e a pactuação dinamizadora, que tomamos como base nas reflexões a seguir[7].

O tipo de pactuação burocrática seria decorrente da postura dos gestores, que entenderiam o pacto de indicadores da atenção básica como uma demanda do Ministério da Saúde, portanto de interesse do governo federal, mas sem qualquer importância maior para a gestão local. Diríamos que, nesse tipo de pactuação, enfatiza-se a dimensão da obrigatoriedade de se assinar o pacto para se ter acesso à habilitação e aos recursos do governo federal. Daí deriva uma postura minimalista (quanto menos esforço a gestão municipal gastar com essas "formalidades burocráticas", melhor). É claro que, neste entendimento, a pactuação não assumiria caráter central na agenda e nas estratégias da

[7] A tipologia proposta por Medina e colaboradores (2000) aparece também em um pequeno texto elaborado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Os argumentos que desenvolveremos partem dessa tipologia, mas a procura caracterizar com um vocabulário ligeiramente diferente, mais adequado aos propósitos deste texto.

gestão municipal (gestores não se engajariam na monitoração, não procurariam articular os setores estratégicos na perspectiva da pactuação e a pactuação não teria visibilidade frente às instâncias de controle social).

O outro tipo polar de pactuação decorreria do entendimento da mesma como um processo de qualificação da gestão do município, sendo, portanto, de interesse do gestor municipal e da população do município. Diríamos que esse tipo de pactuação enfatiza o contínuo acompanhamento e a reflexão cotidiana sobre as ações na atenção básica e suas conseqüências. Reflexão esta que se daria nas práticas cotidianas da gestão e se capilarizaria nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. Em outros termos, o Pacto de Indicadores de Atenção Básica seria, nesse entendimento, um desencadeador de práticas avaliativas no município.

Note-se que esses pólos se contrastam, mas num tipo de contraste, que de um lado (o da postura burocrática) aponta características e matizes que, embora reais em algumas experiências de pactuação, refletem uma postura limitada e imprópria, a ser superada, e que se coloca em oposição à outra postura (a pactuação dinamizadora). Esta, embora já reconhecível "um pouco por toda parte"[8], indica sonhos, desejos, aspirações. Mas sobretudo indica alternativas a outra concepção de pactuação, bem como potenciais do processo de pactuação, ainda que apenas parcialmente concretizados hoje. Nesse sentido, a tipologia explicita nossa aspiração da superação da primeira forma de pactuação pela segunda.

Essa perspectiva de deslocamento em direção a uma pactuação dinamizadora tem algumas implicações políticas. Talvez a mais importante diga respeito à perspectiva de redistribuição do poder entre os níveis de gestão, com progressivo aumento da capacidade de governo das gestões municipais, e conseqüente redução da importância dos dispositivos de condicionamento por parte do governo federal. Nesse sentido, é compatível com o ideal de um melhor equacionamento entre autonomia e responsabilidade da gestão municipal no bojo do nosso arranjo federativo.

Uma segunda implicação é que esse deslocamento depende fundamentalmente da crescente capacidade de se realizar as análises dos indicadores adotados em uma situação concreta, ou melhor, de analisar a situação concreta à qual esses indicadores se referem, bem como de realizar um cálculo que precede e orienta a proposição de metas, e de identificar as ações e estratégias que devem ser empreendidas para que tais metas sejam alcançadas; bem como da capacidade de analisar as conseqüências das ações e estratégias empreendidas sobre a saúde da população (e eventualmente sobre os valores dos indicadores adotados).

Alguém poderia imaginar que a passagem da pactuação burocrática para uma pactuação dinamizadora poderia surgir "espontaneamente" a partir do próprio ciclo da pactuação: uma pactuação burocrática produziria metas inalcansáveis, que, uma vez avaliadas, pro-

[8] A expressão "um pouco por toda a parte" é tomada de empréstimo de Boaventura Santos. Diz o sociólogo: "A esperança não reside, pois, num princípio geral que providencia por um futuro geral. Reside antes na possibilidade de criar campos de experimentação social onde seja possível resistir localmente às evidências da inevitabilidade, promovendo com êxito alternativas que parecem utópicas em todos os tempos e lugares excepto naqueles em que ocorrem efectivamente. É esse realismo utópico que preside às iniciativas dos grupos oprimidos que, num mundo onde parece ter desaparecido a alternativa, vão construindo, um pouco por toda a parte, alternativas locais que tornam possível uma vida digna e decente." (SANTOS, 2000, p. 36)

duziriam demandas para o aprimoramento do processo de pactuação. Contudo, cabe advertir que a pactuação burocrática pode se sustentar ao longo do tempo em duas condições, ou melhor, a partir de duas estratégias argumentativas: uma postura de minimizar as metas a serem pactuadas, e uma postura de relativizar (ainda que assimetricamente) os resultados concretos obtidos. A primeira estratégia consiste em tentar estabelecer metas fáceis de ser alcançadas (idealmente metas que poderão ser alcançadas independentemente da gestão). A segunda diz respeito à possibilidade de evocar outras interpretações, que desqualificam os indicadores na eventualidade de os mesmos mostrarem resultado negativo, de modo a defender que os resultados não seriam tão negativos assim. O caráter assimétrico dessa segunda estratégia de argumentação reside no fato de que, quando os mesmos indicadores mostram em situações concretas resultados positivos frente às metas pactuadas, aqueles recursos interpretativos desqualificantes (que aqui sugeririam que os resultados talvez não fossem tão positivos assim) são simplesmente esquecidos. Portanto, não é certo que haja uma evolução natural de uma pactuação burocrática para uma pactuação dinamizadora. Em outros termos, a aspiração de uma crescente qualificação da gestão precisa ser vista como um propósito de governo, o que implica a busca de métodos de governo coerentes com esse propósito.

Em outros termos, é no interior das formas de cálculo e de argumentação inerentes ao processo de pactuação que os potenciais dinamizadores da mesma podem se expressar. Essa é a questão central deste texto: quais as características dos processos de cálculo e de argumentação que podem fazer da pactuação um processo qualificador da gestão e dinamizador de práticas avaliativas? E quais os potenciais e limites de certos indicadores nesse processo? É isso que examinaremos em seguida. Primeiramente, tomaremos algumas reflexões do campo do planejamento em saúde sobre as formas de cálculo e o uso de indicadores nela, para depois colocar em exame os potenciais e limites dos indicadores utilizados no pacto de atenção básica de 2006.

Sobre o cálculo que precede e orienta a pactuação: algumas reflexões a partir de contribuições de Carlos Matus

A obra de Carlos Matus trouxe para debate sobre o planejamento em geral (e para o planejamento em saúde de modo particular[9]) muitas contribuições. É dele a proposta da metodologia do planejamento estratégico situacional[10], difundida amplamente na área

[9] Como é sabido, Carlos Matus desenvolveu no final da década de 60 uma densa crítica à planificação do desenvolvimento tal como pensada na CEPAL, a partir da qual desenvolveu uma nova abordagem de planejamento, denominada por ele de planejamento estratégico situacional. Essa abordagem se difundiu na América Latina nos anos 80 e 90. Na saúde, a difusão do planejamento situacional se intensificou em meados dos anos 80.

[10] Carlos Matus utilizava o termo *enfoque* para caracterizar um conjunto de elementos conceituais que constituíam um certo modo de pensar o planejamento, ou seja, um conjunto de categorias gerais que orientavam de certo modo para se fazer o cálculo que deveria preceder e orientar a ação. Ele reservava o termo *método* para designar um conjunto de procedimentos formais (fluxogramas, matrizes, quadros, planilhas etc.) e regras de como devem ser operados concretamente em um processo de planejamento. Assim, para aquele autor, o enfoque do planejamento situacional (por ele desenvolvido) pode gerar vários métodos. O próprio Matus desenvolveu três deles, e a difusão da abordagem situacional propiciou o desenvolvimento de um grande número de variantes nos métodos (ou mesmo outros métodos). Em certo sentido, no afã de reconhecer e aplicar as contribuições daquele autor sobre os métodos, muitas das contribuições mais teóricas ligadas à radicalidade de sua crítica a uma forma de pensar o planejamento fortemente difundida no continente tem sido muitas vezes desprezada ou mal compreendida. Aqui não nos preocupamos com a discussão dos métodos no sentido dado por Matus.

da saúde. Mas não é exatamente nessa metodologia que buscaremos aqui alguns elementos para a reflexão crítica sobre o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Tomamos de Matus alguns de seus conceitos mais gerais, alguns elementos do que ele mesmo denomina de enfoque de planejamento, mais do que os elementos dos métodos que ele propôs. A escolha de Matus se faz devida a grande ênfase dada por esse autor aos cálculos, ou seja, aos raciocínios, aos procedimentos intelectuais que utilizamos no processo do planejamento.

Uma das contribuições de Carlos Matus é sua definição de planejamento, que estabelece a um só tempo uma acentuada ruptura epistemológica com outras concepções de planejar e aproxima de modo radical o planejamento da ação. Diz ele que

> O planejamento e a ação são inseparáveis. O plano é o cálculo que precede e preside a ação. Se não a preceder, o plano é inútil porque chega tarde. E se chega a tempo mas não a preside, o plano é supérfluo. Por sua vez, a ação sem cálculo que a preceda e a presida é mera improvisação. (MATUS, 1993, p. 32).

Note-se que, ao conceber o plano como um cálculo e não como um documento, Matus enfatiza os raciocínios e não o formato do plano. Planejar seria, aqui, mais um modo de pensar do que um modo de preparar documentos que se denominem planos. Matus enfrenta, dessa forma, uma concepção burocrática do planejamento, mais preocupada com os meios do que com os fins e incapaz de dar conta da questão sobre se certa ação aumenta ou reduz as possibilidades de que certos fins sejam alcançados.

Para Matus, planejar inscreve-se entre as maiores conquistas de liberdade que o homem pode buscar, pois planejar não seria outra coisa que não a intenção do homem de criar seu futuro ao invés de ser arrastado pelos fatos (MATUS, 1985, p. 1). É nesse sentido que Matus dirá que o planejamento tem o propósito de ampliar a capacidade de governo dos homens, isto é, a capacidade de condução ou direção de certos processos sociais. Se aplicarmos essa idéia à gestão do SUS, poderemos dizer que a capacidade de governo de um gestor diz respeito ao "acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social a objetivos declarados, dada a governabilidade e o conjunto propositivo do projeto de governo"[11] (MATUS, 1993, p. 61).

O alcance dessa noção de capacidade de governo no nosso contexto de um processo de descentralização é tremendo. De um lado, deriva dela o desafio de ampliar a capacidade de governo das gestões municipais. Mas de outro, há que se tomar um grande cuidado para não enrijecer com demandas externas a capacidade de gestão das gestões municipais que já a desenvolveram. Mas, voltando a Matus, há várias formas de se fazer esse cálculo que precede e preside a ação, e nem todos têm a mesma potência para ampliar a capacidade de governo. Sobre isso, Matus (1993, p. 71) afirma: "a principal deficiência na capacidade de governo tem origem, geralmente, na pobreza e rigidez do cálculo que precede e preside a ação, ou seja, de seus métodos de planejamento".

[11] Para Matus, governar exige uma articulação entre três variáveis: o projeto de governo (conteúdo propositivo de um ator social concreto), a governabilidade (relativo ao grau de controle de variáveis-chave pelo ator social concreto), e a capacidade de governo (conf. MATUS, 1993, p. 59-61).

São vários os aspectos que podem conferir a pobreza ou a rigidez aos métodos de planejamento. Entre eles, destacamos dois. O primeiro se relaciona à maneira como compreendemos o objeto do planejamento. Em uma visão tradicional, o objeto do nosso planejamento restringe-se ao que, segundo a definição institucional, está na nossa alçada de responsabilidade. Nessa perspectiva, por exemplo, um gestor que tenha assumido a responsabilidade exclusivamente da atenção básica de seu município planejaria apenas a atenção básica, excluindo *a priori* quaisquer problemas, variáveis e elementos ligados a outros níveis de atenção. Matus criticará duramente esse tipo de recorte. Ele defenderá que incluamos no nosso objeto de planejamento tudo (e todos) que, na nossa avaliação, pode (ou podem) influenciar nossa perspectiva de ação. A um tal recorte, sempre auto-referenciado, ele dará o nome de *situação*[12].

O segundo aspecto que pode empobrecer e enrijecer o cálculo que precede e preside a ação é o que diz respeito à noção de procedimento normativo. O procedimento normativo aqui define um curso de um processo social que compreende as ações necessárias para cumprir determinados objetivos fixados *a priori*, mas sem utilizar até as últimas conseqüências o conhecimento dos fatores que explicam e determinam a conduta; as ações propostas não surgem das funções reais do comportamento, senão que se sobrepõe a estas uma norma coerente com os objetivos[13] (MATUS, 1972, p. 101).

Note-se que, nesta definição, o termo *normativo* não se refere a regras da burocracia, nem à idéia de norma tal como nos acostumamos a usar no setor saúde em decorrência da cultura excessivamente centralizadora da velha saúde pública, manifestada ainda hoje em alguns programas e estratégias verticais, e em alguns dispositivos de condicionalidade, por parte do Ministério da Saúde. Para Matus, norma designa o que achamos que deve ser. O procedimento normativo aqui designa um traço do modo de pensar que nos leva a definir uma meta exclusivamente a partir do que julgamos que deve ser. Para esclarecer se adotamos um procedimento normativo nesse sentido, podemos indagar se realizamos antes de chegar à meta alguma análise da realidade, dos problemas que hoje efetivamente limitam a possibilidade de que a realidade seja como julgamos que ela deveria ser, ou se ela é fixada simplesmente pelo enunciado (de certo modo arbitrário) do nosso desejo de conduzir a realidade em direção a ela. Neste último caso, teríamos adotado o procedimento normativo tão criticado por Matus.

Podemos dar exemplos de metas normativamente traçadas. No cenário internacional, esse modo de pensar as metas normativamente é muito freqüente. A comunidade internacional traçou objetivos e metas para serem alcançados até 2015, como que os países

[12] Note-se que, nesse sentido, a situação é sempre definida a partir da perspectiva (necessariamente subjetiva) da ação de um ator social concreto. É importante destacar que esse conceito de situação não corresponde à noção do senso comum que aparece, por exemplo, na expressão "situação de saúde de um município". Um gestor municipal definirá a situação de uma forma, seus opositores provavelmente de outra. A situação de um gestor municipal incluiria tudo o que o gestor deve levar em conta no seu cálculo que precede e preside a ação. Isto pode incluir tanto questões relativas ao estado de saúde da população, aos serviços e às práticas de saúde nesse município, mas também provavelmente element os ligados à correlação de forças políticas que permitiram ao gestor chegar à posição de gestão.

[13] Esta descrição dos procedimentos normativo e estratégico aparece no primeiro livro de Matus, *Estratégia y plan*, obra que foi escrita como uma reflexão crítica ao planejamento do desenvolvimento econômico tal como vinha sendo pensado a partir das idéias da CEPAL. Exatamente por isso, Matus falava no original em "curso do processo do desenvolvimento", e não em curso do processo social, como fizemos aqui. Cremos que tal ajuste não afeta o conteúdo principal da noção de Matus.

reduzam em dois terços a mortalidade infantil frente aos patamares do início da década de 90. Mas qual foi mesmo o raciocínio que levou a essa meta? Por que não reduzir a metade ou a três quartos? Quando isso não é claro para quem assume a meta, estamos diante de um procedimento normativo.

O procedimento normativo tem como conseqüência uma certa dicotomia entre a definição das metas e a tomada de decisão sobre as ações a serem feitas. Com efeito, o raciocínio que leva à definição da meta é completamente dissociado do que analisa as possibilidades de ações e suas possíveis conseqüências. Quando ele é adotado num processo de pactuação, o procedimento normativo pode levar um gestor a assumir o compromisso de um conjunto de metas sem ter a menor idéia de que novas ações e estratégias precisarão ser adotadas para atingi-la, e sem ter uma idéia se seu plano de governo é ou não capaz de alcançar os objetivos pactuados.

Alternativamente a esse procedimento normativo, Matus apresenta um procedimento que denomina de estratégico, e propõe um enfoque, do qual destacamos alguns elementos. Nesse modo de pensar, **antes de definir uma meta**, o ator procede a uma análise da situação. Na proposta de Matus, o cálculo toma como ponto de partida a identificação de alguns problemas, isto é, de identificar aspectos da realidade que contrastam com a norma, isto é, com o modo como, no nosso julgamento, achamos que a realidade deveria ser. Mas o fundamental para o procedimento estratégico seria a busca da explicação desses problemas antes de imaginarmos uma solução. Explicar aqui significa buscar identificar os determinantes dos problemas, tanto os mais imediatos como os mais mediatos. A idéia-chave é que sem compreender por que a realidade não é como julgamos que deveria ser, temos dificuldade de identificar pontos de intervenção e de pensar ações. A explicação dos problemas levaria à identificação de alguns fatores que, se modificados, produziriam a mudança esperada naquele problema. Portanto, se conseguíssemos interferir nesses fatores, poderíamos esperar a solução do problema que analisamos.

Um passo do cálculo que precede e orienta a ação nessa perspectiva proposta por Matus seria uma certa explicação do futuro, a que Matus chama de cálculo direcional. Identificados certos pontos de intervenção, certos fatores-chave (Matus fala em nós-críticos), caberia pensar em ações que potencialmente produziriam um impacto sobre aquele ponto de intervenção. O cálculo direcional é fiduciário de dois conjuntos de pressupostos. De um lado, ele se baseia na nossa crença sobre a eficácia das tecnologias que pretendemos utilizar sobre aqueles pontos de intervenção. De outro, ele depende da nossa explicação, pois é a partir dela que construímos a crença de que, se conseguirmos modificar a realidade imediata naquele ponto de intervenção, disso resultará a superação dos nossos problemas.

Percorridos esses passos de cálculo, adquire-se a condição de expressar o nosso cálculo da seguinte forma: se nós pudermos fazer isso e aquilo, conseguiremos modificar os problemas dessa ou daquela maneira. Por outro lado, pensar as possibilidades dessas intervenções envolve também a análise sobre a viabilidade de realizar essas ações, ou seja, nossa capacidade de mobilizar os recursos e alianças necessários para implementar tais intervenções. A principal questão aqui não é identificar quais seriam as ações inviáveis, mas sobretudo como construir a viabilidade para as intervenções que, embora nos pareçam inviáveis hoje, são críticas para a construção da mudança com que sonhamos.

Neste modo de pensar, o plano poderia ser visto como uma aposta, no sentido de que, ao final desse processo de cálculo, poderíamos dizer algo como: nós apostamos que fazendo isso e aquilo, conseguiremos alcançar tal e qual meta. Aposta que teria como cacife, de um lado, a qualidade da nossa explicação dos problemas e nossa análise sobre a eficácia das tecnologias que pretendemos utilizar sobre os fatores-chave, e de outro, a capacidade de controlar (sozinhos ou articulados com outros atores) os recursos-chave necessários para implementar aquelas intervenções.

O fato de conseguirmos expressar os resultados de nosso cálculo como uma aposta tem duas repercussões diretas. A primeira, ela eleva nossa possibilidade de pactuarmos metas e resultados, pois estaremos em condições de apresentar argumentadamente as razões pelas quais cremos que alcançaremos tal ou qual resultado. Ou melhor, poderemos determinar em que condições nos será possível alcançar aqueles resultados. Ou argumentar sobre a impossibilidade de alcançar certas metas que nos são sugeridas por outrem.

A segunda, que guarda relação direta com as práticas avaliativas, decorre da maior capacidade que advém desse tipo de cálculo para a análise e o aprendizado com nossos erros. Como diz Matus,

> a potência da sistemática de aprendizagem com os erros depende da potência de nossos métodos de cálculo. Se eles são sistemáticos e explícitos, seu confronto com as situações ocorridas ajudará a identificação e localização dos erros e acertos, bem como de suas causas (MATUS, 1993, p. 29-31).

Note-se que aqui, mais importante do que um plano que dá certo, é a possibilidade de aumento da capacidade de governo em conseqüência das práticas avaliativas, práticas essas facilitadas pelo fato de ter se procedido de modo sistemático ao cálculo que, feito antes da ação, a orientou.

Destacamos aqui algumas contribuições de Carlos Matus, por julgá-las fundamentais para examinar as características do processo de pactuação na proposta do pacto de atenção básica. Uma primeira questão diz respeito ao grau de uso de um procedimento normativo no processo nessa pactuação. Os gestores municipais, ao assinarem o pacto (no terceiro sentido da expressão mencionado no início deste texto), eram capazes de enunciar de modo sistemático o cálculo que os levou a concordar com aquelas metas especificadas? Eles, nesse ato, tinham clareza das ações que deveriam empreender para alcançá-las? Haviam avaliado previamente se dispunham dos recursos necessários para elas? Estavam dispostos a apostar que conseguiriam alcançá-las? Diante do compromisso que formalmente assinavam, como eles se imaginavam adiante, diante de eventuais resultados insatisfatórios? Imaginavam-se criando justificativas para evitar as eventuais sanções, ou imaginam-se engajados num processo de aprendizagem?

