

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE:
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Sérgio Arthur Fernandes da Silva

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Sérgio Arthur Fernandes da Silva

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suzinara Beatriz Lima

Santa Maria, RS, Brasil.

2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Silva, Sérgio Arthur Fernandes da
Avaliação participativa em saúde: percepção dos
enfermeiros da atenção básica em saúde / Sérgio Arthur
Fernandes da Silva.-2012.
80 p.; 30cm

Orientadora: Suzinara Beatriz Lima
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. Enfermagem. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção
Básica. 4. Avaliação Participativa. I. Lima, Suzinara
Beatriz II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

A comissão examinadora abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Elaborada por
Sérgio Arthur Fernandes da Silva

Como requisito parcial para obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
Presidente/Orientadora

Helena Heidtmann Waguetti, Dra. (FURG)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)

Terezinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
Suplente

Santa Maria, 23 de Agosto de 2012.

Dedico este trabalho a:

In memoriam, a meus pais Arthur e Regina, que não mediram esforços para que pudesse trilhar um caminho profissional e pessoal sempre em busca de ser uma pessoa melhor;

À minha esposa, Rosângela, companheira de todas as horas, por que sem seu apoio e incentivo, por que sem seu apoio provavelmente não tivesse chegado até aqui;

A meus filhos, Cássio e Thales, que são motivo para que sempre busque algo novo e melhor e que isso sirva de exemplo para eles.

Agradecimentos

*Aos(as) meus enteados(as) Rosmarini, Raíssa e Rodolfo, com quem sempre pude
contar quando
necessário;*

*À minha orientadora, Suzinara, principalmente pela paciência com quem nem sempre tinha
o tempo necessário disponível e pouca experiência na escrita científica;*

*Às colegas que aceitaram, com a boa vontade, participar desse trabalho, oferecendo
seu tempo para ser
entrevistada;*

*À Prof.^a Laura Guido, pelo apoio nos momentos de dúvida quanto à possibilidade de
persistir no Mestrado.*

“A injustiça avança hoje a passo firme. Os tiranos fazem planos para dez mil anos Nenhuma voz além da dos que mandam.

O poder apregoa: as coisas continuarão a ser como são.

Quem ainda vive nunca diga: nunca!

O que é certo não está certo

Assim, como está, não ficará. Depois de falarem os dominantes Falarão os dominados.

Quem, pois ousa dizer: nunca? Se a opressão permanece a quem se deve? A nós.

De que depende que ela acabe? Também de nós.

O que é esmagado, que se levante!

O que está perdido, lute! Quem conhece a situação, por que ficará parado?

Porque os vencidos de hoje serão os vencedores de amanhã

E nunca será: ainda hoje.”

Bertold Brecht

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

AValiação Participativa em Saúde: Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Município da Região Central do Rio Grande do Sul

Autor: Sérgio Arthur Fernandes da Silva
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suzinara Beatriz Soares de Lima
Local e Data da Defesa: Santa Maria, em 23 de Agosto de 2012.

A presente dissertação de mestrado está inserida na linha de pesquisa Gestão e Trabalho do Grupo de Pesquisa, Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Tem como objeto de pesquisa a avaliação participativa em saúde, e como objetivo geral conhecer a percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica em município da região central do Rio Grande do Sul, quanto ao papel da avaliação participativa como instrumento de qualificação da gestão e subsidiário na tomada de decisões nesse nível de atenção à saúde. Esta pesquisa tem em vista contribuir para a implantação da política de institucionalização da avaliação na Atenção Básica, na medida em que, ao mesmo tempo em que busca conhecer percepções dos enfermeiros sobre o tema, coloca-os diante do fato de que existe uma política de avaliação, e que esta pode ser um instrumento na qualificação de sua atuação profissional. O arcabouço teórico utilizado fundamenta-se na avaliação em saúde, tomando como referencia a avaliação participativa em saúde. A metodologia utilizada traz a abordagem qualitativa e a obtenção dos dados indispensáveis para que seja alcançado o objetivo do estudo foi a entrevista semi-estruturada e para análise deste foi utilizada a análise de conteúdo. Os sujeitos das pesquisas são enfermeiros das unidades básicas de saúde, escolhidos por sorteio após a exclusão daqueles que não se enquadravam nos critérios da pesquisa e que concordaram em participar do estudo. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado como o número CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0166.0.243.000-11. Os discursos dos sujeitos da pesquisa deram origem a quatro categorias: o conceito de avaliação em saúde, a avaliação em saúde e a gestão, metodologias avaliativas, e avaliação participativa em saúde. Os achados dessa pesquisa permitem inferir que os respondentes não tem clareza sobre avaliação, contudo a consideram uma ferramenta importante para a qualificação da atenção básica, bem como consideram importante a inclusão de trabalhadores em saúde e usuários no processo avaliativo, além de evidenciar a inexistência de práticas avaliativas formais e sistemáticas. Deve haver preocupação por parte do gestor no sentido de realizar ou incentivar práticas avaliativas, e há necessidade serem desencadeadas ações no sentido de avaliar de forma metódica e sistemática as ações desenvolvidas, apenas algumas avaliações informais que não tem impacto sobre seu processo de trabalho. A percepção a respeito da importância da avaliação participativa em saúde nos leva a conclusão de que a introdução de práticas avaliativas em saúde teria nos profissionais parceiros para sua evolução.