Estas perguntas analisadoras permitem que determinado gestor reflita sobre seus próprios processos de cálculo. Mas os argumentos aqui apresentados nos levam a defender uma tese: a de que, num contexto de pactuação entre gestores (e não só no que diz respeito ao pacto de Indicadores de Atenção Básica, que aqui focalizamos), é fundamental refletir sobre os cálculos que precedem e presidem a pactuação. E buscar ampliar a capacidade de governo dos gestores (sobretudo dos gestores municipais), em grande parte expressa nos arsenais de técnicas e métodos que adotam nesse cálculo que precede e orienta a pactuação. Talvez os elementos que destacamos de Matus sirvam de um bom ponto de partida.

Sobre o uso de indicadores como desencadeadores do cálculo que precede e preside a pactuação

Já dissemos que, ao buscarmos as contribuições de Matus, não estávamos propriamente interessados em suas propostas metodológicas, isto é, nos detalhamentos operacionais do cálculo que precede e preside a ação. E não o fizemos por termos sérias dúvidas sobre a possibilidade de que alguma forma de metodologia de planejamento seja universalmente válida para o conjunto tão diversificado de realidades loco-regionais em nosso país. De certo modo, acompanhamos a tese de Mario Testa, segundo a qual a proposta metodológica deve ser coerente com nossos propósitos de governo, e com os arranjos institucionais concretos no qual o método será utilizado.

Sabemos, por exemplo, que os três métodos propostos por Matus se iniciam com reuniões ou oficinas que tomam como sua primeira tarefa o levantamento de problemas, para sua posterior explicação. Ora, a proposta do Pacto de Indicadores da Atenção Básica é oferecer aos municípios uma planilha com certos indicadores previamente selecionados, com os valores já calculados para cada município, como ponto de partida para uma análise da realidade sanitária de cada município e posterior negociação e pactuação de metas.

É claro que essa leitura é otimista frente ao pacto, e de certo modo infiel à proposta original, tal como aparece no *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Como vimos naquele documento, a análise da realidade sanitária de cada município seria feita pela gestão estadual, que apresentaria aos municípios uma planilha de metas. Contudo, julgamos que aquela proposta se desenvolveu num contexto de baixíssima capacidade de governo da maioria dos municípios, mas que tinha por propósito desencadear processos de redistribuição do poder, com elevação da capacidade de governo dos gestores municipais. Portanto, consideramos que um dos propósitos do Pacto de Indicadores da Atenção Básica era possibilitar cada vez mais que os gestores municipais procedessem a uma análise detalhada da sua própria realidade sanitária com vistas à proposição de ações e metas, de modo que pudessem negociá-las e pactuá-las em condições de redução gradual das diferenças de poder entre os níveis de governo. Devemos reconhecer que, se assim não fosse, a perpetuação do modo burocrático de se proceder à pactuação, assim como a adoção de procedimentos normativos de cálculo que precede e orienta a pactuação (ou mesmo a ausência completa deste último) seriam plenamente coerentes. Contudo, nessa perspectiva de crescimento da capacidade de governo dos gestores municipais, a dimensão dinamizadora do processo de pactuação e a busca de formas de cálculo mais estratégicos por parte do gestor municipal se impõem.

A questão central, portanto, passa a ser em que medida e em que condições podemos desencadear análises não pautadas por procedimentos normativos a partir de planilhas de indicadores calculados para uma certa localidade. E como interpretar os indicadores e realizar essas análises, de forma a articulá-las com os cálculos que precedem e presidem as ações dos gestores, bem como articulá-las com práticas avaliativas no cotidiano da gestão e dos serviços de saúde.

Um primeiro passo é evitar a reificação do indicador. Embora seja corrente no senso comum a idéia de que os indicadores são medidas da realidade, eles seriam mais bem caracterizados como artefatos humanos desenvolvidos para permitir a apreensão de

certos aspectos da vida social. Por trás de cada indicador, há sempre uma construção conceitual que lhe dá sentido. Construção conceitual essa que cristaliza opções teóricas e políticas, posto que são escolhas feitas com certos propósitos. Portanto, a realidade necessariamente transborda aos indicadores. Por outro lado, por trás de um indicador existe sempre uma ou várias formas operacionais de calculá-lo em uma situação concreta. As formas de cálculo nunca são perfeitas, quer por problemas da qualidade da informação disponível para esse cálculo, quer por premissas ou aproximações necessárias na técnica de cálculo utilizada. Portanto, indicadores são artefatos humanos extremamente úteis para indicar alguns aspectos da realidade social, mas não podem ser tomados em hipótese alguma como sendo essa realidade social. A interpretação de um indicador qualquer, portanto, deve ser analisada frente ao entendimento sobre a concepção e as formas de cálculo utilizadas numa situação concreta.

Um segundo passo é problematizar o indicador, isto é, reconhecer em que medida o valor do indicador em uma situação concreta indica a existência de problemas a serem enfrentados e superados. Trata-se aqui de um ajuizamento, que toma como base os valores sustentados pelos atores sociais envolvidos. Desse ajuizamento decorre a decisão de tomar o indicador como um marcador do sucesso de ações que se pretende empreender. Mas para chegar a identificar essas ações, caberia um passo seguinte: buscar explicar, ou melhor, compreender como e por que cada indicador assume nessa localidade concreta esse ou aquele valor. Isso implica identificar, utilizando o melhor conhecimento disponível, os diversos problemas e fatores que concorrem na realidade social para produzir o fenômeno apreendido (sempre com alguma falha) pelo indicador. Melhor conhecimento disponível não quer dizer necessariamente o conhecimento acadêmico, nem o conhecimento expresso em números ou indicadores. Há que se reconhecer que existem várias formas de conhecer a vida social, todas elas potencialmente capazes de contribuir para explicar e compreender os fenômenos sociais em uma localidade. O melhor conhecimento disponível reflete todo o elenco de conhecimentos (técnicos ou não) sobre a vida social na localidade que está disponível para ser apropriado pelos atores sociais locais nas suas reflexões sobre os problemas e suas possíveis formas de superação.

Apenas diante de um quadro interpretativo da realidade social local seria possível identificar fatores-chave para possíveis intervenções, para posteriormente proceder a um cálculo direcional no sentido proposto por Matus, chegando a propostas de metas para os indicadores analisados. Mas os indicadores, como artefatos humanos de complexa construção, não são de fácil interpretação. Seu entendimento depende de um conjunto de conhecimentos amplos. Tradicionalmente, utilizam-se fichas de qualificação de um indicador (às vezes apresentadas sob o nome de notas técnicas), que apresentam de modo sintético os conceitos e métodos de uso, bem como parâmetros consagrados para seu ajuizamento e possibilidades de interpretação emanadas da literatura. Esse instrumento, entretanto, tenta abarcar o conjunto de possibilidades de uso e hipóteses de sua interpretação em geral.

Entretanto, a tarefa analítica dos gestores locais é interpretar o indicador em situações concretas. Por exemplo, a ficha de qualificação sempre advertirá sobre possíveis problemas na qualidade das informações que podem enviesar os valores obtidos, entre os quais os problemas da qualidade dos sistemas de informação no local. Mas, numa certa localidade, o gestor pode saber qual a qualidade daquele sistema de informação. Mais do que isso, ele pode conhecer qual o sentido do viés produzido por um tipo de problema de qualidade específico de sua realidade local.

Portanto, para realizar um cálculo com capacidade de preceder e presidir a pactuação, um gestor local precisa articular conhecimentos sobre o processo de construção de cada indicador com o conhecimento que tem de sua realidade local, pois só assim poderá dar sentido aos indicadores e usá-los para identificar problemas e propostas de intervenção.

Uma primeira tentativa de síntese

Resumamos os argumentos apresentados até aqui. O Pacto de Indicadores de Atenção Básica pode ser entendido como um método de governo desenvolvido com os propósitos de contribuir para que os municípios assumissem a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde pelo menos no que diz respeito à atenção básica e, ao mesmo tempo, construir e consolidar a atenção básica, mudando o modelo assistencial até então prevalente.

O primeiro desses propósitos se colocava em um contexto institucional de um arranjo federativo de cunho municipalista, com um grande número de pequenos municípios, com baixa capacidade de governo para assumir plenamente a gestão de saúde para seus munícipes. Nesse contexto institucional, as práticas de pactuação em geral (inclusive as envolvidas no Pacto de Indicadores de Atenção Básica) por vezes assumem um caráter burocrático e normativo. Por sua vez, há a possibilidade de desenvolvimento de práticas de pactuação mais dinamizadoras (o que também tem em parte acontecido), que produzam uma qualificação da gestão, e a adoção de práticas avaliativas, incrementando a capacidade de governo do gestor municipal.

Ao destacar o caráter normativo (no sentido atribuído por Matus ao termo) da definição da meta sobre a qual os gestores firmam o pacto, defendemos que a construção de uma pactuação dinamizadora implica deslocar a ênfase da meta pactuada para o cálculo que precede e preside a pactuação, pois é nesse planejamento prévio a pactuação que se configuram as possibilidades de ampliação da capacidade de governo. Isso significa que especial atenção deve ser dada à análise do significado dos indicadores propostos em cada realidade local ou regional concreta, buscando examinar as razões pelas quais os indicadores em questão apresentam esses e não outros valores em cada situação concreta, de modo a reconhecer possíveis pontos de intervenção que pareçam ter capacidade de modificar positivamente os problemas identificados, e, deste modo, possam suscitar nossa esperança de que adiante tenhamos indicadores com valores melhores. O que é importante é que essa forma de cálculo, de análise da situação local deve preceder e presidir a definição das metas.

Desse modo delineamos, embora em um plano teórico, a tese de que precisamos aprimorar nossos métodos de cálculo precede e preside a pactuação. De modo particular, delineamos a tese de que precisamos aprimorar a forma como utilizamos os indicadores nesse processo de cálculo. Nessa perspectiva, cabe examinar de modo mais concreto e detalhado as possibilidades e limites do uso dos indicadores propostos naquele Pacto em um tal cálculo que precede e preside a pactuação. Como desdobramento dos argumentos aqui apresentados, desenvolvemos um exercício exploratório dessa questão, tomando como base alguns dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, que apresentamos em outro capítulo desta coletânea.

Referências

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MATUS, Carlos. *Estrategia y plan*. Mexico: Siglo XXI, 1972.

_____. *Planificación, liberdad y conflicto*: fundamentos de la reforma Del sistema de planificación em Venezuela. Caracas: IVEPLAN, 1985.

MATUS, Carlos. *Planejamento e governo*. Brasília: IPEA 1993, 2 v. (Série IPEA; 143).

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Div Saúde Debate*, n. 21, p. 15-28, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2003.

SANTOS, B. de S. *Para um novo senso comum*. A ciência, o direito e a política na transição paradigmática. V.1 A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

TESTA, M. Tendências em planificação. In: RIVERA, F. J. U. (org.). *Planejamento e programação em saúde:* um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989, p. 77-103.

Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre potenciais e limites de alguns indicadores propostos pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica

RUBEN ARAUJO DE MATTOS
JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA
NATALIA NETTO DE SIQUEIRA

Este texto apresenta os resultados do segundo momento de uma investigação sobre o uso de indicadores no processo de pactuação, buscando reconhecer seus potenciais e limites. De modo específico, tomamos para análise a iniciativa do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, vista como uma iniciativa concreta que nos oferece uma série de elementos para o exame crítico.

Os resultados do primeiro momento desta investigação foram apresentados em outro capítulo da presente coletânea. Nele, tomando algumas contribuições de Carlos Matus, analisamos o contexto institucional e político no qual surgiu aquela proposta. Sugerimos ali que a qualidade do processo de pactuação depende fundamentalmente da qualidade do cálculo que a precede e a preside. E para a realização desse cálculo a partir de indicadores, é necessário que os gestores locais apliquem nas interpretações loco-regionais seus conhecimentos sobre os conceitos que subjazem os indicadores, sobre os limites e possibilidades dos sistemas de informação a partir dos quais cada indicador é calculado, sobre as formas concretas de cálculo, e sobre os repertórios de interpretação dos valores numéricos apresentados por cada indicador. Só assim ele poderá ler o indicador, dando-lhe sentido frente a sua realidade local.

Aqui desenvolveremos um exercício de exploração nesse sentido, que servirá para nós como base de uma reflexão crítica sobre o elenco de indicadores propostos para o processo de pactuação. Para fazê-lo, escolhemos um indicador, a mortalidade infantil, embora cotejando-o em alguns momentos com o número de óbitos infantis e com alguns outros indicadores do pacto de atenção.

Do ponto de vista formal, este texto está subdividido em três partes. Na primeira parte, escolhemos um dos indicadores do pacto, a mortalidade infantil, para um exame detalhado dos potenciais e limites de seu uso num processo de pactuação. Em seguida, realizamos um exercício exploratório de explicar e de refletir sobre os impactos potenciais de intervenções sobre a questão da redução dos óbitos infantis e, de modo mais específico, da redução dos óbitos neonatais. Nesse exercício exploratório, examinamos outros indicadores do Pacto da Atenção Básica. Por fim, fazemos um apanhado desse exercício exploratório e tecemos algumas considerações críticas sobre Pacto de Indicadores da Atenção Básica e sobre o processo de pactuação.

Para uma análise da atenção básica a partir de alguns indicadores: uma análise exploratória a partir da mortalidade infantil

O coeficiente de mortalidade infantil é definido como sendo a razão entre o número de óbitos em menores de um ano e o número de nascidos vivos no período, e é geralmente expresso por mil nascidos vivos.

A mortalidade infantil é um dos mais tradicionais indicadores de condições de vida. De modo geral, ela é tratada como um indicador resumo das condições de vida, situando-se nos livros-textos ao lado da expectativa de vida ao nascer. De fato, o impacto de altos índices de mortalidade infantil na redução da expectativa de vida ao nascer é evidente. Contudo, enquanto a expectativa de vida ao nascer reflete o conjunto de risco de morte por idade para todas as faixas etárias, a mortalidade infantil reflete de modo mais específico apenas a probabilidade de que uma criança morra antes de completar um ano de idade.

A rigor, para se medir o risco de que uma criança morra antes de completar um ano, precisaríamos de acompanhar uma coorte de nascidos vivos até que os mesmos completassem um ano, dividindo-se o número de óbitos nessa coorte pelas crianças acompanhadas. Se tomássemos a coorte de nascidos vivos em um certo ano, obteríamos a mortalidade infantil dos nascidos naquele ano. Contudo, não é essa a forma de cálculo que freqüentemente utilizamos. Mais comumente, tomamos o número de óbitos em menores de um ano ocorridos em um certo ano e dividimos pelo número de nascidos vivos nesse mesmo ano na mesma localidade, região ou país. É claro que, nessa forma de cálculo, nem todos os óbitos em menores de um ano correspondem a crianças nascidas nesse mesmo ano: algumas crianças nascidas, por exemplo, em 2006, podem vir a morrer apenas no ano seguinte, em 2007, embora ainda com menos de um ano de idade. Esses óbitos, que na coorte seriam computados no numerador da taxa de mortalidade infantil dos nascidos em 2006, aparecem computados, no método mais usado, no numerador da taxa de 2007. Deste modo, a forma de cálculo comumente utilizada deve ser vista como uma aproximação da probabilidade de uma criança morrer antes de completar um ano.[1]

Alguns problemas dos métodos de cálculo da mortalidade infantil

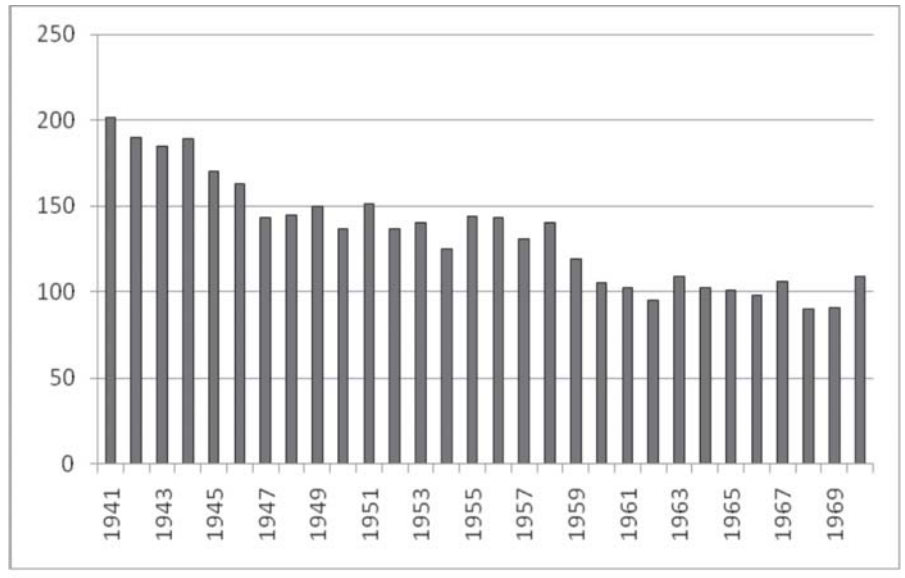
Antigamente, para fazer o cálculo direto, tomavam-se informações dos registros de óbito e dos registros de nascimentos, obtidas nos cartórios. Entretanto, eram inúmeras as falhas e inconsistências nos registros dos cartórios, de modo que a tarefa de calcular a mortalidade infantil era de grande complexidade.

Devemos a Yunes e Rochenzel um trabalho pioneiro, feito em 1974, de levantamento dos dados da mortalidade infantil no Brasil no período de 1941 a 1970. As dificuldades na obtenção dos dados levaram os autores a trabalhar apenas com o conjunto das capitais brasileiras. Talvez seja conveniente examinar, ainda que rapidamente, esse trabalho pioneiro, pois podemos aprender importantes lições sobre a interpretação de tendências nos indicadores.

[1] É razoável imaginar que o número de crianças que nasceram no ano anterior e morreram antes de completar um ano em um país seja aproximadamente igual ao número de crianças que, tendo nascido nesse ano, virão a morrer no ano seguinte antes de completar um ano, de modo que podemos *grosso modo* considerar que a aproximação é adequada. Contudo, em países com alta mortalidade infantil, mas com forte tendência ao declínio, sobretudo nas causas de óbito mais tardios (aquelas entre 28 dias e 1 ano), é possível que as crianças nascidas no ano corrente estejam submetidas a um risco de morte antes de completar um ano menor do que as nascidas no ano anterior. Nesse caso, o método comumente utilizado produzirá coeficientes ligeiramente mais elevados dos que seriam obtidos caso a medida derivasse da coorte dos nascidos nesse ano.

Os dados de mortalidade infantil do conjunto de capitais brasileiras obtidos naquele estudo estão apresentados no gráfico 1. Os autores fizeram uma comparação por décadas, analisando a variação da mortalidade no início e no final do período, chegando à conclusão de que, embora a mortalidade infantil apresentasse uma redução nas décadas de 40 e 50, "no período de 1960-1970 ocorre uma inversão, verifica-se um aumento de 3,3% significando, portanto, aumento da mortalidade infantil." (YUNES; ROCHENZEL, 1974, p. 14). Como os autores chegaram a esse 3,3%? Eles tomaram a mortalidade infantil de 1970 (final do período), que era 108,68, subtraíram a de 1960 (início do período), cujo valor era 105,28, dividindo em seguida pelo valor do início do período (os mesmos 105,28)[2]. Esse "aumento" sugeria uma deterioração das condições de vida da população brasileira. Contudo, trata-se de uma interpretação equivocada dos dados. Como se pode ver no gráfico 1, os dados oscilavam de um ano para outro, de modo que ao selecionar (arbitrariamente) um período, e proceder à comparação da mortalidade infantil no ano inicial e no ano final, corre-se o risco de um grave viés. A inconsistência desse modo de analisar os dados pode ser apreciada se escolhemos outros anos para o período. Por exemplo, entre 1959 e 1968 houve um decréscimo de 17% na mortalidade infantil, portanto, seríamos levados a uma conclusão de que houve uma redução na mortalidade infantil.

Gráfico 1 - Estimativas da mortalidade infantil (óbitos em menores de 1 ano/ 1000 nascidos vivos) nas capitais brasileiras entre 1941 e 1970



Fonte: elaborado a partir de Yunes e Rochenzel (1974).

[2] Note-se que os autores utilizaram nesse cálculo um período de 11 anos. Possas, referindo-se ao trabalho de Yunes, aumentou o "aumento" da mortalidade infantil ao calculá-lo para o período de 1962 a 1970, encontrando um aumento de 15%.

A análise mais geral (apreensível pela simples observação do gráfico 1), desconsiderando a oscilação, sugere uma tendência de queda da mortalidade infantil no longo prazo[3]. Não teríamos, contudo, nenhum indício de piora da mortalidade infantil.

Podemos aprender muito com o deslize de Yunes e Rochenzel. Não podemos exigir uma precisão maior do que aquela que nossa metodologia de cálculo suporta. Nesse caso, as dificuldades e a qualidade dos dados oferecem limites à precisão de cada dado anual[4]. Portanto, a interpretação da mortalidade infantil (e de qualquer outro indicador) precisa ter em mente os limites dos métodos de cálculo empregados.

Há reconhecidamente grande dificuldade para se obter estimativas ou medidas da mortalidade infantil dos municípios brasileiros, e algumas dificuldades para se chegar à mortalidade infantil em alguns estados. É claro que métodos indiretos de estimativa[5] e fatores de correção foram desenvolvidos para tentar suprir as dificuldades das informações oriundas do registro civil. O advento do Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM) e, mais recentemente, do Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC), abriu a perspectiva de cálculos diretos mais precisos[6]. Contudo, sabemos que a qualidade desses sistemas de informação varia muito no território nacional, de modo que métodos indiretos e fatores de correção são ainda muito utilizados.

Por exemplo, no cálculo da mortalidade infantil para o IDB, dois métodos são utilizados: nos estados da federação com boa cobertura dos dois sistemas de informação[7], utiliza-se o método direto; já nos estados que apresentam baixas coberturas de um desses dois sistemas, utilizam-se técnicas de estimativas indiretas.

Para o pacto de indicadores da atenção básica, entretanto, optou-se por adotar o cálculo direto, independentemente de qualquer avaliação sobre a qualidade dos dois sistemas de informação (o SIM e o SINASC) naquele estado, ou naquele município. É claro que os dados assim obtidos podem estar distantes da probabilidade de que uma criança morra antes de completar um ano simplesmente devido aos problemas de subregistro nos óbitos ou nos nascidos vivos. Podemos visualizar as diferenças entre as duas formas de cálculo para alguns estados da federação. O quadro 1 apresenta os dois valores de mortalidade infantil (o calculado pelo IDB e o do Pacto de Atenção Básica) para os estados em que o primeiro foi calculado por estimativa indireta.

[3] A oscilação de fato dificulta uma análise mais detalhada. Visualmente pode parecer que na década de 50 a queda foi muito pequena, ou mesmo que houve uma estabilização, do mesmo modo que na década de 60 parece ter ocorrido em patamar ligeiramente abaixo do da década anterior.

[4] No caso específico desse estudo, é possível que esses limites estivessem dados pela má qualidade dos dados ou mesmo pela inexistência de informações em várias capitais em anos distintos. Sobre este último aspecto, os autores indicaram que "para a avaliação da evolução da mortalidade infantil, exclui-se, por falta de dados, Brasília e Florianópolis de 1960-1962; Brasília e Rio de Janeiro em 1963; Rio de Janeiro e Porto Alegre de 1964-1967; Rio de Janeiro e Florianópolis de 1968 a 1969; e Rio de Janeiro, São Paulo, Florianópolis e Goiânia em 1970." Note-se que os óbitos da cidade do Rio de Janeiro não foram computados no período de 1963 a 1970, e a cidade de São Paulo ficou de fora das estimativas de 1970.

[5] Os métodos indiretos, em geral, tomam como base os dados tomados nos censos populacionais ou nas pesquisas nacionais de amostras domiciliares para, com o auxílio de algumas técnicas, chegar à estimativa da mortalidade infantil.

[6] O cálculo direto é feito pela simples divisão dos óbitos em menores de um ano (tomado do SIM) pelos nascidos vivos no mesmo período e localidade (tomados do SINASC).

[7] Para o cálculo da mortalidade infantil, o IDB utiliza o método direto, com dados coletados do SIM e do SINASC nos seguintes estados: Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

Quadro 1. Taxas de mortalidade infantil segundo o Pacto de Indicadores de Atenção Básica (obtidas pelo método direto) e segundo o IDB (obtidos por estimativa indireta) para alguns estados da federação em 2004

Estado da federação	Mortalidade infantil segundo o Pacto de Atenção Básica	Mortalidade infantil segundo o IDB
Rondônia	19,81	22,16
Acre	20,56	31,17
Amazonas	18,67	26,52
Roraima	19,20	18,99
Para	22,22	25,55
Amapá	22,55	23,33
Tocantins	18,77	27,25
Maranhão	17,49	35,18
Piauí	19,69	29,97
Ceará	22,45	29,45
Rio Grande do Norte	18,50	35,11
Paraíba	21,03	37,55
Pernambuco	22,75	37,57
Alagoas	24,17	47,09
Sergipe	23,42	34,27
Bahia	22,00	30,26
Minas Gerais	16,85	19,54
Mato Grosso	18,92	20,39
Goiás	16,10	18,86

Fonte: Dados obtidos a partir do DATASUS.

Nas notas técnicas sobre a mortalidade infantil do Pacto de Indicadores de Atenção Básica, encontramos a advertência de que os dados calculados para o pacto não são compatíveis com os dados do IDB. Mas tal advertência pode induzir alguns gestores a um descarte do confronto da evolução simultânea dos dois indicadores, comparação esta plenamente factível para os estados da federação, e extremamente útil na explicação das variações na mortalidade infantil (como veremos adiante). Por sua vez, ela não explicita suficientemente os limites dos dados: é razoável que, pelo menos para os estados listados no quadro 1, as taxas de mortalidade calculadas pelo Pacto de Indicadores estão subestimadas. Tomá-las como a expressão fiel da mortalidade infantil seria um grave erro.

A adoção dessa forma de cálculo direto, mesmo diante da sabida inadequação das informações do SIM e do SINASC, tem outra conseqüência para o processo de pactuação. Ela é mencionada no seguinte trecho, tomado do detalhamento sobre a mortalidade infantil no anexo da portaria que define os indicadores de 2006: "Por outro lado, o aumento na taxa de mortalidade infantil pode, em determinadas situações, ser resultante da melhoria dos registros dos óbitos infantis." (BRASIL, 2006). Infelizmente, o texto não esclarece que condições são essas. As condições são a existência de localidades nas quais

há importantes falhas nos sistemas de informação, o que inclui necessariamente todos os estados da federação do quadro 1. Nesses casos, se os gestores produzirem ações para melhoria da qualidade desses sistemas de informação, poderia ocorrer uma elevação da taxa de mortalidade infantil quando medida pelo método direto, sem que a mesma corresponda a uma piora na probabilidade de morte antes de se completar um ano. Contudo, note-se que esse aumento, se decorrente da melhoria da qualidade da informação, não deverá afetar as estimativas indiretas.

Isto parece de fato ter ocorrido no estado do Acre entre 2003 e 2004 (e, possivelmente, entre 2004 e 2005). O quadro 2 mostra a evolução das duas medidas da mortalidade infantil no Acre. Vemos que houve ligeiro aumento nas medidas do pacto, mas queda nas medidas do IDB. Nessas circunstâncias, a hipótese de redução do risco de uma criança morrer no Acre antes de completar um ano, associada à melhoria da qualidade da informação, parece bem razoável.

Quadro 2 - Coeficientes de mortalidade infantil no Acre em 2003 e 2004 calculados pelo IDB e pelo Pacto de Indicadores de Atenção Básica

	Pacto de atenção (cálculo direto)	IDB (método de estimativa indireta)
2003	20,39	32,15
2004	20,56	31,17

Fonte: Dados obtidos a partir do Datasus.

Este exemplo ilustra a interpretação dos dados já obtidos, portanto, *ex post*. Mas na perspectiva de pactuação, trazendo a idéia de cálculo direcional, seria bem razoável que o gestor do Estado do Acre, diante de um plano de ações para melhorar a qualidade da informação, propusesse uma meta de ligeira elevação do coeficiente de mortalidade infantil medido pelo calculo direto, bem como pactuasse a tendência de redução nas estimativas indiretas. Alternativamente, se ele, adotando as medidas de melhoria das informações e ações para redução do risco de morte infantil, pactuasse uma tendência de redução do indicador pelo cálculo direto, isso significaria que ele estaria pactuando acelerar significativamente a redução daquele risco, a ponto de a elevação do indicador atribuível à melhoria da informação não elevar o índice frente ao patamar do ano anterior. Agora, o que não seria razoável em hipótese alguma é que, na impossibilidade de pactuar a elevação do índice da mortalidade infantil, o gestor abdique qualquer ação para a melhoria da qualidade da informação para garantir que a meta pactuada seja atingida. O objetivo não pode ser "modificar" o indicador, mas "modificar" o fenômeno social que se expressa (sempre com algum viés) no indicador.

O exposto acima nos leva a sugerir que os indicadores diretos sejam sempre interpretados à luz das medidas indiretas em todos os estados nos quais a qualidade dos sistemas de informação deixe a desejar.

Na discussão até aqui utilizamos exemplos tão somente de estados. Isto porque, para o nível estadual, há estimativas indiretas anuais disponíveis, para todos os estados com coberturas inadequadas do SIM e do SINASC. Entretanto, há maiores dificuldades de se

obter estimativas da mortalidade infantil para os municípios. Celso Simões, em trabalho pioneiro, elaborou uma estimativa para todos os municípios com mais de 80.000 habitantes. Esse trabalho, entretanto, recebeu duras críticas. Uma delas criticava o fato de ter adotado métodos de estimativa indireta mesmo para os municípios que dispõem de bom sistema de informação. O debate sobre essas estimativas trouxe como um de seus benefícios um esforço de desenvolver técnicas e formas de realizar estimativas "mais fidedignas" da mortalidade infantil nos municípios, gerando pesquisas ainda em andamento.

Mas o debate teve outras facetas de conseqüências não tão claras. Como, em geral, as estimativas indiretas tendem a dar valores mais elevados do que os cálculos pelo método direto (e sem dúvida mais elevadas do que os cálculos em regiões onde os óbitos em menores de um ano são subestimados), aquela estimativa foi acusada de produzir um desânimo entre gestores[8]. De qualquer forma, parece que houve certa reação aos resultados dessa pesquisa de Celso Simões. Reação que foi suficiente para que o próprio DATASUS introduzisse na página de apresentação da mesma uma advertência: chama-se a atenção de que essas estimativas

> devem ser consideradas como uma aproximação da real situação dos níveis de mortalidade infantil nos municípios. Os procedimentos metodológicos utilizados, por certo, deixam de considerar ações atuais realizadas em muitos municípios, como a implantação do Piso de Assistência Básica, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, combate às carências nutricionais, além de outras ações que estão contribuindo positivamente para o declínio da mortalidade de menores de um ano no país. Neste aspecto, cabe aos gestores estaduais e municipais fazerem a avaliação comparativa e relativizar os resultados.

O argumento merece um exame mais detalhado. Primeiramente, caberia dizer que qualquer método que não o acompanhamento de uma coorte deve ser considerado uma aproximação da real situação da mortalidade infantil. Em segundo lugar, há um tom anti-avaliativo: ao invés de questionar em que medida as ações como a implantação do PAB, do PSF e do PACS estavam contribuindo para uma queda da mortalidade infantil, o que seria uma questão típica de uma perspectiva de avaliação na atenção básica, insinua-se que os dados podem estar enviesados, de modo a não refletir o impacto que essas ações certamente teriam.

Por fim, a estranha advertência do DATASUS recomenda que os gestores relativizem os dados. Poderia ser uma sábia recomendação se ela fosse uma advertência a que os gestores não considerassem os dados da mortalidade infantil como fiéis à realidade, mas apenas como um *proxy* da mesma. Mas nesse caso, uma advertência análoga deveria estar estampada no Pacto de Indicadores de Atenção Básica, o que não acontece com a mesma intensidade. Levando em conta o desconforto que esse estudo parece ter suscitado, talvez a recomendação integre uma resposta a uma certa pressão política por valores um pouco menores.

De qualquer forma, esse aparente desconforto dos gestores talvez indique uma postura que enfatiza o valor absoluto do indicador, mais do que a análise das tendências de

[8] Este argumento aparece, por exemplo, em um artigo de Szwarcwald e colaboradores: "Devido ao fato de as taxas apresentadas estarem superestimando os valores do coeficiente de mortalidade infantil, em decorrência do procedimento metodológico empregado, as estimativas têm causado reações negativas e de desestímulo aos profissionais de saúde que vêm desenvolvendo ações especificamente dirigidas à diminuição dos óbitos infantis" (SZWARCWALD et ai., 2002, p. 1.727).

sua modificação ao longo do tempo. Ora, pelo que já vimos, em muitos estados não podemos saber ao certo a mortalidade infantil, estando presos a valores diferentes obtidos por diversos métodos. Mas, se não nos é possível fazer apostas definitivas sobre qual seria de fato a mortalidade infantil, podemos acompanhar as taxas obtidas por um mesmo método de cálculo (qualquer que seja ele) ao longo do tempo, para apreender sua tendência. Ou melhor, podemos observar as tendências nos diversos métodos comparativamente (como já exemplificamos na situação do Acre). A fixação nos valores absolutos pode de fato ser um obstáculo à análise da realidade, ao cálculo que precede e preside a pactuação e, sobretudo, as práticas avaliativas.

O estudo de Celso Simões, que nos parece um consistente esforço de estimativa da mortalidade infantil nos municípios, tem, no entanto, um limite intransponível: foram estimados apenas os municípios com mais de 80 mil habitantes. Limites que não derivam de escolhas daquele pesquisador, mas de limites dos métodos indiretos. Desse modo, a estimativa deixa de fora pelo menos 94% dos municípios brasileiros[9]. Portanto, temos uma dificuldade: não dispomos de medidas da mortalidade por métodos indiretos para os municípios que sejam adequadas à monitoração e avaliação da atenção básica.

Talvez seja em função disso que se tenha optado no Pacto dos Indicadores pelo método direto, em que se pesem os indiscutíveis limites do mesmo. Mas há outra dificuldade para tomarmos medidas diretas da mortalidade infantil para os municípios como base para a pactuação, além dos problemas na qualidade das informações advindas dos sistemas de informação: é a oscilação dos valores. Consciente desse problema (ou pelo menos de parte dele), a nota técnica anexa à portaria que define o elenco de indicadores de 2006 recomenda que os municípios com menos de 80.000 habitantes utilizem simultaneamente o número absoluto de óbitos em menores de um ano. E justifica:

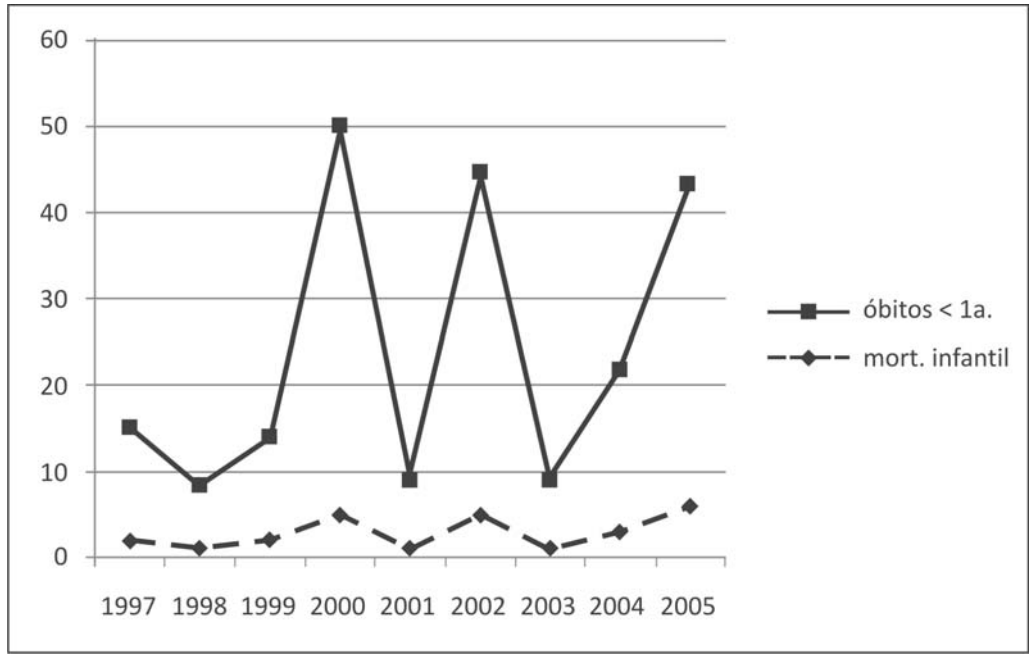
> A diferenciação dos municípios foi adotada porque o coeficiente de mortalidade infantil tem uma grande oscilação em populações pequenas, quando avaliado um período curto de tempo, como um ano. Nesses casos, em que os óbitos infantis tendem a ser menos freqüentes, cada óbito a mais ou a menos provoca grandes variações no coeficiente, sendo importante o uso de números absolutos. Mas para garantir comparações entre municípios de porte diferente, se faz necessário o uso do coeficiente, justificando o uso destes dois indicadores para municípios com menos de 80 mil habitantes.

A maior oscilação da mortalidade infantil nos municípios pequenos tem dupla justificativa. A primeira está apresentada no trecho citado: "municípios pequenos cada óbito faz elevar muito o indicador". O argumento é correto, e sua coerência lógica é de fácil percepção: se um município, por exemplo, tem apenas 200 nascimentos por ano, cada óbito infantil contribuirá para elevar a mortalidade infantil em 5/1.000; mas se tiver mil nascidos vivos, cada óbito infantil corresponderá a uma elevação de 1/1.000 na mortalidade infantil; mas se tiver 100 mil nascidos vivos, cada óbito infantil fará a mortalidade infantil subir 0,01/1,000. Ou seja, nos municípios pequenos, a taxa de mortalidade infantil amplifica a oscilação que ocorre no número de óbitos. O

[9] É claro que é possível estimar a mortalidade infantil para regiões, que servem como *proxy* das mortalidades infantis dos municípios que a compõem.

gráfico 2 ilustra essa diferença para um pequeno município do Estado do Rio de Janeiro, com menos de dez mil habitantes.

Gráfico 2 - Mortalidade infantil (óbitos em menores de 1 ano /1000 nascidos vivos) e número absoluto de óbitos em menores de um ano no município de Macuco-RJ, entre 1997 e 2005



Fonte: elaboração própria, a partir do SIM e do SINASC, com dados obtidos de www.datasus.gov.br

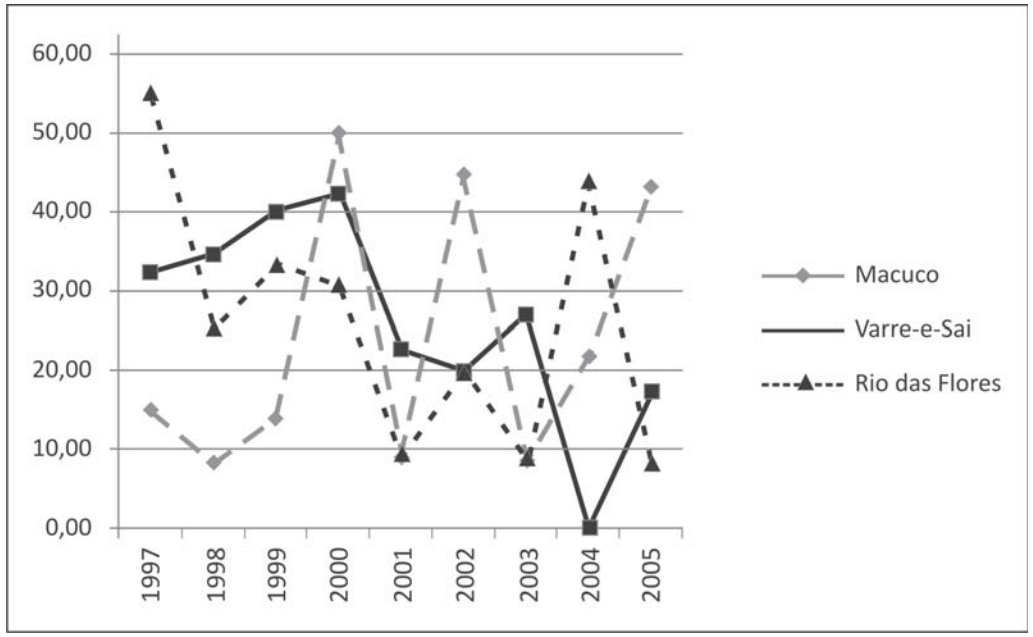
Mas esse argumento explica apenas a maior variação do coeficiente de mortalidade infantil frente ao número absoluto de óbitos em menores de um ano nos municípios pequenos, mas não explica a oscilação em si. Para melhor compreendê-la, precisamos voltar ao conceito de probabilidade (de risco), e as formas de sua mensuração a partir do registro da freqüência de acontecimentos.

Como vimos, o coeficiente de mortalidade infantil procura apreender o risco de uma criança vir a morrer antes de completar um ano, probabilidade essa que refletiria as condições de vida da população. Para isso registram-se a freqüência de nascimento (de nascidos vivos) e de óbitos em menores de um ano. Geralmente consideramos que a divisão desses dois registros da freqüência seja uma boa estimativa daquela probabilidade. Contudo, se a freqüência de nascimentos e de óbitos em um ano for pequena, essa estimativa pode variar devido ao acaso. Variação que reduz na medida em que computamos mais eventos. Em outros termos, não podemos conhecer a probabilidade, a não ser pelas estimativas dadas pelos nossos registros de ocorrências (nascimentos e óbitos). Portanto, em um município muito pequeno no qual a probabilidade de que uma criança venha a morrer antes de completar um ano

(e as condições de vida de sua população) seja mantida ao longo do tempo, haverá variação do coeficiente da mortalidade infantil anual em torno do que seria a mortalidade infantil real. De modo que é impossível nesses municípios pequenos estabelecer com precisão qual seria aquela probabilidade a partir dos dados de óbitos infantis e de nascidos vivos em um único ano, ainda que não existam falhas nos sistemas de informação desse município. Na medida em que agregamos mais registros, a variação dos coeficientes medidos diminuirá, ampliando a capacidade de nos aproximarmos da probabilidade real.

Para ilustrar essa variação inerente, elaboramos o gráfico 3, que apresenta a oscilação da mortalidade infantil em três pequenos municípios do Estado do Rio de Janeiro, todos com menos de dez mil habitantes.

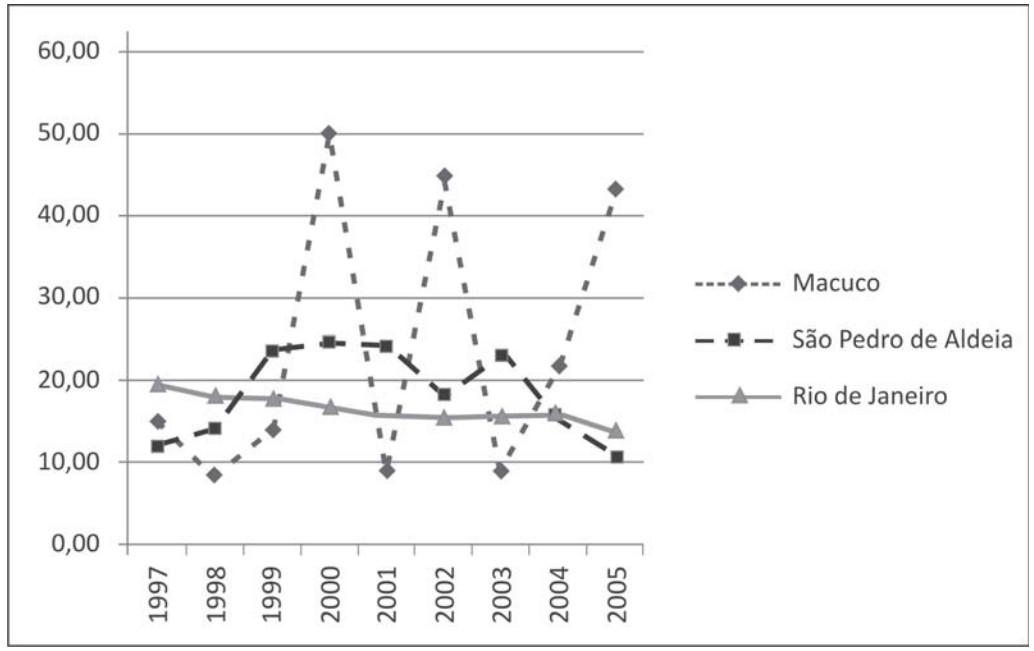
Gráfico 3 - Mortalidade infantil (óbitos em menores de 1 ano /1.000 nascidos vivos) entre 1997 e 2005 em três municípios com menos de dez mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, a partir do SIM e do SINASC, com dados obtidos de www.datasus.gov.br.

Já o gráfico 4 mostra a evolução da mortalidade infantil em alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro com populações de tamanhos diferentes. Nele podemos observar que quanto maior o tamanho da população menor é a oscilação da mortalidade infantil de um ano para outro.

Gráfico 4 - Mortalidade infantil (óbitos em menores de 1 ano /1000 nascidos vivos) em três municípios do Estado do Rio de Janeiro com populações diferentes*, entre 1997 e 2005



Fonte: elaboração própria a partir do SIM e do SINASC, com dados obtidos de www.datasus.gov.br.
*Macuco cerca de 5.000 habitantes; São Pedro de Aldeia, cerca de 76.500 habitantes e o Rio de Janeiro, cerca de 6.100.000 habitantes, segundos as estimativas do IBGE para 2005.

Portanto, a oscilação depende da magnitude do número absoluto de nascidos vivos no período, que por sua vez se relaciona ao tamanho da população. Desta forma, se tomarmos exclusivamente a medida do coeficiente de mortalidade infantil de um só ano em um município pequeno, poderemos concluir muito pouco sobre a probabilidade de morte de uma criança menor de 1 ano.

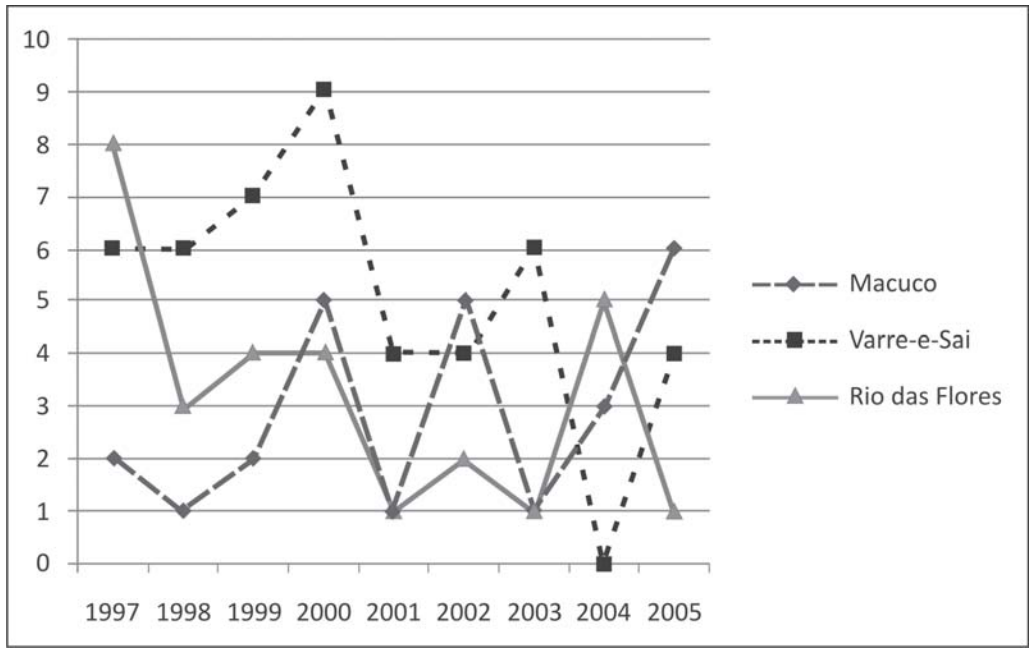
Essa constatação tem grandes conseqüências tanto para a interpretação como para a pactuação nos municípios pequenos. O principal é que não podemos concluir se houve de fato variação da mortalidade infantil de um ano para outro quando o número de nascidos vivos é pequeno. Tomemos, por exemplo, os dados do gráfico 3 para explicitar as dificuldades dessa interpretação. Nele encontramos uma ocorrência de mortalidade infantil de zero (no município de Varre-e-Sai, 2004). Deveríamos considerar que esse município atingiu nesse momento excelentes condições de vida? Ou, alternativamente, deveríamos considerar que esse valor foi resultado de um conjunto de ações da atenção básica? De modo algum, pois ela reflete a oscilação inerente ao uso do coeficiente anual da mortalidade infantil em municípios pequenos. Por outro lado, deveríamos considerar que as ocorrências de elevação no coeficiente de um ano para outro refletem uma deterioração das condições de vida ou das ações de atenção básica? Nossa resposta deve ser categoricamente negativa.

Ou seja, se o coeficiente eleva, não há necessariamente deterioração, se diminui, não houve necessariamente melhora. Ou seja, os dados anuais da mortalidade infantil nos pequenos municípios, ainda que provenientes de sistemas de informação com cobertura de 100% e boa qualidade da informação, devem ser sempre relativizados. Mas tal relativização obrigatória não comprometeria de modo radical a capacidade de estabelecer relações entre ações feitas na atenção básica e as medidas obtidas da mortalidade infantil? Diante disso, alguém poderia argüir: para que servem então esses indicadores para os pequenos municípios na forma como proposta pelo Pacto de Indicadores de Atenção Básica?

Perversas, contudo, podem ser as conseqüências de tomar como base da pactuação nos pequenos municípios esses coeficientes anuais, sem relativizá-los. Seria leviano exigir dos gestores municipais de pequenos municípios que os mesmos pactuem metas de redução da mortalidade infantil, ou mesmo que pactuem a tendência de redução.

O que fizemos até aqui foi expandir o argumento já presente nas portarias do Pacto de Indicadores de Atenção Básica, ressaltando o caráter inerente da oscilação dos dados nos municípios de pequena população. Mas é exatamente por isso, como vimos, que se propõe o uso adicional do número absoluto de óbitos. Ocorre que, nos pequenos municípios, o número absoluto de óbitos em menores de um ano também oscila aleatoriamente. O gráfico 5 mostra a variação dessa medida nos mesmos três municípios com menos de dez mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro cujas mortalidades infantis foram examinadas no gráfico 2.

Gráfico 5 - Oscilação do número absoluto de óbitos em menores de um ano em três municípios com menos de dez mil habitantes, entre 1997 e 2005



Fonte: elaboração própria, a partir do SIM, com dados obtidos de www.datasus.gov.br.

Pode-se perceber que a oscilação é grande, e a variação do número de óbitos também deve ser relativizada, sendo passível das mesmas críticas que fizemos ao uso do coeficiente da mortalidade infantil nesses pequenos municípios.

Os argumentos desenvolvidos até aqui nos levam a pensar que, no contexto da pactuação no SUS, levando em conta que 94% dos municípios brasileiros têm menos de 80 mil habitantes, e que quase metade desses municípios tem menos que 10.000 habitantes, indicadores como a mortalidade infantil ou o número absoluto de óbitos não são adequados ao processo de pactuação. A inadequação deriva, em primeiro lugar, da impossibilidade de dispormos de estimativas confiáveis para a mortalidade infantil desses municípios por limites das metodologias de cálculo. Mas mesmo que cheguemos a um desenvolvimento de uma forma de cálculo da mortalidade infantil anual fidedigna para a grande maioria dos municípios brasileiros, a variação ao acaso de um ano para outro comprometeria seu uso no processo de pactuação.

Tais críticas se aplicam aos pequenos municípios. Mas para os grandes municípios e para os estados, a oscilação é um problema menor, de modo que os valores obtidos podem ser objeto de análise interpretativa mais segura. Mesmo as eventuais dificuldades decorrentes dos métodos de cálculo podem ser passíveis de uma discussão, sobretudo quando cotejam diferentes métodos de cálculo, como já mostramos no exemplo do Acre, o que nos remete à questão da análise e interpretação da taxa de mortalidade infantil.

Alguns problemas na interpretação da mortalidade infantil

Como já dissemos, o coeficiente de mortalidade infantil tenta apreender o risco de uma criança vir a morrer antes de completar um ano de idade, e de certo modo reflete as condições de vida da população. Mas, diferentemente da expectativa de vida ao nascer, o coeficiente de mortalidade infantil tem um caráter mais específico, na medida em que reflete as conseqüências das condições de vida sobre o risco de morte numa faixa etária bem específica. É por esta razão que, ainda em 1955,[10] o grupo de estudos sobre medidas dos níveis de saúde instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a taxa de mortalidade infantil como um indicador específico (ou seja, voltado para um aspecto singular ou para um fator particular de interesse).

Mas o fato de ser um indicador voltado para apreender a probabilidade de morte antes de se completar um ano de vida (que lhe confere certa especificidade no sentido indicado acima) não impede que ele seja considerado um indicador resumo das condições de saúde da população. Diz aquele relatório:

> Tradicionalmente, a taxa de mortalidade infantil tem sido corretamente considerada de grande significado como um indicador do nível de saúde. Um decréscimo da mortalidade infantil, entretanto, pode não significar necessariamente uma melhora do nível de saúde de uma comunidade, se existiram esforços de combate a esse problema particular. (WHO, 1957, p. 13).

Note-se que esse trecho indica certa tensão entre duas formas de interpretar o coeficiente de mortalidade infantil. Na primeira, busca-se ver nele um reflexo do nível de saúde de uma localidade, de uma região ou de um país. Nível de saúde entendido de

[10] O relatório desse grupo foi divulgado originalmente em 1955 na forma de um mimeo, sendo publicado pela Organização Mundial da Saúde dois anos depois (WHO, 1957).

modo bastante ampliado, que reflete as próprias condições materiais de vida. Na segunda, o indicador é considerado como uma medida de resultados de determinadas ações, feitas na intenção de reduzi-lo. A tensão se dá pela premissa, expressa no texto, de que uma melhoria do indicador não necessariamente reflete uma melhoria nas condições mais gerais de vida e de saúde.

O exemplo mais significativo dessa tensão é o uso da terapia de hidratação oral. Trata-se de tecnologia de baixo custo e de alta eficácia em termos da redução dos óbitos por diarréia, embora não tenha impacto direto sobre a incidência da diarréia. Esta depende diretamente das condições de vida e, de modo particular, das condições de habitação (sobretudo no acesso a água adequada para consumo humano e esgoto, mas também o acesso a energia elétrica), e a capacidade de consumo.[11] Assim, por exemplo, melhorias nas condições de saneamento e na capacidade de consumo de alimentos em boas condições (o que envolve capacidade de compra de alimentos e capacidade de conservação adequada, como, por exemplo, através do uso de geladeiras) têm o potencial de reduzir a incidência de diarréias e, portanto, as mortes devidas a essa doença. Em contraposição, a terapia de hidratação oral permite uma dramática redução das mortes por diarréia, sem que as demais condições de vida (como o saneamento e a capacidade de consumo) tenham se modificado.

De fato, ao longo dos anos 80 no mundo, e em grande parte a partir do esforço do UNICEF, surgiram iniciativas internacionais no sentido de utilizar algumas tecnologias altamente eficazes em termos de custo (para usar a expressão com que posteriormente o Banco Mundial designava intervenções com grande impacto por recurso aplicado em saúde). Estas ficaram conhecidas como a Revolução da Mortalidade Infantil, e tiveram resultados visíveis, sobretudo no continente africano, sem que isso refletisse uma mudança geral nas condições de vida da população naquele continente. Portanto, parece existir uma tensão entre o uso da mortalidade infantil como um indicador das condições de vida e como um indicador específico da saúde, cuja redução é passível de ser tomado como objetivo das ações de atenção básica voltadas para a criança. Analisemos esses dois usos com mais detalhe.

O uso da mortalidade infantil como indicador das condições de vida surgiu no contexto do debate sobre o desenvolvimento. Reconhecia-se que nos países que lograram alcançar um patamar de desenvolvimento econômico, os vários indicadores de condições de vida e de saúde haviam melhorado. Portanto, examinar os níveis desses indicadores nas regiões mais atrasadas, subdesenvolvidas ou em desenvolvimento seria uma forma de diferenciá-las e de acompanhar o processo de desenvolvimento econômico. Nascem assim duas formas de uso do coeficiente de mortalidade infantil. O primeiro é a comparação do valor absoluto do indicador em uma região ou país com o de outras regiões ou países. O segundo é o acompanhamento da evolução do indicador em uma mesma região ou país.

[11] Falamos aqui em capacidade de consumo e não em renda. Embora no espaço urbano em geral a renda seja um determinante fundamental da capacidade de consumo, em localidades rurais podem existir formas de consumo independentes da renda, como, por exemplo, a agricultura de subsistência. Por outro lado, a existência de formas de crédito pode ampliar a capacidade de consumo, sobretudo em relação a alguns bens de consumo duráveis, dos quais a geladeira e a televisão e, atualmente, o computador, sejam talvez os que têm maior impacto na mudança da vida social.

O primeiro uso é muito difundido, estando presente em muitos livros textos. Ele se apresenta tipicamente através de quadros ou tabelas que mostram os valores da mortalidade infantil em certo momento em diferentes países e regiões. Menos freqüentemente, esta comparação se expressa indicando o ano em que uma região mais desenvolvida tinha o mesmo coeficiente que atualmente a região menos desenvolvida apresenta hoje, num esforço de dar materialidade ao argumento do atraso na melhoria das condições de vida.

Outra forma de realizar essa comparação é referir os valores ao de uma escala que de certo modo gradua a magnitude da mortalidade infantil. Vejamos, por exemplo, o trecho abaixo, retirado das notas técnicas que integram a portaria que apresenta os indicadores utilizados em 2006:

> Os coeficientes de mortalidade infantil são classificados em altos (50 por 1.000 ou mais), médios (20 a 49 por 1000) e baixos (menos de 20 por 1.000), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (IDB 1999).
>
> A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta aquela acima de 40 óbitos de menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2006).

Notem que aqui são mencionados dois critérios distintos, de modo que um coeficiente de mortalidade infantil de 45 óbitos por mil nascidos vivos seria considerado alto pela OMS e médio pelo IDB. Trata-se de escalas arbitrárias, que tomam como base a trajetória desses indicadores nos países considerados desenvolvidos. É necessário ressaltar isso para enfrentar uma tendência do senso comum que valoriza o adjetivo dado a certo valor do coeficiente, mais do que interpretar o significado do mesmo em um determinado contexto. Essa noção do senso comum está fortemente associada à valorização dos valores absolutos em detrimento da ênfase na série histórica de dados, à qual já nos referimos. Analogamente, o debate sobre se somos como a Bélgica ou como a Índia, também corre o risco de deslocar o foco, fazendo-o se afastar das questões mais substantivas relacionadas à interpretação do indicador.

A principal contribuição do uso comparativo de taxas de mortalidade infantil é mostrar a desigualdade. Tal demonstração independe de qualquer escala acessória ou de qualquer metáfora. Ela pode ser feita pela simples enunciação das taxas de mortalidade infantil em diversos países ou em diversas regiões, desde que calculadas pelo mesmo método[12].

As comparações internacionais mostram a enorme desigualdade entre países, oferecendo um retrato das conseqüências perversas do padrão de desenvolvimento mundial

[12] Há grande dificuldade de se realizar comparações internacionais, pela variabilidade da qualidade dos dados e dos métodos. Daí a importância de pesquisas que adotam a mesma metodologia, e que são realizadas em vários países, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. É claro que os dados obtidos nesse tipo de pesquisa não coincidem com as melhores estimativas em um certo país, mas as melhores estimativas de um certo país não são comparáveis com as de outros, quando feitas por métodos distintos. No plano nacional, como vimos no quadro 1, a RIPSA calcula indicadores de mortalidade infantil para os estados a federação com baixa cobertura do SIM e/ou do SINASC utilizando a estimativa indireta, e utiliza o cálculo direto nos demais. Como, ao que tudo indica, as estimativas indiretas podem superestimar a mortalidade infantil, a comparação utilizando os dados do IDB pode superestimar a desigualdade. Melhor seria talvez calcular pelo método indireto para todos os estados e comparar as estimativas indiretas, enquanto a cobertura dos sistemas de informação não atingir em todos os estados um patamar razoável.

(ou, como diria Boaventura Santos, da globalização hegemônica). Olhando o cenário nacional, são evidentes as desigualdades regionais.

Algumas pesquisas mostram outros aspectos dessa desigualdade, expressos através de outras categorias que não os territórios. Assim, por exemplo, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 1996 mostrava que a mortalidade infantil dos filhos das mulheres que moravam na área rural era cerca de 1,5 vezes maior do que aquela nos filhos das residentes na área urbana. A mesma pesquisa indicava que a mortalidade infantil entre os filhos das mulheres que não tinham nenhuma escolaridade era cerca de dez vezes maior do que a dos filhos das mulheres que passaram mais de 12 anos na escola[13].

Caracterizar a desigualdade é uma tarefa de grande relevância, mas de pouca repercussão sobre o processo de pactuação, a não ser pela possibilidade de se incentivar de alguma forma as ações de redução dos óbitos ou de melhorias nas condições de vida das áreas com maiores índices[14], com vistas à redução da desigualdade.

Mais importantes para a perspectiva da pactuação seriam os usos do indicador para apreender a sua trajetória ao longo do tempo, ou seja, identificar e interpretar as tendências da mortalidade infantil. Na interpretação dessas tendências, especial importância precisa ser dada à possível contribuição das ações e serviços de saúde na eventual redução da mortalidade infantil. A tarefa, contudo, está longe de ser simples. Para ilustrá-las, tomemos por exemplo o debate sobre a trajetória da mortalidade infantil no Brasil como um todo.

Em primeiro lugar, cabe ressaltar que ainda são relativamente poucos os estudos que se debruçam sobre séries históricas de âmbito nacional da mortalidade infantil. Duarte (2007), em recente revisão sistemática da literatura produzida no período de 1998 a 2006, encontrou apenas dois estudos de tendência de abrangência nacional: Costa et al. (2003) e Victora (2001). Na verdade, o trabalho de Victora entra nesse rol por transcrever a estimativa da mortalidade anual que Celso Simões fez para o período de 1980 a 1998[15]. O mesmo Celso Simões já havia publicado em 1995 uma estimativa da mortalidade infantil por década entre 1930 e 1980, usando uma técnica de estimativa indireta que tomava como base os dados dos censos.[16] Os resultados podem ser vistos no quadro 3.

[13] A metodologia dessa pesquisa, que é realizada a cada dez anos, calcula por um método indireto a mortalidade infantil média dos cinco anos anteriores ao ano da pesquisa. Uma das vantagens dos métodos indiretos é a possibilidade de cruzar variáveis sobre as mães com as taxas de mortalidade infantil. Estudos análogos em âmbito nacional a partir dos dados do SINASC ainda não foram desenvolvidos. Por isso mesmo, até agora, os métodos indiretos parecem ser os mais adequados para uma caracterização dos diversos aspectos da desigualdade da mortalidade infantil em nosso país. No momento em que escrevemos este texto, os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde relativos a 2006 ainda não foram divulgados.

[14] O Estado do Rio Grande do Sul há alguns anos desenvolveu uma forma de repasse de recursos financeiros para os municípios que adotava como critério, entre outros, o valor da estimativa da mortalidade infantil: quanto maior era esse valor, mais recursos eram repassados para o desenvolvimento de ações de redução dos óbitos infantis.

[15] Esse artigo de Victora et al. talvez seja uma das mais importantes contribuições para o processo de pactuação, não exatamente por apresentar esses dados, mas por explorar com grande consistência o exame das possíveis intervenções que podem reduzir os óbitos em menores de cinco anos. Voltaremos a ele mais adiante.

[16] A técnica utilizada não permite obterem-se estimativas anuais da mortalidade infantil, mas apenas as estimativas do nível médio da mortalidade infantil no período de dez anos anteriores ao ano da pesquisa.

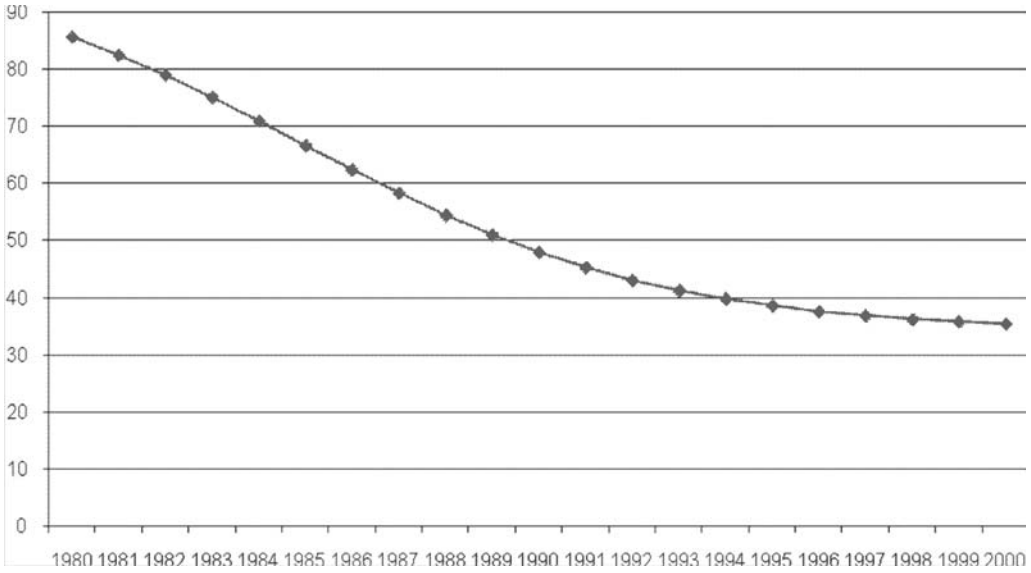
Quadro 3: Estimativas da mortalidade infantil por década entre 1930 e 1980

Década	Nível médio da mortalidade infantil na década	Percentual de queda frente ao período anterior
30	158,3	----
40	144,7	8,6%
50	118,1	18,4%
60	117,0	0,9%
70	87,9	24,9%

Fonte: Elaborado a partir de Simões e Monteiro (1995).

Também devemos a Celso Simões a realização de estimativas anuais da mortalidade infantil desde 1980, cujos resultados apresentamos no gráfico 6.[17].

Gráfico 6 - Estimativas da mortalidade infantil (óbitos em menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos) no Brasil, 1980 a 2000



Fonte: Elaborado a partir de estimativas feitas por Celso Simões, sendo os dados extraídos de Victora (2003) e IBGE (1999).

Segundo esses dados, entre 1981 e 1990 a mortalidade infantil caiu 42%, enquanto no período de 1991 a 2000, a queda teria sido de cerca de 22%. Aparentemente, a mortalidade infantil caiu de modo bastante acentuado desde a década de 70, e com certeza teve grande redução durante os anos 80.

[17] Os dados de 1980 a 1998 aparecem em Victora (2003), e os de 1985 a 2000, em publicação do IBGE (IBGE, 1999). Os dados apresentados nas duas publicações coincidem no período de 1985 a 1998.

Esses dados são compatíveis com os de Costa e colaboradores (2003), que calcularam a mortalidade infantil para o conjunto das capitais brasileiras (exceto Palmas) entre 1980 e 1998, utilizando os dados de óbitos (tomados do SIM) e a população de menores de um ano[18]. Os dados de Costa mostram uma queda de 43% entre 1981 e 1990. Esse estudo mostra uma elevação da mortalidade infantil entre 1991 e 1993, seguida de retomada da queda em ritmo bem menos acentuado do que o da década de 80.

A acentuada queda da mortalidade infantil ao longo da década de 80 foi de certa forma inesperada, pois este foi um período de estagnação da economia, a ponto de alguns autores denominá-la de "década perdida". Com efeito, entre 1981 e 1992, a economia brasileira cresceu a uma taxa modestíssima de 1,26% ao ano (FIORI; KORNIS, 1994), tendo de fato reduzido em quatro anos nesse período. As altas taxas de inflação e a queda do valor real do salário mínimo[19] produziram provavelmente impactos negativos na renda e na capacidade de consumo, sobretudo na população mais pobre. Os índices de desigualdade econômica sugerem que ela aumentou bastante durante a década. Apesar disso, a mortalidade infantil despencou.

Diante desses elementos, muitos poderiam pensar que tal redução na mortalidade infantil não refletisse melhoras nas condições de vida, e sim um conjunto de ações de saúde. Esse argumento foi, contudo, duramente criticado por Tavares e Monteiro (1994). Utilizando vários indicadores sociais, os autores mostram que ao longo da década de 80 as condições de vida de fato melhoraram, apesar das condições econômicas. E suscitam uma hipótese explicativa para essa dissociação entre as condições da economia e as condições de vida:

> Esta aparente contradição entre diminuições do PIB per capita e melhores condições de vida é mais uma conseqüência das fortes mudanças na estrutura demográfica brasileira. Nesse contexto, as famílias vêm passando por processos de transformação importante entre os quais destacam-se a redução de seu tamanho, decorrência da queda da fecundidade, a sua nuclearização crescente, devido à redução da coabitação dos casais com ou sem filhos com outros parentes e a ampliação de unidades domésticas unipessoais. (TAVARES; MONTEIRO, 1994, p. 65).

Ademais, a queda se configura de modo acentuado mesmo antes da intensificação das atividades de implantação da terapia de reidratação oral[20]. Ou seja, não parece simples explicar esta queda exclusivamente a partir das ações de saúde. Outros elementos, como o aumento do percentual de domicílios com geladeira ou com televisão, assim como melhorias no acesso ao saneamento, podem ter contribuído para isso. Mas como foi

[18] A opção de substituir os nascidos vivos pela população de menores de um ano se deveu à inexistência de informações confiáveis para aquele primeiro dado ao longo do período.

[19] Ao longo da década, o salário mínimo real despencou, atingindo em 1990 cerca de 50% do seu valor em 1980 (FIORI; KORNIS, 1994, p. 25). É verdade que houve alguns anos de ligeira recuperação deste valor real frente aos anos anteriores, mas sempre muito abaixo dos patamares do inicio da década.

[20] Nesse ponto, contestamos a interpretação de Costa e colaboradores no estudo citado. Lá afirmavam os autores: "O fato de a velocidade de queda da mortalidade infantil ter sido maior na década de 80 pode ser explicado pela maior magnitude de seus níveis naquela ocasião. Por outro lado, a implantação intensiva da terapia de rehidratação oral, a partir de 1988, deve ter sido o fator responsável pelo considerável declínio dos óbitos pós-neonatais secundários às doenças infecciosas intestinais". (Costa et al., 2003, p. 704). Primeiramente, lembramos que nas décadas anteriores à de 70, as taxas de mortalidade infantil eram mais altas do que as do início dos anos 80, e nem por isso a mortalidade infantil caiu com mais intensidade naquelas décadas. Em segundo lugar, a redução de óbitos infantis por diarréias se deu, nessa década, mesmo antes de 88, num ritmo bastante intenso. Portanto, há que se explicar quais os novos fenômenos dos anos 70 e 80 e que aceleraram a queda. Talvez eles derivem da melhoria das condições de vida da população.

possível o crescimento no acesso a geladeiras e televisões em uma conjuntura econômica desfavorável? Novamente, a hipótese de Tavares e Monteiro merece ser considerada: as mudanças familiares podem ter tido influência decisiva, assim como, acrescentaríamos, o desenvolvimento de dispositivos de crédito, que expandem o poder de consumo.

Mas a importância das transformações demográficas também é consistente com os achados de Costa e colaboradores. Estes concluem em certo momento: "assim, diante das evidências apresentadas, torna-se plausível sustentar a hipótese de que a variação da fecundidade foi a principal responsável pela manutenção da queda da mortalidade infantil na década de 80" (COSTA et al., 2003, p. 705). E acrescentam:

> Entre os mecanismos de atuação da fecundidade para a persistência do declínio da mortalidade infantil no Brasil, destaca-se, em especial, a redução relativa, na década de 80, do número de nascimentos de crianças cujas mães viviam em condições mais precárias e que, portanto, teriam maior risco de morrer no seu primeiro ano de vida. Também podem ser citados: a mediação de fatores como a redução de nascimentos prematuros, com intervalos curtos e de mães com alta paridade e idade, conforme ocorreu no País; aumento da eficiência econômica em virtude da redução da razão de dependência intrafamiliar, menor demanda por serviços de saúde e maior disponibilidade de tempo da mãe para cuidar de seus filhos. (COSTA et al., 2003, p. 705).

Ao que parece, a rápida queda da fecundidade ao longo dos anos 70 e 80 refletiu profundos processos de transformação na dinâmica da sociedade, abrindo possibilidades de melhorias substantivas das condições de vida, que não foram acompanhadas por melhorias nos principais indicadores econômicos. Mas os possíveis impactos dessas transformações tendem a diminuir com o tempo, o que nos ajuda a compreender a redução do ritmo de queda nos anos noventa.

Costa e colaboradores, entretanto, sugerem que a queda da fecundidade vem reduzindo em seu ritmo, e não parece explicar sozinha a continuidade da queda da mortalidade infantil, e evocam a possibilidade de que as transformações no SUS tenham contribuído para a queda:

> A descentralização das ações e serviços de saúde na década de 90 no Brasil, especialmente a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB) 93, pode ter contribuído com o desenvolvimento de estratégias de atenção voltadas para os grupos mais vulneráveis, resultando no aumento de coberturas vacinais, de assistência pré-natal e de consultas médicas, com repercussões positivas na redução do coeficiente de mortalidade infantil. (COSTA et al., 2003, p. 705).

O argumento, entretanto, não está devidamente ancorado em evidências. Em primeiro lugar, devemos lembrar que antes da vigência da NOB 96 (que ocorreu a partir de 1998), grande parte dos municípios ainda não havia sido afetada pela descentralização. Talvez por isso fosse conveniente distinguir, para efeitos analíticos da queda da mortalidade infantil, aquela ocorrida na década de 90 até 1997, da que vem ocorrendo após 1998, com, aí sim, o advento pleno a descentralização com ênfase na atenção básica e na adoção do PSF.

Sobre a contribuição do aumento da cobertura vacinal sobre a mortalidade infantil, podemos fazer aqui uma estimativa rápida sobre a ordem de grandeza do impacto máximo possível. Trata-se de uma forma específica de fazer um raciocínio típico do cálculo direcional: como explicamos a expectativa de impacto da elevação de cobertura

de vacinação sobre a mortalidade infantil? Se fosse possível alcançar uma cobertura vacinal do esquema básico de imunização de 100% (o que sem dúvida é difícil), e as vacinas todas tivessem uma eficácia de 100% em prevenir óbitos (o que certamente não tem), deixaríamos de ter óbitos em menores de um ano por essas doenças. Ora, para termos uma noção do impacto máximo que obteríamos com a elevação da cobertura vacinal sobre a mortalidade infantil, poderíamos calcular o que representam os óbitos por essas doenças nos menores de um ano no conjunto dos óbitos infantis ocorridos no mesmo ano. Se assim procedemos, tomando como base os dados do SIM de 1990, por exemplo, encontraríamos o seguinte: dos 95.938 óbitos em menores de um ano registrados pelo SIM, 350 foram por doenças imunopreviníveis[21], o que corresponderia a 0,36% da mortalidade infantil. Com efeito, ainda que imaginemos que esses dados são subestimados, não é fácil sustentar que o aumento da cobertura da vacinação possa ter tido algum destaque na queda da mortalidade infantil no início da década de 90.

Permitam-nos abrir um parêntese para antecipar um argumento muito importante acerca do cálculo direcional. Se assim procedemos, tomando como base os dados do SIM de 2005, por exemplo, encontraríamos o seguinte: dos 51. 544 óbitos em menores de um ano registrados pelo SIM, apenas 44 foram por doenças imunopreviníveis, o que corresponderia a 0,09% da mortalidade infantil. Ainda que imaginássemos que para cada óbito por doença imunopreviníveil tenham ocorrido outros nove que não foram assim registrados no sistema, ainda assim não poderíamos esperar de um aumento de 100% da cobertura vacinal uma redução maior do que 1%. Ou seja, atualmente, o impacto da imunização sobre a mortalidade infantil é mínimo.

Antes de seguir o raciocínio, devemos alertar para a correta compreensão do cálculo direcional que apontamos. As atividades de imunização são absolutamente fundamentais, e aumentar a cobertura e a qualidade das atividades de vacinação constituem propósitos absolutamente fundamentais. O que não se pode admitir é que um gestor que empreenda um grande esforço no sentido desse aumento de cobertura espere com isso obter grande melhora na sua mortalidade infantil. Em outros termos, a taxa de mortalidade infantil é um péssimo indicador de resultados para as atividades de imunização. Aliás, isso nos permite formular uma primeira crítica à seleção de indicadores feita para o Pacto da Atenção Básica, que não inclui nenhum indicador capaz de monitorar as ações de imunização ou seus resultados.

Mas voltemos à sugestão de Costa e colaboradores. Eles sugerem que a melhoria da assistência pré-natal possa ter contribuído para a queda da mortalidade infantil. Entretanto, não vislumbramos evidências disso no âmbito nacional. As informações sobre a concentração de consultas nos pré-natais são de grande relevância. Infelizmente, antes do SINASC, essas informações não eram de fácil obtenção no âmbito nacional. Os dados do SINASC permitem-nos conhecer o número de nascidos vivos cujas mães não tiveram nenhuma consulta de pré-natal. Esse número teve um crescimento de 1995 a 1997, provavelmente em função da melhoria da cobertura do SINASC. Desde 1998, o número absoluto de nascidos vivos cujas mães não tiveram nenhuma consulta de pré-natal vem se reduzindo, o que indiscutivelmente indica um movimento de melhora no acesso. Sobre o período

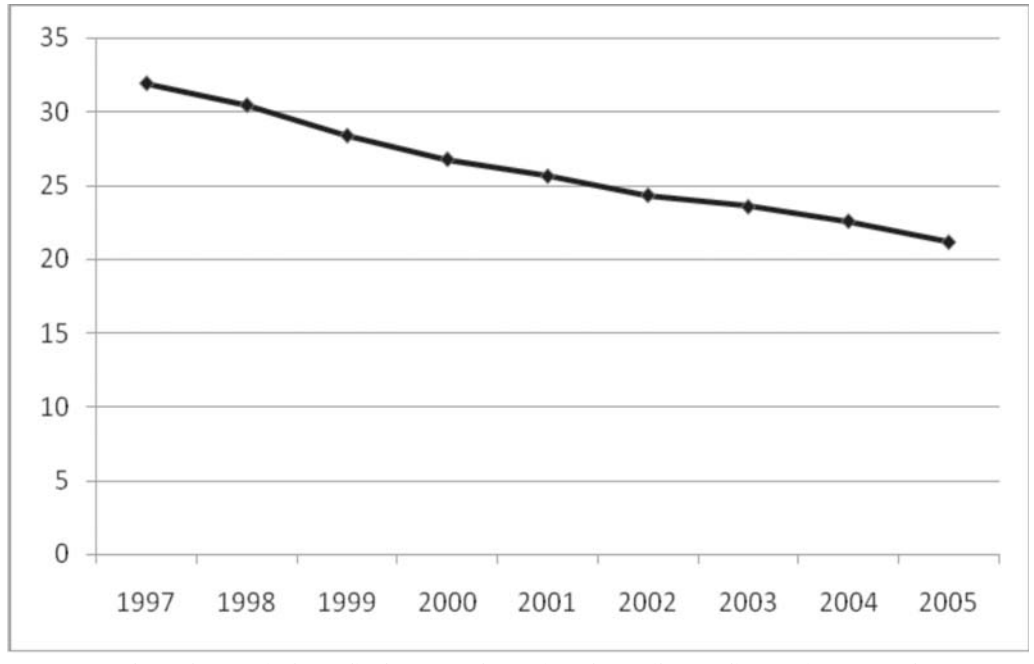
[21] Dados colhidos pela interface do DATASUS. Somamos os óbitos em menores de um ano por sarampo (182), coqueluche (87), tuberculose em todas as formas (73), e difteria (8). Não aparecem registros de óbitos por tétano nesse ano.

anterior a 1998, dispomos do dado da PNDS de 1996, segundo o qual o percentual desses nascidos vivos cujas mães não tiveram acesso ao pré-natal foi de 14,3%[22]. Tomando os dados do SINASC, este percentual já se apresentava em torno de 7,1% em 1998[23], o que sugere que de fato ao longo dos anos 90 tenha ocorrido uma melhora na cobertura do pré-natal, o que pode ter contribuído para a queda da mortalidade infantil. Contudo, não temos como avaliar a magnitude do impacto dessa elevação da cobertura do pré-natal.

O que queremos destacar é que não dispomos de evidências suficientemente sólidas para imputar a queda da mortalidade infantil entre 1990 e 1998 fundamentalmente às ações e aos serviços do SUS. A possibilidade de que essa queda conte com a contribuição de outros aspectos da melhoria das condições de vida não analisados naquele estudo (como, por exemplo, a maior capacidade de acesso a certos bens de consumo duráveis, como televisão e geladeira, que trazem importantes mudanças no cotidiano da vida) não foram analisados.

E sobre a evolução recente da mortalidade infantil? Os dados do gráfico 7 mostram os dados da taxa de mortalidade infantil tais como calculados para o IDB – portanto, obtidos por uma técnica mista de uso do método direto em alguns estados e do método indireto em outros.

Gráfico 7 - Mortalidade infantil (óbitos em menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos) no Brasil entre 1997 e 2000



Fonte: elaborado a partir dos Indicadores e Dados Básicos do Brasil-2007, disponíveis em www.datasus.gov.br.

[22] Esse valor corresponde ao percentual dos nascidos vivos nos cinco anos anteriores à realização da pesquisa. Tomado de Benfam, 1997. Victora (2001), tendo como base a mesma fonte, afirma que 13,2% das mães brasileiras não freqüentaram nenhuma consulta de pré-natal.

[23] Para o cálculo desse percentual, desconsideramos os nascidos vivos sobre os quais não temos informações sobre o número de consultas do pré-natal na declaração de nascidos vivos.

Vemos que prossegue a tendência de queda, talvez com uma discreta aceleração frente ao período de 1990 a 1997.[24] De qualquer modo, os estudos disponíveis não nos permitem chegar a uma conclusão clara sobre em que medida as ações e serviços de saúde determinam queda da mortalidade infantil, ou em que medida outros aspectos da vida social determinam essa queda.

As conclusões de Duarte em sua excelente revisão bibliográfica caminham na mesma direção que a nossa:

> Dessa forma, os estudos produzidos até o momento não possibilitam avaliar com clareza o possível impacto das alterações produzidas após 1996 na organização e funcionamento do SUS. Fica evidente a necessidade de monitoramento do indicador e a importância dos estudos locais, especialmente nos municípios considerados com informações incipientes. (DUARTE, 2007, p. 1.525).

E prossegue:

> O desenvolvimento de sistemas de análise e de vigilância do efeito das políticas públicas de saúde nas condições de vida torna-se essencial e deve estar vinculado aos níveis decisórios. Entretanto, vale lembrar que o impacto das medidas assistenciais e sanitárias sobre a mortalidade infantil é limitado, provocando uma redução até um patamar que tende a não ser ultrapassado, a não ser que incidam sobre as desigualdades sociais existentes. (DUARTE, 2007, p. 1.525).

Contudo, formulamos a questão de modo ligeiramente distinto. Em síntese, assistimos, ao longo dos anos 70 e sobretudo dos anos 80, a uma acentuada queda da taxa de mortalidade infantil, em um período de estagnação econômica, achatamento salarial e piora da desigualdade econômica. A análise conjunta de vários indicadores sociais na década de 80 sugere que de fato nesse período, malgrado as perspectivas sugeridas por aqueles indicadores econômicos tradicionais, houve de fato uma grande melhoria das condições de vida da população, pelo menos no que diz respeito às dimensões da vida social apreendidas por aqueles indicadores. Talvez as aceleradas transformações na dinâmica demográfica de nossa população, expressas de modo exemplar na dramática queda da taxa de fecundidade, tenham possibilitado um hiato, um momento extremamente favorável às melhorias das condições de vida. Mas de algum modo os efeitos dessa "janela", talvez aberta pela rápida transição demográfica, parecem começar a se diluir. Alguns desses efeitos das profundas transformações na vida social ainda possam produzir a tendência de queda, embora em menor intensidade. Se nos foi possível uma dramática redução da mortalidade infantil em condições de um nível de desigualdade econômica mantido ou agravado, talvez essa possibilidade esteja a se esgotar. Por isso é fundamental que nos engajemos em políticas que reduzam a desigualdade (nesse sentido estamos de pleno acordo com Duarte). Por outro lado, não é apenas em virtude da desigualdade social que os impactos das ações de saúde sobre a mortalidade infantil são

[24] Segundo os dados do IDB, a redução da mortalidade infantil entre 1998 e 2004 foi de aproximadamente 26%. Na série de cálculos de Celso Simões mostrada anteriormente, a queda da mortalidade infantil no período de 1991 a 1997 foi de aproximadamente 18%. Como os métodos são diferentes, as comparações devem ser feitas com cautela. Se utilizarmos para o período de 1998 a 2004, as probabilidades de morte antes de se completar um ano, tomadas a partir das tabelas de vida preparadas pelo IBGE, a queda seria de apenas 17%, o que sugeriria não ter havido aceleração da queda após a intensificação da descentralização, com ênfase na atenção básica e no PSF.

limitados. Há outros limites que resultam de fato de uma confusão: a mortalidade infantil é um indicador resumo das condições de saúde (com todos os senões de qualquer indicador), mas não é um bom indicador resumo da atenção básica, nem mesmo da atenção básica voltada para as crianças. Monitorar o indicador não pode nos levar a vê-lo como um resultado das ações de saúde. Muitas de nossas importantíssimas ações de saúde, como as de imunização, têm e terão, no nosso contexto, impacto mínimo (se é que terão algum impacto) sobre a taxa de mortalidade infantil. Isso não quer dizer que não devamos colocar a redução dos óbitos infantis como um dos objetivos da gestão da saúde, mas que o nosso cálculo que precede e preside a pactuação sobre esse ponto deve privilegiar a análise desses óbitos infantis, sobretudo para analisar em que medida eles são redutíveis por nossa ação.

Numa linguagem do planejamento, diríamos o seguinte: as taxas de mortalidade infantil parecem não ser bons pontos de partida para um cálculo que precede e preside a pactuação sobre as ações e resultados da atenção básica no nosso contexto. Um primeiro problema diz respeito às diferentes qualidades dos dados. Um segundo problema, que afeta sobretudo os municípios pequenos, consiste na oscilação ao acaso dos dados, que exige o uso de técnicas mais sofisticadas, e o abandono do ano civil puro como base. Assim, para a grande maioria dos gestores municipais, as taxas de mortalidade (assim como os números absolutos de óbitos) podem variar erraticamente de ano para ano, sem qualquer nexo imediato com as ações que estejam empreendendo. Mas mesmo quando relativas às maiores populações, temos, pelos conhecimentos existentes, muita dificuldade de explicar a mortalidade infantil e suas tendências e, em particular, sobre o impacto que as ações de saúde tem tido sobre ela. Nesse contexto, é esperado que os gestores tenham muita dificuldade de explicar a mortalidade infantil.

Isso não quer dizer que, no processo de pactuação, um dos pontos de partida para o cálculo que a precede e a presida não possa ser dado pelo objetivo, entre outros, de reduzir os óbitos infantis. Mais do que a mortalidade infantil de modo agregado, é explicando os óbitos infantis que poderemos identificar pontos de possíveis intervenções e realizar uma forma de cálculo direcional. Se tivermos elementos suficientes, poderemos eventualmente chegar a calcular o possível impacto de nossas ações sobre a mortalidade infantil. Mas notem que, como a mortalidade infantil sofre influências de tantas outras dimensões da vida, nem toda a redução da mortalidade infantil pode ser atribuída a nossas ações. E ela possivelmente cairá mais do que nossos eventuais cálculos de impacto, o que nos leva a concluir que a mortalidade infantil tomada isoladamente não é um bom indicador para avaliar as ações de saúde. Por exemplo, um gestor poderia se alegrar com uma certa queda da mortalidade infantil ao longo de sua gestão, mas pode ser o caso de que essa queda tenha ocorrido apesar de uma péssima qualidade da atenção básica em seu município.

Estamos sugerindo que o processo de pactuação tome como ponto de partida o compromisso, entre outros, de reduzir os óbitos infantis. Partindo desse propósito, é possível examinar as causas dos óbitos infantis em uma certa realidade loco-regional. Para cada grupo de causa ou causa específica de óbitos infantis, é possível indagar se conhecemos fatores determinantes destes óbitos, bem como analisar se dispomos de formas de intervenção capazes de reduzir esses óbitos (mesmo que sem uma alteração

mais profunda nos seus determinantes últimos). Esses elementos podem embasar um cálculo direcional. Se este cálculo possibilitará o estabelecimento de uma meta numérica de redução da mortalidade infantil é algo a se ver posteriormente.

Em uma linguagem do planejamento, diríamos que o conhecimento disponível não nos permite dissociar analiticamente a contribuição das ações de saúde das demais melhorias nas condições de vida para as alterações da mortalidade infantil, mesmo em níveis de maior agregação. Ou seja, não conseguimos desenvolver uma explicação detalhada que nos remeta às determinações mais profundas da mortalidade infantil. Entretanto, é possível construir uma forma mais imediata da explicação dos óbitos infantis a partir da análise mais cuidadosa das causas de óbito dos menores de um ano. Tal "explicação", embora longe da profundidade de que gostaríamos, é capaz de permitir a identificação de possíveis fatores sobre os quais podemos intervir para reduzir os óbitos infantis. Ou seja, ela possibilita a análise do cálculo direcional.

Há duas formas de proceder a tal análise. A primeira toma exatamente os dados sobre os óbitos infantis a partir do SIM. O método é propício para as análises no âmbito nacional, no âmbito estadual e talvez em algumas cidades. Contudo, a oscilação pode impedir o uso dessa forma de análise nos pequenos municípios. De qualquer modo, a riqueza dessa análise mais macro pode pelo menos levantar hipóteses e possíveis pontos de intervenção que devem ser levados em conta e confrontados com as realidades loco-regionais.

O outro método de análise dos óbitos é microssociológico e resulta da reflexão e análise de óbitos infantis individualizados. A análise da causa de cada óbito, mas sobretudo, do itinerário percorrido pela mãe e pela criança, da história de vida dessa mãe e dessa criança, e das relações que estabeleceram com os serviços de saúde tem a capacidade de contribuir de modo substantivo para a identificação de fatores que contribuem numa localidade concreta para os óbitos infantis e, portanto, permitir uma análise das possíveis intervenções. Essa segunda forma de análise parece adequada para municípios e, em relação aos pequenos municípios, talvez seja uma alternativa melhor do que as tentativas de análises a partir de dados erráticos. Contudo, a interação no processo e pactuação de ambos os métodos de análise oferece um potencial bem maior de aprimoramento das capacidades de governo dos gestores municipais e estaduais.

Não examinaremos aqui os detalhes das abordagens mais microssociais de análise dos óbitos infantis, que se relacionam diretamente a práticas avaliativas tratadas no bojo do projeto de pesquisa em outro lugar. Queremos analisar a primeira abordagem. Para tal, faremos um exercício exploratório dessa abordagem, buscando articular o exame dos dados sobre os óbitos com a literatura de base epidemiológica, para desenhar cálculos direcionais e tentar apreender impactos potenciais das intervenções possíveis.

Em que medida é possível calcular o impacto das intervenções sobre os óbitos infantis?

Já exemplificamos a aplicação de uma forma de explicação e de cálculo direcional a propósito da discussão do impacto das ações de imunização. Nele, mostramos que as ações no sentido de elevar a cobertura de vacinação da população, embora muito importantes, não devem produzir impactos significativos na redução dos óbitos infantis.

Exploremos os caminhos possíveis de uma análise a partir dos dados para o conjunto do país, mostrados no quadro 4.

Quadro 4 - Mortalidade proporcional por grupos de causa de óbitos entre os óbitos de menores de um ano por Regiões no Brasil em 2005

Capítulo CID-10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Brasil
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9,82	9,61	4,89	3,9	6,06	7,19
II. Neoplasias (tumores)	0,24	0,32	0,36	0,3	0,37	0,33
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,5	0,92	0,38	0,28	0,51	0,59
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,53	2,85	1,15	1,13	2,1	2,01
VI. Doenças do sistema nervoso	1,26	1,34	1,49	1,24	1,76	1,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,02	0,03	0,05	0,07	0	0,04
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,09	0,7	1	0,68	0,9	0,86
X. Doenças do aparelho respiratório	6,79	6,82	6,1	4,55	6,73	6,33
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,66	0,68	0,71	0,33	1,01	0,68
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,13	0,05	0,02	0,07	0,16	0,06
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,03	0,01	0,01	0	0,03	0,01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,26	0,19	0,26	0,13	0,19	0,21
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	54,24	57,97	59,04	57,15	55,37	57,61
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12,17	11,31	17,67	21,53	19,07	15,19
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9,36	6,19	3,86	4,05	2,9	5,32
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,89	1	3	4,58	2,85	2,17

Fonte: elaborado a partir do SIM, com dados obtidos do DATASUS.

Verificamos que a principal causa de óbitos em menores de um ano são as afecções originárias do período perinatal, que em 2005 foram responsáveis por 57,61% dessas mortes.[25] As afecções originárias do período perinatal são responsáveis por mais da metade dos óbitos infantis, o que sugere que, salvo melhor juízo, todos os gestores locais comprometidos com a redução dos óbitos infantis devem levar este grupo de causas de óbitos em conta nas suas análises que precedem e orientam a pactuação.

Dispomos de algumas análises feitas de modo abrangente, que indicam fatores que podem contribuir para os óbitos por afecções originárias do período perinatal, bem como sobre possíveis intervenções com possível impacto na redução desses óbitos. Um primeiro fator diz respeito ao acesso a consultas de pré-natal, bem como à qualidade desse pré-natal. Com efeito, ao longo de um pré-natal adequado, vários problemas que poderiam comprometer a vida do recém-nascido podem ser identificados. Em alguns deles, as intervenções no próprio pré-natal são capazes de controlar esses problemas; em outros casos, advertidos do maior risco para o recém-nascido (ou para a mãe), os cuidados diferenciados no momento do parto podem evitar as conseqüências deletérias daqueles problemas identificados no pré-natal.

[25] Cálculo feito a partir dos dados do SIM obtidos no site do DATASUS, sem distribuir os óbitos mal-definidos. Se fizéssemos essa distribuição, o percentual passaria a 60,85%.

Já vimos que o acesso ao pré-natal vem apresentando uma tendência de melhora indiscutível desde 1998. A monitoração dessa melhora é fundamental, e pode ser feita em uma primeira aproximação pela proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal, que integra a seleção de indicadores do Pacto de Atenção Básica. De igual modo, outro indicador do Pacto, a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, permite monitorar o avanço no sentido do que seria o número de consultas de pré-natal razoáveis. Esses indicadores, entretanto, são obtidos a partir dos dados do SINASC, não levando em conta todos os nascimentos em determinadas localidades. Se esses nascimentos não incluídos corresponderem a mães que tiveram menos consultas de pré-natal do que a média dos nascimentos incluídos no SINASC,[26] então nas regiões com menor cobertura desse sistema de informações a proporção de nascidos vivos com quatro ou mais consultas de pré-natal pode estar ligeiramente superestimada. Em que se pese esse alerta, o indicador do pacto é extremamente útil para a pactuação.

Sobre o impacto da melhoria no acesso ao pré-natal nos óbitos infantis, seu cálculo é bem mais difícil. Victora (2001), que nos oferece uma interessante análise sobre os possíveis impactos de intervenções sobre a mortalidade de crianças e a mortalidade materna, sugere que a elevação do número de gestantes com mais de cinco consultas de pré-natal poderia trazer uma redução significativa dos óbitos em menores de um ano. Em suas palavras: "se fosse possível reduzir à metade o percentual de mães com menos de cinco consultas (de 31,9% para 16,0%), teoricamente 16,2% de todas as mortes por causas perinatais poderiam ser prevenidas" (VICTORA, 2001, p. 20).

Contudo, o próprio autor adverte em seguida:

> Estes cálculos devem ser interpretados com a devida cautela, em função das várias pressuposições subjacentes, mas sugerem que uma melhoria na cobertura da atenção pré-natal poderia ter um impacto substancial sobre a mortalidade. Os dados existentes não são suficientes para que se estime o provável impacto de uma melhoria na qualidade da atenção pré-natal. (VICTORA, 2001, p. 20).

Entre os pressupostos subjacentes nas tentativas de cálculo sobre esse impacto estão os relativos à qualidade do pré-natal. Trata-se de tema de grande complexidade e importância. Dispomos de muitos poucos dados de abrangência nacional sobre a qualidade do pré-natal em nosso país. Dificuldades no acesso a exames complementares, consultas em que não se realizam procedimentos básicos para a identificação precoce de problemas na gestação e dificuldades na relação entre profissionais de saúde, e as mulheres atendidas podem minar os efeitos positivos da realização de consultas. Obviamente, mesmo sem indicadores gerais, esses temas devem ser objeto de atenção dos gestores no que diz respeito à análise das reduções dos óbitos infantis.

Outro grupo de fatores que potencialmente contribuem para os óbitos pelas afecções originárias no período perinatal diz respeito à assistência ao parto. No Brasil, a grande maioria dos partos se faz em unidades de saúde (hospitais, em sua grande maioria).[27] Nas

[26] Trata-se de hipótese razoável, se imaginamos que a cobertura do SINASC é mais baixa nas regiões e localidades com maior dificuldade de aceso aos serviços de saúde. Por sua vez, os dados do SINASC de 2005 indicam que cerca de 40% dos nascidos vivos em domicílio tiveram quatro ou mais consultas no pré-natal, percentual bem mais baixo do que os 87% dos nascidos em hospitais.

[27] Apenas 1,3% dos nascidos vivos no Brasil em 2005 teve seu parto no domicílio. Por sua vez, 97% desses mesmos nascidos vivos nasceram em hospitais, e 1,5% em outros estabelecimentos de saúde.

regiões Norte e Nordeste, entretanto, temos uma pequena proporção de partos domiciliares[28]. A análise do significado desse percentual sobre os óbitos infantis deve ser feita, contudo, com muito cuidado. Em primeiro lugar, precisamos verificar em que medida as crianças nascidas em partos domiciliares morrem mais do que as crianças nascidas em partos hospitalares. Em segundo lugar, se assim for, caberia ainda examinar se um eventual excedente de óbitos em partos domiciliares poderia ser reduzido com maior qualificação das parteiras.

Temos poucas evidências quantitativas de âmbito nacional sobre a qualidade do atendimento hospitalar ao parto, mas há pistas que sugerem serem grandes os problemas na qualidade do parto. Uma delas é apontada por Victora, que ressalta que alguns estudos realizados em pelotas e em fortaleza mostram uma mortalidade perinatal excessivamente alta em recém-nascidos de peso normal. "O excesso de mortalidade entre estas crianças se deve, provavelmente, ao atendimento inadequado ao parto." (VICTORA, 2001, p. 22). O mesmo autor nos oferece uma outra pista indireta dessa inadequação ao destacar que

> Outra preocupação é a de que, paradoxalmente, os coeficientes de cesariana são mais baixos para gestantes de alto risco do que para as de baixo risco, visto que estas últimas são freqüentemente pacientes privadas. Portanto, mesmo com a presença de coeficientes elevados, gestantes de alto risco podem ainda fazer menos cesarianas de que necessitariam. (VICTORA, 2001, p. 22).

De fato, a proporção de nascidos vivos que nasceram de cesarianas é extremamente elevada no Brasil, muito acima dos 15% recomendados pela OMS. Aliás, talvez por isso o Pacto de Indicadores de Atenção básica passou a incluir em 1996 esse indicador no seu monitoramento. Contudo, a utilidade desse indicador no processo de pactuação pode ser posta em dúvida. Em primeiro lugar, devemos ressaltar que não dispomos de evidências consistentes de que a cesariana eleve significativamente o risco de morte dos recém-nascidos. Para tais análises, seriam de fundamental importância a distinção entre as cesarianas eletivas (que não encontram na literatura médica base para sua indicação, sendo feitas exclusivamente em decorrência da preferência da mulher e/ou do profissional de saúde), das que decorrem da presença de alguma intercorrência ou de algum fator de risco que contra-indique o parto normal. Nas primeiras, há que se distinguir também as cesarianas eletivas que são previamente agendadas e que se realizam antes do início do trabalho de parto, daquelas outras que são eletivamente realizadas, mas cuja ocorrência se dá após o início do trabalho de parto. Naquelas, diferentemente das últimas, um eventual erro no cálculo da idade gestacional poderia ensejar partos prematuros.

Por outro lado, o retardo na realização de uma cesariana indicada diante de uma gestação de risco, ou mesmo sua não-realização (como aventada por Victora) podem eventualmente produzir danos ao recém-nascido, incluindo o óbito. Não dispomos de estudos que permitam a análise dessas diversas situações. Além disso, parte significativa dos partos cesarianos não acontece no SUS, mas no setor de saúde suplementar. Embora existam políticas de saúde voltadas para esse setor, sua formulação cabe ao

[28] Em 2005 estes percentuais eram de 5,6% dos nascidos vivos na Região Norte e 1,8% dos nascidos vivos na Região Nordeste, segundo o SINASC. Nas demais regiões, os partos domiciliares correspondem a menos que 1% dos nascidos vivos (0,2% no Sudeste, 0,27% no Sul e 0,4% no Centro-Oeste).

governo federal, não sendo claras as possibilidades de os gestores municipais estabelecerem ações diretas sobre esse setor.

Voltando à discussão dos óbitos por afecções originárias no período perinatal, a hipótese de que em algumas localidades a má qualidade da assistência ao parto possa ser um fator que contribui para aqueles óbitos não pode ser descartada sem prévio exame.

Outra questão que mereceria exame num esforço de análise dos óbitos devidos às afecções originárias no período perinatal diz respeito às crianças que nascem com baixo-peso. Evidência indireta da importância desse fator é a seguinte: em 2005, segundo o SINASC, 8,08% dos nascidos vivos nasceram com menos de 2.500 g., número abaixo dos 10% estabelecidos em convenções internacionais como limite aceitável. Porém, quando observamos os óbitos por afecções originárias do período perinatal, observamos que 62% desses ocorreram em crianças que nasceram com menos de 2.500 g.

O primeiro indicador, o percentual de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer, integra a seleção dos indicadores do pacto de Atenção Básica em 2006, mas parece tratar-se de um indicador de pouca valia para o processo de pactuação. De um lado, as oscilações ao acaso nos pequenos municípios impedem qualquer forma de atribuição de sentido a esses dados. Na medida em que agregamos os dados, a oscilação desaparece, e dá lugar, quando chegamos ao nível nacional, a uma tendência de gradual aumento, pelo menos em parte talvez explicável pela também gradual melhora no sistema de informação.

O dado de baixo-peso ao nascer mistura dois problemas distintos: o da pré-maturidade e o do baixo crescimento intra-uterino. Embora a desnutrição materna, fenômeno que não é tão freqüente entre nós, possa contribuir para os dois processos, estes têm certa independência. A redução da prematuridade pode ser feita com algumas medidas no pré-natal, como o combate à bacteriúria assintomática (que nos remete novamente à qualidade do pré-natal). Victora, analisando as possibilidades de intervenção voltadas à prevenção do baixo-peso ao nascer (sobretudo voltadas à melhoria da nutrição materna e a redução do uso do tabaco na gravidez), conclui que as intervenções são bem pouco factíveis e/ou seus impactos potenciais muito pequenos. Se não podemos reduzir os nascimentos de baixo-peso ao nascer, a utilização do indicador como base do processo de pactuação em cada município talvez perca seu sentido.

Diferente desse aspecto é o acesso das crianças que nascem prematuramente aos cuidados intensivos neonatais, que parecem ser capazes de reduzir os óbitos. Trata-se de uma dimensão importante, não contemplada nos indicadores selecionados no pacto de 2006.

Fizemos um exercício exploratório das possibilidades de explicação mais imediata dos óbitos infantis, a partir do esforço de explicação do seu principal componente em termos de grupos de causa em todo o Brasil. Note-se que esse exercício tomou como ponto de partida um denso trabalho acadêmico que analisou em detalhes as possibilidades de intervenções e tentou apreender seu impacto potencial sobre a redução de óbitos infantis, sobre os óbitos na infância e sobre os óbitos maternos. Entre as virtudes deste trabalho estão a articulação entre a análise cuidadosa de melhores informações disponíveis sobre os problemas de saúde com a revisão sistemática dos estudos sobre eficácia e sobretudo efetividade de certas intervenções no contexto brasileiro. As informações emanadas desse tipo de estudo oferecem um bom ponto de partida para hipóteses de interpretação de realidades locais e regionais. Nosso exercício

exploratório consistiu basicamente do uso de dados mais atualizados para redesenhar um esboço de uma explicação.

Ao escolhermos um grupo de causas que é muito significativo nos óbitos infantis em todo o território nacional, destacamos questões que possivelmente precisam ser contempladas em todos os processos de análise das realidades loco-regionais em uma pactuação que se pretenda dinamizadora. Procedendo analogamente, buscando analisar os dados sobre os óbitos infantis e articulando-os com as melhores informações disponíveis sobre as intervenções e seus impactos, poderíamos construir uma explicação da mortalidade infantil que, se não chega a suas causas últimas, oferece, do ponto de vista pragmático, um horizonte bastante consistente para a reflexão dos gestores sobre suas realidades loco-regionais.

Note-se que a análise dos dados exemplificada até aqui se fez sempre no nível macro, utilizando dados mais agregados. Trata-se de uma forma de análise possível às equipes das secretarias e as equipes de gestão de grandes municípios. Mas não pode ser realizada da mesma forma pelos responsáveis pela gestão dos pequenos municípios. Como vimos, nos pequenos municípios, a oscilação ao acaso dos dados, ao invés de facilitar, dificulta a compreensão dos problemas e de suas possíveis soluções pelos gestores e equipes locais. Também já indicamos que existem outras formas de produzir o conhecimento sobre os fatores que influenciam os óbitos infantis.

Como um primeiro exemplo dessas possibilidades, recordamos que o cálculo da mortalidade infantil, do ponto de vista conceitual, pode advir de uma coorte. Ora, em pequenos municípios nos quais a cobertura da atenção básica é de 100%, é possível acompanhar sistematicamente os desfechos de todas as gestações e de todos os nascidos vivos. Aliás, seria factível calcular os óbitos infantis dos nascidos vivos em um certo ano, obtendo mais um elemento para o diálogo. Contudo, mais importante do que a taxa da mortalidade infantil assim calculada, é a possibilidade de analisar os desfechos negativos. A análise sistemática dos óbitos infantis, a reflexão que aproxime as equipes de saúde da compreensão dos itinerários percorridos por essas crianças e por suas mães antes do óbito, bem como a reflexão sobre os processos de trabalho que se engajaram nesses óbitos podem oferecer preciosas informações para a compreensão dos problemas locais que terminam por produzir certa probabilidade de morte nos menores de um ano.

O que queremos dizer é que a difusão de práticas avaliativas nas equipes de saúde e nas equipes de gestão podem gerar um conhecimento que serve de base para a análise da realidade local que integra o cálculo que precede e preside a ação de pactuação. Por outro lado, mesmo na ausência de tais práticas avaliativas que tanto podem enriquecer os cálculos que precedem e presidem a ação, não se pode prescindir do detalhamento da explicação da situação (no sentido dado ao termo por Matus) da gestão local para o cálculo que precede e preside a pactuação. O método de análise que exploramos a propósito da redução dos óbitos infantis (sobretudo os decorrentes das afecções originadas no período perinatal) é insuficiente para a realização daquele cálculo, e por pelo menos duas razões. A primeira é que os estudos epidemiológicos que dão base às análises sobre impacto potencial das tecnologias de intervenção tendem a enfatizar mais as questões de sua validade interna (ou seja, a capacidade do estudo de não ter problemas metodológicos em seu desenho que enviesem os resultados) do que as questões de sua validade externa (ou

seja, da capacidade de generalização dos resultados obtidos a um amplo conjunto de situações distintas). Mas talvez mais importante do que isso seja que, do ponto de vista do gestor, o que aparece no nosso exemplo como um fator que contribui para os óbitos infantis é para o gestor um problema a ser explicado. Analogamente, o que na nossa ilustração aparece como uma intervenção potencial, na perspectiva do gestor municipal pode ser um objetivo (ou um resultado) que, para ser alcançado, demandará um conjunto de ações desse gestor sobre pontos críticos indicados na explicação dos problemas. Por exemplo: nossa explicação indicou que a pequena concentração de consultas no pré-natal e o número de gestantes que não fazem consultas de pré-natal são fatores que contribuem para os óbitos infantis. E que é razoável esperar uma queda desses óbitos em conseqüência do aumento do número de consultas no pré-natal. Contudo, o que o gestor terá que fazer para aumentar as consultas de pré-natal? A resposta a essa pergunta só é obtida a partir da explicação por que, naquela localidade concreta, a concentração de consultas é baixa. E somente a partir dessa resposta ele será capaz de pensar em certas ações que possam modificar aquele número de consultas no pré-natal. Portanto, será a partir da explicação situada na realidade local e no cálculo direcional feito pelo gestor local, que se poderá chegar a uma pactuação consistente. Nessa perspectiva, o processo de pactuação poderia ser pensado como um processo de diálogo entre equipes de gestores do estado e equipes dos municípios, para o compartilhamento de modos de explicar a realidade local, e de fazer cálculos direcionais sobre as ações.

O exemplo que exploramos nos leva a duas outras conclusões. A primeira é que o conhecimento atual não permite cálculos prospectivos do impacto das ações sobre indicadores como a mortalidade infantil. Portanto, a fixação de metas físicas, quantitativas de impactos nesse indicador oscila entre a leviandade e a imprudência dos que assumem compromissos com tais metas. Só deveríamos assumir metas quantitativas sobre indicadores de resultados quando nos é possível fazer um cálculo quantitativo do impacto de nossas ações. É claro que podemos expressar de modo objetivo nossas apostas. Por exemplo, um gestor cujo número médio de consultas no pré-natal é de três por gestante pode empreender ações para elevar esse número para cinco. Ele pode assumir o compromisso com essa elevação e pode esperar, pelo cálculo direcional que fez, que atinja essas metas no ano que vem. Ao fazê-lo, ele manifesta sua intenção de reduzir os óbitos infantis. Contudo, se ele é de um município pequeno, não deve esperar que a mortalidade infantil ou o número de óbitos se reduzam no ano seguinte. E isso pelo que discutimos anteriormente a propósito da oscilação ao acaso. Portanto, a pactuação deve se focar nos compromissos de ações, mais do que no fetiche das metas quantitativas tomadas dos resultados últimos.

A segunda conclusão é que, no plano da análise em torno de, por exemplo, reduzir óbitos, não é possível nem desejável restringir-se ao plano da atenção básica, sobre o risco de não identificar ações que potencializam, mas que dependem de outros elementos. Os compromissos de um gestor com a saúde da população envolvem freqüentemente que ele proponha ações na alçada de responsabilidade de outros gestores. Esse seria o caso, por exemplo, de dificuldades na obtenção de cuidados para uma gestação de alto risco, devido à inexistência de unidades de saúde no município com a capacidade tecnológica adequada, ou por problemas na qualidade do cuidado perinatal na maternidade de um município vizinho que atende à população local. Analisando esses problemas, o gestor local pode e deve construir estratégias e formas de apresentar demandas e propostas ao gestor desse outro município, no sentido de buscar a superação dos problemas. Não seria esta a idéia da pactuação? Portanto, a busca de uma explicação e da construção dos cálculos direcionais não deve se restringir nem à atenção básica nem à linha de responsabilidades do gestor local.

Para uma pactuação mais responsável

Pelo que vimos, a iniciativa do Pacto de Indicadores da Atenção Básica nasceu num contexto político marcado pelas tentativas de fazer avançar a descentralização e desencadear uma mudança no modelo assistencial a partir das estratégias de fortalecimento da atenção básica e de adoção do PSF como forma ideal de organização desse nível de atenção. A política de descentralização teve como objetivo levar os governos municipais (juridicamente autônomos dos demais níveis de governo) a assumir a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde, ou pelo menos, pela gestão da atenção básica à sua população. Como instrumento dessa política, usou-se a possibilidade de repasses de recursos fundo a fundo, desde que os gestores municipais aceitassem assumir certas responsabilidades. Alguns desses repasses acrescentavam uma condicionalidade explícita, uma vez que os mesmos só ocorreriam se os gestores municipais aceitassem adotar certas estratégias, ou certos programas. Podemos dizer que se tratava de uma política de descentralização induzida, que utilizava como fator de indução o repasse de recursos num contexto que, para muitos municípios, era de dependência financeira das transferências da União.

Nesse contexto, o pacto trouxe as marcas de contradições inerentes a esse modo de conceber a política. Se, por um lado, a adesão ao pacto, consolidada na assinatura de um compromisso em alcançar metas pactuadas entre os níveis de governo, integrava de certo modo um desses dispositivos de condicionalidade, por outro, o processo de pactuação dessas metas a partir dos indicadores tinha a potência para desencadear um processo de crescimento da capacidade de governo dos gestores municipais, produzindo um processo emancipatório para os atores envolvidos.

Os argumentos aqui apresentados embasam alguns posicionamentos, que passamos a apresentar na forma sintética de algumas teses.

1. A qualidade do processo de pactuação, que culmina no compromisso com um conjunto de metas, depende fundamentalmente do cálculo que precede e preside a pactuação. É este cálculo que permite ao gestor local identificar que ações terão que ser feitas por sua gestão e/ou por outros gestores para que as metas pactuadas sejam atingidas. Também será esse cálculo que possibilita ao gestor apreciar a viabilidade dessas ações. Portanto, se esse cálculo que precede e preside a pactuação não for feito ou for feito de um procedimento normativo (para usar a terminologia de Matus), o gestor não poderá ter a dimensão exata dos compromissos que assume ao assinar o pacto, nem terá a clareza se eles serão factíveis e viáveis. Não poderá, dessa forma, se sentir de fato responsável pelo seu cumprimento, embora corra o risco de ser responsabilizado eventualmente pelo não cumprimento das metas.
2. Deriva da tese anterior que, diante do não-cumprimento de metas pactuadas, a primeira questão a ser analisada é em que medida esse não-cumprimento resulta de erros no cálculo que precedeu e presidiu a pactuação, que resultem em metas ficcionais,

infactíveis e inviáveis, e não da ausência de compromissos desse gestor com a garantia do direito à saúde. Por outro lado, metas pactuadas em decorrência de cálculos mal feitos podem eventualmente refletir tendências de mudanças sociais em curso que independam por completo da ação do gestor. Nesse caso, algumas das metas pactuadas poderão ser atingidas mesmo que não tenham ocorrido melhorias na atenção básica. Por exemplo, pactuar a redução da mortalidade infantil sem especificar uma meta quantitativa dessa redução é provavelmente pactuar algo que dispensa a ação do gestor. Ao que tudo indica, a mortalidade infantil vem caindo e seguirá caindo; a questão-chave diz respeito à modulação do ritmo dessa queda a partir da intervenção do gestor. Assim, provavelmente, a não ser em decorrência dos vieses do método do cálculo (qualidade dos dados e oscilação do indicador nos pequenos municípios), alguma queda da mortalidade infantil deve acontecer independentemente da melhoria da atenção básica. Ou seja, tanto o atingir as metas pactuadas como o não atingir essas metas podem não guardar relação com a qualidade da atenção básica e da gestão. Em outros termos, a possibilidade de efetivo uso das metas pactuadas para a avaliação da gestão e da atenção básica depende da qualidade do cálculo que precedeu e presidiu a sua pactuação.

3. No contexto específico brasileiro, com um grande número de pequenos municípios, os indicadores utilizados como base da pactuação municipal e para a monitoração da atenção básica no município a cada ano precisam ser adequados a magnitude da população. Há problemas internos na metodologia de cálculo de alguns indicadores que os tornam impróprios para o uso em avaliações anuais. Este é sem dúvida o caso do coeficiente de mortalidade infantil de seus componentes, como também do número de óbitos em menores de um ano e suas subdivisões. A inexistência de estimativas fidedignas da mortalidade infantil para um grande número dos 94% dos municípios brasileiros (que têm atualmente menos de 80 mil habitantes), quer pela inaplicabilidade das técnicas de estimativa indireta, quer pelas limitações de cobertura do SIM e do SINASC em algumas regiões, e por outro lado, a oscilação ao acaso do número de óbitos infantis em pequenos municípios, comprometem definitivamente o uso desses indicadores anuais para o acompanhamento e definição de metas nos municípios. É claro que o acompanhamento e a análise da mortalidade infantil e de seus componentes, assim como dos dados sobre os óbitos infantis no agregado nacional, no agregado das regiões, nos estados da federação, nas grandes cidades e em algumas regiões de saúde no interior de um estado podem e devem ser feitos, pois deles se pode extrair elementos que indiquem questões e problemas que precisam ser objeto do cálculo dos gestores municipais que precede e preside a pactuação nos pequenos municípios.
4. Em decorrência da tese anterior, a seleção dos indicadores a serem utilizados no processo de pactuação como base para a definição das metas (ou seja, aqueles para os quais o gestor municipal se comprometerá a alcançar metas, descritas qualitativa ou quantitativamente) deve levar em conta aquelas dificuldades metodológicas inerentes ao cálculo de alguns indicadores. Nesse sentido, podemos criticar a seleção do coeficiente de mortalidade infantil, do coeficiente de mortalidade neonatal e, com muito mais razão (pela maior oscilação inerente a uma magnitude menor dos óbitos

nesse componente da mortalidade infantil), o coeficiente de mortalidade infantil tardia. Analogamente, o uso do número absoluto de óbitos infantis (e, com muito mais razão, o número de óbitos neonatais tardios) não deve ser utilizado para a definição de metas nos pequenos municípios, posto que também estão sujeitos à oscilação decorrente do acaso. O uso da razão de mortalidade materna deve ser também questionado, pois também será sujeito a dramáticas oscilações ao acaso. Os indicadores de incidência, taxas de detecção, prevalência e taxas de internação, que não foram analisados neste trabalho, merecem ser objeto de análise cuidadosa sobre o grau de oscilação em municípios pequenos.

5. É claro que a aplicação de técnicas no processamento dos dados desses indicadores em séries temporais nos pequenos municípios voltadas para contornar os efeitos da oscilação ao acaso (como o uso de médias móveis, ou de estimativas de limites máximos esperados a partir de análise da série histórica, digamos, dos últimos dez anos, análogos aos que utilizamos na vigilância epidemiológica) poderia permitir o uso desses indicadores na definição de metas nos pequenos municípios, embora talvez ao preço do abandono da pretensão de avaliar as mudanças a cada ano. Algumas dessas técnicas (como a média móvel) atenuam o impacto das oscilações, mas também diluem o eventual impacto positivo de uma excelente gestão. Falamos em abandono da pretensão, pois não se trataria de perda dessa capacidade, uma vez que não a temos hoje. O abandono dessa pretensão de avaliar a cada ano traz significativas conseqüências políticas, pois em alguns casos a avaliação dos impactos positivos e negativos de uma gestão só se tornaria visível através desses indicadores num tempo mais longo do que o tempo da dinâmica da política local, sobretudo no que diz respeito ao processo eleitoral e aos processos políticos que definem, numa certa gestão municipal, a ocupação das Secretarias Municipais de Saúde.
6. O grande número de municípios de pequeno porte (e aqui recordamos que quase 50% dos nossos municípios têm menos do que dez mil habitantes) recomenda esforços de pesquisa para o desenvolvimento de métodos e de indicadores mais adequados a pequenas populações, assim como de formas de processamento ao acompanhamento dos resultados finais da atenção básica em tempos compatíveis com a dinâmica da política local. Enquanto não dispomos de tais desenvolvimentos, o tratamento diferenciado nos processos de pactuação segundo o tamanho das populações municipais, a valorização da capacidade de explicação dos problemas locais, a explicitação dos cálculos direcionais feitos pelo gestor local e os compromissos de alcançar metas intermediárias (por exemplo, aumento da cobertura vacinal, aumento da concentração de consultas no pré-natal, etc.), ao invés de metas de resultados finais (a queda de x% da mortalidade infantil, por exemplo) podem ser estratégias mais eficazes para dinamizar e qualificar o processo de pactuação.
7. Verificamos também que, pelo menos no caso da mortalidade infantil, o conhecimento disponível não permite o cálculo quantitativo do impacto de determinadas ações de saúde. De fato, esse conhecimento nos permite afirmar que em algumas intervenções o impacto sobre o indicador será nulo ou muito pequeno. Dois exemplos distintos foram apresentados. Esse é o caso do aumento da cobertura vacinal do esquema básico de imunização, de importância indiscutível, mas de impacto sobre a

mortalidade infantil desprezível. Por razões distintas, aparentemente (a julgar pela revisão sistemática citada nesse trabalho), o impacto das ações de identificação de gestantes desnutridas para reforço focalizado da nutrição tampouco produziria impacto significativo na redução da mortalidade infantil. No primeiro caso, o que determina esse impacto nulo é a constatação da pequena magnitude dos óbitos por doenças imunopreviníveis em menores de um ano que, embora inaceitáveis do ponto de vista político, se erradicados não modificariam o indicador. No segundo, as razões referem-se aos limites da técnica de intervenção (baixa sensibilidade e especificidade das técnicas de reconhecimento da desnutrição nas mulheres gestantes, evidências de baixa efetividade de ações em certos estudos). Por outro lado, se temos evidências de que muitas intervenções são capazes de produzir impactos positivos na redução dos óbitos infantis e na mortalidade infantil, não temos condições de dimensionar quantitativamente esse impacto. Isso sugere que abandonemos por ora a pretensão de definir metas quantitativas na redução da mortalidade infantil e nos seus componentes. O que não quer dizer que abandonemos a pretensão de que todos os gestores assumam o compromisso de tentar, utilizando o melhor conhecimento disponível, reduzir a mortalidade infantil. Também não quer dizer que o esforço analítico de identificar as possíveis ações que, segundo o cálculo direcional feito por esses gestores, terão impacto positivo na redução de óbitos infantis, seja abandonado. Ao contrário, tal esforço se impõe, e dele decorrerão metas de resultados imediatos das ações que podem e devem ser objeto da pactuação e da formalização dos compromissos de uma gestão. A prudência recomenda, contudo, que as expressões desses compromissos como metas de resultados imediatos só se expressem quantitativamente em termos de indicadores de resultado final, como a mortalidade infantil, na medida em que nosso conhecimento permita estimar quantitativamente tal impacto, o que definitivamente parece não ser o caso hoje da mortalidade infantil.

8. Por sua vez, a análise dos óbitos infantis pode ser um ponto de partida para o cálculo que precede e preside a pactuação em torno de sua redução. Para os estados e as grandes regiões, a identificação dos principais grupos de causa de óbitos, seguidos da identificação das intervenções potencialmente eficazes para evitar essas causas de óbito, oferecem um caminho consistente para a construção de uma agenda de discussão com gestores municipais. O uso de revisões sistemáticas sobre os estudos de eficácia e efetividade dessas intervenções possíveis permite o inicio de um cálculo direcional, do qual emerge um conjunto de temas e de variáveis que devem ser necessariamente levados em conta nos cálculos que precedem e presidem a ação dos gestores municipais. Por sua vez, gestores municipais dos pequenos municípios podem partir de práticas avaliativas, como a revisão dos óbitos infantis, a análise dos itinerários terapêuticos ou dos processos de trabalho em saúde, para identificar os principais problemas que produzem, por exemplo, os óbitos infantis na sua realidade concreta. O conhecimento dos gestores municipais sobre a vida social de sua localidade pode servir de base adicional para a construção dessas explicações, bem como nutrir um processo criativo de propostas para a superação dos problemas de saúde, como os óbitos infantis. O encontro dialógico entre as explicações e cálculos direcionais resultantes de ambas as aproximações pode propiciar um processo de pactuação mais responsável, isto é, no qual os atores sociais envolvidos aceitem compromissos de metas na medida em que seu plano de atuação (ou, nos termos de Matus, suas apostas de que se fazendo tal coisa se alcançará tal outra) deixe explícita a relação entre as ações que pretende fazer e justifique suas expectativas de resultados.

Há que se advertir, entretanto, que todas essas reflexões só fazem sentido diante da concepção de que a saúde é direito de todos, e que é dever do Estado garanti-lo, e diante dos propósitos e disposição de aprimoramento contínuo da capacidade de governo nos três níveis (do governo federal, estadual e sobretudo, municipal) para que os mesmos possam de melhor cumprir suas responsabilidades e obrigações diante dos cidadãos brasileiros.

Referências

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999 (Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 2).

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 699-706, 2003.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1.511-1.528, jul. 2007.

FIORI, J. F.; KORNIS, G. E. M. Além da queda; economia e política numa década enviesada. In GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil*: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 1-42.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MATUS, Carlos. *Planificación, liberdad y conflicto*: fundamentos de la reforma del sistema de planificación en Venezuela. Caracas: IVEPLAN, 1985.

_____. *Planejamento e governo*. Brasília: IPEA 1993, 2 volumes. (Série IPEA; 143).

SANTOS, B. de S. Para um novo senso comum. A ciência, o direito e a política na transição paradigmática. V.1. In: _____. *A crítica da razão indolente*: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SIMÕES, C. C. S.; MONTEIRO, C.A. Tendência secular e diferenciais da mortalidade infantil no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 153-156.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.725-1.736, nov-dez. 2002.

TAVARES, R.; MONTEIRO, M. População e condições de vida. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). *Saúde e sociedade no Brasil*: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 43-72-42.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 4, n. 1, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measurement of levels of health*. Geneva: WHO, 1957. (WHO Techinical Reports Series, 137).

YUNES, J.; RONCHEZEL, V. S. C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. *Rev. de Saúde Públic*a, São Paulo, v. 8, supl, p. 3-48, 1974.

ANEXOS

CATEGORIAS OPERATÓRIAS / MARCADORES PARA ANÁLISE DAS PRÁTICAS AVALIATIVAS DE INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE DIMENSÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO

(BLOCO COMUM DE COLETA DE DADOS NAS BASES PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA) (*)

CATEGORIA OPERATÓRIAS/MARCADORES	ATORES SOCIAIS	CRITÉRIOS/INDICADORES
a) Estratégias para a regulação do acesso às ações e serviços de saúde Definição: é o conjunto de táticas e estratégias construídas ou em construção que busca garantir o acesso (respostas) mediante a integração e dispositivos de reorganização dos fluxos intra e inter níveis de atenção.	1. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) gerente operacional (local, unidade PSF/UBS). 2. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D2. 3. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D2. 4. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D2. 5. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS) e ouvidor. 6. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS), gestor(es) da central de regulação. 7. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS), gestor(es) da central de regulação Articulado com D2. 8. Promotor Público OBS: articulado com D2 e D3;	1. Existência de estratégias regulação – funcionamento, relação público e privado, relação de intergestores (pacto de gestão para o cuidado), regulação, dispositivos de regulação (central de leitos, exames e consultas especializadas); referência e contra-referência (instrumentos, normas e pactuações inter níveis de gestão) – Câncer de mama e Saúde mental. 2. Existência de estratégias de controle/ auditoria e petições (MP).
b) Utilização integrada de sistemas de informação e de reconhecimento das características do território de referência Def: conjuntos de ações articuladas para integração de conhecimentos do território, da população e das demandas, a partir de sistemas de informação para tomada de decisões, avaliações e difusão	1. Gestor central, gestor local e coordenação relacionada aos sistemas de informação; 2. Gestor central, gestor local e coordenação relacionada aos sistemas de informação; 3. Trabalhador de saúde; 4. Conselheiros de saúde e Usuário OBS: articulado com D3;	1. Existência de mecanismos de integração de dados/uso e difusão da informação (base de dados nacionais, em particular PINASH/público-alvo) como ferramenta de tomada de decisões e avaliação (gestão, cuidado e controle social).
c) Utilização de tecnologias participativas no desenho dos processos de trabalho Def: conjunto de estratégias e dispositivos visando à inclusão de atores na formulação, execução e avaliação de ações	1, 2, 3, 4 e 5. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS) OBS: articulado com D2. 1. Trabalhador de saúde. 2. Conselheiros de saúde/Usuário OBS: articulado com D3. 3. Promotor OBS: articulado com D3.	1. Existência de mecanismos de participação dos trabalhadores e usuário na formulação e acompanhamento do Pacto da Atenção Básica (quem, como e onde?) 2. Existência de avaliação sobre o processo de trabalho (quem participa? Como? – Saúde da Mulher e Saúde Mental)
d) Utilização da educação permanente como dispositivo para fortalecer a gestão e a organização da atenção Def: conjunto de praticas reflexivas e operatórias que articulam atividades de educação, trabalho e saúde na produção de conhecimentos e práticas formativas voltadas para a qualificação do serviço e de seus trabalhadores.	1. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS). 2. gestores de instituições de ensino e de serviços (gestores da SMS relacionados com formação). 3. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS). 4. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS). 5. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS). 6. Trabalhador de saúde. 7. Conselheiros e Promotor OBS: articulado com D2 e D3.	1. Existência de atividades de integração ensino-servico - os serviços são campos de estágio (graduação e pós-graduação)? 2. Existência de incentivos a qualificação (os trabalhadores têm algum incentivo para se qualificarem? Como é feita a qualificação? Câncer de mama e Saúde mental. 3. Existência de algum tipo de avaliação do serviço após a qualificação dos trabalhadores. 4. Existência de capacitações realizadas para conselheiros e representantes do Ministério Público, Legislativo etc. no município, com foco na atenção básica e no direito da população.
e) Permeabilidade ao controle social na definição de prioridades, planejamento execução e avaliação de ações de saúde Def: conjunto de estratégias e dispositivos que ampliem ou assegurem a vocalização de demandas, denúncias e discussão pública para avaliação da política de saúde	1- Gestor central e representante do conselho municipal de saúde. 2- Gestor local e representante do conselho gestor local. 3- Gestor e representante do conselho Municipal. 4- Gestor e ouvidor. 5- Gestor e representante do conselho Municipal. 6- Promotor OBS: articulado com D3.	1. Existência de fóruns (Conselhos gestores de unidade - dinâmica e características de suas práticas avaliativas; audiências públicas para discutir e avaliar práticas e mudanças no sistema de saúde, conferências e pré-conferências; incorporação ao plano municipal de saúde e execução pelo poder municipal de demandas aprovadas na última Conferência Municipal de Saúde que dizem respeito às práticas e ao cuidado na atenção básica - como ocorre?). 2. Existência de Ouvidoria para vocalização de denúncias e demandas. Funcionamento

(*) O Bloco Comum foi construído pelo conjunto dos pesquisadores dos núcleos locais de pesquisa, que teve a finalidade de subsidiar a formulação dos roteiros de entrevistas e de documentos que foram adaptados para aplicação específica em cada local. As técnicas de pesquisa utilizadas nesta dimensão foram: entrevistas, análise documental, observação direta e grupos focais.

DIMENSÃO CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS TRABALHADORES.

(BLOCO COMUM DE COLETA DE DADOS NAS BASES PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA)

CATEGORIAS OPERATÓRIAS/MARCADORES	ATORES	CRITÉRIOS INDICADORES
a) ACOLHIMENTO Def.: conjunto de mecanismos que visam a assegurar o acesso à unidade e ao cuidado, por meio da articulação de fluxos institucionais e de processos de trabalhos, possibilitando escuta qualificada, maior adequação da oferta à demanda, gerando informações para avaliação e reorganização do serviço. **VÍNCULO** Def.: conjunto de mecanismos relacionais e de responsabilização que visam à continuidade de atendimento e estabelecimentos de referências assistenciais e conhecimentos sobre a família e o social.	1. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D1e D3. 2. Trabalhador de saúde. 3. Conselheiros e Usuário Articulado com D1e D3.	1. Informações sistematizadas sobre a origem da demanda (de onde o usuário vem: encaminhado, por conta própria; etc.) – câncer de mama e saúde mental. 2. Existência de um fluxo institucional e de um fluxo do processo de trabalho – câncer de mama e saúde mental/formas de atuação na recepção. 3. Práticas no processo de trabalho que considerem o conhecimento dos membros da família e o contexto social em que vive; gestão de cuidado integral. 4. Existência de alguma prática avaliativa sobre a responsabilidade do profissional em relação ao usuário, no que concerne às questões éticas?
b) CONDIÇÕES DE TRABALHO Def.: conjunto de dispositivos institucionalizados de formalização dos vínculos e manutenção dos trabalhadores nos serviços, que incluem a disponibilidade de recursos físicos, informacionais, materiais e financeiros.	1. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D1. 2. Trabalhador de saúde. 3. Conselheiros e Usuário Articulado com D1e D3.	1. Processo seletivo e vínculo trabalhista das equipes de atenção básica. 2. Remuneração e qualificação profissional. 3. Incentivos, direitos trabalhistas e formas de inserção profissional PCCS. 4. Recursos físicos e materiais para a realização dos processos de trabalho. 5. Modalidades de acompanhamento e supervisão – saúde mental e câncer de mama. 6. Existência de processos avaliativos sobre as condições de trabalho.
c) TRABALHO EM EQUIPE Def.: conjunto de mecanismos de divisão do processo de trabalho multiprofissional, com uma perspectiva reflexiva, avaliativa e formativa de caráter transdisciplinar interníveis e intraníveis.	1. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D1. 2. Trabalhador de saúde. 3. Conselheiros e Usuário Articulado com D1e D3.	1. Articulação e integração da equipe multiprofissional. 2. Composição da equipe (por categoria profissional e responsabilidades). 3. Papel do ACS. 4. Matriciamento: NAFs.
d) PERCEPÇÕES SOBRE A INTEGRALIDADE, DIREITO E CUIDADO Def.: entendimento dos atores acerca dos termos a partir de sua experiência no cotidiano das instituições de saúde	1. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D1. 2. Trabalhador de saúde Articulado com D1e D3. 3. Conselheiros e Usuário Articulado com D1e D3.	1. Percepções sobre integralidade. 2. Percepções sobre cuidado. 3. Percepções sobre direito à saúde.
e) DIREITO À ESCOLHA DE TERAPÊUTICA Def.: conjunto de ações de saúde de garantia de escolha e acesso na atenção básica de práticas integrativas e complementares (no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina, Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia.	1. Gestor central (secretário/coordenação da atenção básica) e gerente operacional (local, unidade PSF/UBS); Articulado com D1. 2. Trabalhador de saúde. 3. Conselheiros e Usuário Articulado com D1e D3.	Apoio, incorporação e implementação de experiências de práticas integrativas e complementares que já vêm sendo desenvolvidas na atenção básica entre as quais se destacam aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia.

(*) O Bloco Comum foi construído pelo conjunto dos pesquisadores dos núcleos locais de pesquisa, que teve a finalidade de subsidiar a formulação dos roteiros de entrevistas e de documentos que foram adaptados para aplicação específica em cada local. As técnicas de pesquisa utilizada nesta dimensão foram: entrevistas, análise documental, observação direta e grupos focais

DIMENSÃO 3 – DIREITO À SAÚDE

(GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO PELOS NÚCLEOS LOCAIS DE PESQUISA - USUÁRIOS)

DEFINIÇÃO/ORIENTAÇÕES	SELEÇÃO DE EXPERIÊNCIAS/EVENTOS	TÉCNICAS DE COLETA
Trajetórias assistenciais - destinam-se a criar uma cartografia do modo como os usuários buscam atenção para seus problemas de saúde e de qual lógica que empregam nessa busca.	Seleção de eventos-sentinelas por grupos populacionais propostos pelo Ministério da Saúde (2004). Selecionamos os seguintes sujeitos: a) Crianças menores de 5 anos: hospitalização por desidratação, por pneumonia e meningite tuberculosa; b) mulheres: citologia oncótica NIC III; c) adulto: insuficiência cardíaca congestiva d) adulto: transtorno mental [1].	A coleta de dados será feita através da história focal de vida dos sujeitos selecionados, localizando-se dentro dela o evento de agravo à saúde atual, sendo que serão traçadas a retrospectiva de sua evolução e a busca por assistência nos serviços de saúde, de maneira a entender a lógica que direcionou esse trajeto. 1. Entrevista ou grupo focal com usuários que tenham experiências com esses eventos. Tais técnicas deverão conter a seguinte questão norteadora: "conte-me como se deu a busca por atendimento ao seu problema de saúde desde o seu aparecimento até a sua internação no Hospital X". 2. Orientações sobre a realização de grupo focal, assim como a sistematização de suas falas e análise, poderão ser obtidas junto à coordenação da pesquisa. 3) A técnica do grupo focal poderá ser aplicada com agentes comunitários a partir de duas perguntas norteadoras: a) "conte-me como se dá a busca por atendimento ao problema Y dos usuários que você acompanha, desde o seu aparecimento até a sua internação no Hospital X?" e b) "qual é sua participação nisso?"

[1] Embora não faça parte dos eventos sentinelas proposto por esse documento, identificamos a área de saúde mental como basilar para discussão dos itinerários. Nesse sentido, indicamos o usuário portador de transtorno mental (busca por internação) como um evento sentinela de integralidade importante.

SOBRE OS AUTORES

ADÔNIDAS FEITOSA
Médico veterinário; especialista em Saúde Pública.

ADRIANA ROTOLI
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai (URI).

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR
Professor associado no Instituto de Saúde da Comunidade (ISC) da UFF pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: agsilvaj@uninet.com.br

ANA LÚCIA DE MOURA PONTES
Médica, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz; professora e pesquisadora na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. Endereço eletrônico: analupontes@fiocruz.br.

ANGÉLICA FERREIRA FONSECA
Professora-pesquisadora na EPSJV-Fiocruz; mestre em Saúde Pública pela ENSP-Fiocruz. Endereço eletrônico: afonseca@fiocruz.br

CAMILA NUNES DE LIMA CRUZEIRO
Núcleo de Assessoria e Treinamento em Estudo de Saúde (NATES) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

CARLA ALMEIDA ALVES
Psicóloga e pesquisadora associada GEGES-ISC-UFF

CARLA MARTINS
Licenciada em Letras; doutora em Lingüística pela Faculdade de Letras da Universidade Federal do Rio de Janeiro; professora e pesquisadora na EPSJV-Fiocruz. Endereço eletrônico: cmartins@fiocruz.br

CARLOS MAURÍCIO GUIMARÃES BARRETO
Professor-pesquisador na EPSJV-Fiocruz; especialista em Saúde Pública pela ENSP-Fiocruz. Endereço eletrônico: cmau@fiocruz.br

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES
Pesquisadora e docente do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (GEAS-IMIP); Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM-Fiocruz).

CLÁUDIA MEDINA COELI
Médica; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ).

DEISE LISBOA RIQUINHO
Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pesquisadora do GESC.

EDUARDO FREESE
Pesquisador no Laboratório de Apoio a Municipalização da Saúde do CPqAM-Fiocruz; doutor em Saúde Pública pela Universidade Complutense de Madri-Espanha; diretor do CPqAM-Fiocruz.

ERONILDO FELISBERTO
Pesquisador e docente do GEAS-IMIP; mestre e doutorando em Saúde Pública pelo CPqAM-Fiocruz. Endereço eletrônico: eronildo@imip.org.br.

ESTELA MÁRCIA SARAIVA CAMPOS
Núcleo de Assessoria e Treinamento em Estudo de Saúde (NATES), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES
Doutora em Antropologia; professora no Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião e no Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Endereço eletrônico: fattavares@uol.com.br

FÁTIMA APARECIDA TICIANEL SCHRADER
Técnico de nível superior da SES-MT; enfermeira da UFMT; profissional de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: fticianel@brturbo.com.br

FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO
Professor-pesquisador na EPSJV-Fiocruz; doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: felipemachado@fiocruz.br

GUSTAVO CORRÊA MATTA
Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professor e pesquisador da EPSJV-Fiocruz. Endereço eletrônico: gcmatta@fiocruz.br

HELLEN BEDIM BONIN
NATES-Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; bolsista PIBIC.

ISABEL BRASIL PEREIRA
Professora- pesquisadora da EPSJV-Fiocruz; professora adjunta na FEBF-UERJ; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: ibrasil@fiocruz.br.

ISABELLA SAMICO
Pesquisadora e docente do GEAS-IMIP; doutora em Saúde Pública pela ENSP-Fiocruz.

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA
Psicóloga; mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: jrobaina@ims.uerj.br.

JULIANA LOFEGO
Jornalista; professora no Departamento de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Acre; mestre em Ciência da Informação.

JÚLIO STRUBING MÜLLER NETO
Professor na Universidade Federal de Mato Grosso; pesquisador do LAPPIS; especialista em Psiquiatria e Saúde Pública. Endereço eletrônico: jmuller@terra.com.br

LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO
Doutora em Enfermagem; docente FAEN-UFMT; membro do Grupo de Pesquisa "Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde" (GEPLUS). Endereço eletrônico: propeq@cpd.ufmt.br

LIDIANNI CRUZ SOUZA
Enfermeira.

LUCIANA CAROLINE DE ALBUQUERQUE
Pesquisadora e docente do GEAS-IMIP; mestre em Saúde Pública pelo CPqAM-Fiocruz.

LUCIANA SANTOS DUBEUX
Pesquisadora e docente do GEAS-IMIP; mestre em Saúde Pública pelo CPqAM-Fiocruz; pesquisadora no Laboratório de Apoio a Municipalização da Saúde do CPqAM-Fiocruz.

LUCIANA ZIMMERMANN DE OLIVEIRA
NATES-Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

LUCIANNI CRUZ SOUZA
Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre.

LYVIA RODRIGUES
Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre.

MÁRCIA VALÉRIA C. G. MOROSINI
Psicóloga sanitarista; especialista em Educação Profissional pela EPSJV-Fiocruz; mestranda em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora e pesquisadora da EPSJV-Fiocruz. Endereço eletrônico: mguima@fiocruz.br

MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SPINELLI
Professora na Universidade Federal de Mato Grosso; pesquisadora do LAPPIS; mestre em Nutrição em Saúde Pública e doutora em Saúde Coletiva. Endereço eletrônico: angsp@terra.com.br

MARIA CECÍLIA ARAÚJO DE CARVALHO
Mestre e doutora em saúde pública e professora-pesquisadora da EPSJV-Fiocruz.

MARIA TERESA BUSTAMANTE-TEIXEIRA
NATES-Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

NATALIA NETTO DE SIQUEIRA
Bolsista de Iniciação Científica da FAPERJ; graduanda de Enfermagem; pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: natalianetto@yahoo.com.br

NEUZA MARINA MAUAD
NATES-Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

OCTAVIO BONET
Doutor em Antropologia Social; professor no Departamento de Ciências Sociais e no Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Endereço eletrônico: octavio.bonet@gmail.com

OSVALDO DE SOUSA LEAL JUNIOR
Médico; professor no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre; mestre em Medicina e Saúde. Endereço eletrônico: ms.osvaldo@uol.com.br

PHAEDRA CASTRO
Enfermeira; mestranda em Enfermagem pela FAEN-UFMT; membro do GPESC.

RODRIGO SILVEIRA
Médico de Família e Comunidade; professor no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre; mestre em Medicina e Saúde; pesquisador do LAPPIS. Endereço eletrônico: ropsilv@uol.com.br

ROSANA FREITAS ARANTES
Assistente social; mestranda em Políticas Sociais na UFF.

ROSENEY BELLATO
Doutora em Enfermagem; docente da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); coordenadora do Grupo de Pesquisa "Enfermagem, saúde e cidadania" (GPESC). Endereço eletrônico: roseney@zaz.com.br

ROSENI PINHEIRO
Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta no IMS-UERJ, coordenadora do grupo de pesquisa CNPq LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

RUBEN ARAUJO DE MATTOS
Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ, professor adjunto no IMS-UERJ. Endereço eletrônico: rubenm@uol.com.br.

SIMONI FURTADO
Estudante de enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

TATIANA ENGEL GERHARDT
Professora Adjunta de Saúde Coletiva na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; doutora em Antropologia Social pela Université de Bordeaux2-França; coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva-UFRGS; pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

VALDELÍRIO VENITES
Docente na ESP-SES-MT

VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA
Mestranda em Saúde Coletiva da UFF; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: valeria.marinho@yahoo.com.br

Este livro foi composto em
Garamond corpo 11 e Frutiger 47LightCn corpo 10,
impresso em papel off-set 75g/m^2
e capa em Cartão Supremo LD 250g/m^2.
Tiragem de 500 exemplares

Impressão e acabamento: Morada do Livro
E-mail: moradadolivro@moradadolivro.com.br
Tel./Fax: (21) 3278-6511