Palavras-chave: Enfermagem. Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Avaliação Participativa.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Pos-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

PARTICIPATORY EVALUATION IN HEALTH: PERCEPTIONS OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE IN MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Sérgio Arthur Fernandes da Silva
ADVISOR: Suzinara Beatriz Soares de Lima
Date and Place of Defense: Santa Maria, August 23th, 2012.

The present dissertation is inserted in the research line *Management and Labor* of the research group *Labor, Health, Education and Nursing* of the Department of Nursing at UFSM. It comprehends as object of research the participatory evaluation in health, and as main objective, to recognize the perception of nurses acting in primary health care in municipality of the central region of Rio Grande do Sul state, on the role of participatory evaluation as a tool of qualification of management and subsidiary in the taking of decisions in such level of attention to health. This research aims at contributing to the implementation of the policy of institutionalization of the evaluation in primary health care, and, at the same time, recognizing perceptions of the nurses on such topic, showing them the fact that there is an evaluation policy, and that it can be a tool of qualification of their professional performance. The theoretical framework adopted is based on the evaluation in health, taking as reference the participatory evaluation in health. The methodology brings the qualitative approach, and the attainment of information needed in order to achieve the objective of study was the semi-structured interview, and for the analysis of such it was utilized the analysis of content. The research subjects are nurses of the primary health care units, chosen by sortition after the exclusion of those who did not fit in the research criterion, and that agreed in participating in the study. The research was submitted to the appraisal of the Committee of Ethics in Research, being accredited with the CAAE (Certificate of Appraisal) number 0166.0.243.000-11. The discourses of the research subjects led to four categories: the concept of evaluation in health, the evaluation in health and management, evaluative methodologies, and participatory evaluation in health. The research findings allow us to infer that the answerers are not clear about evaluation, yet, they consider it an important tool for the qualification of primary health care, as well as they consider important the inclusion of health workers and users in the evaluative process, in addition to making evident the inexistence of formal and systematic evaluative practices. There must be a concern, on the part of the manager, in the sense of realizing and motivating evaluative practices, and there is the necessity to be triggered actions in the sense of evaluating in a methodical and systematical form the actions developed, only few informal evaluations that do not impact on their labor process. The perception regarding the importance of participatory evaluation in health led us to the conclusion that the introduction of evaluative practices in health would have, in the professionals, allies for their evolution.

Keywords: Nursing. National Health System. Primary Health Care. Participatory Evaluation.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro para entrevista semi-estruturada.....	74
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
Apêndice C – Termo de Confidencialidade	77

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Carta de aprovação.....	79
Anexo B – Autorização	80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3.1 O Sistema Único de Saúde	20
3.2 A atenção básica	24
3.3 Avaliação em saúde	27
3.3.1 Aspectos gerais sobre avaliação	27
3.3.2 Aspectos históricos	28
3.3.3 Aspectos conceituais	29
3.3.4 Aspectos políticos.....	33
3.3.5 Avaliação participativa	34
3.4 Avaliação em Serviços e Programas e Serviços de Saúde.....	37
3.5 Avaliação na atenção básica	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1 Tipo de estudo	42
4.2 Cenário de estudo	42
4.3 Sujeitos do estudo	43
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	43
4.5 Coleta de dados	44
4.6 Análise dos dados.....	45
4.7 Considerações bioéticas.....	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Avaliação em saúde	48
5.2 Avaliação em saúde e a gestão	50
5.3 Metodologias avaliativas	54
5.4 Avaliação participativa em saúde	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICES	73
ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

Desde seu surgimento como política pública, no início do século XX, com ações marcadamente voltadas para a realização de campanhas de saúde pública, em um primeiro momento, e com o crescente fortalecimento da medicina previdenciária de cunho curativo posteriormente, o setor saúde tem sofrido constantes transformações.

O surgimento das políticas públicas de saúde no Brasil tem sua origem ligada à acumulação capitalista dos barões do café, que com a abolição da escravatura necessitavam da mão-de-obra imigrante para substituir os escravos. O quadro de morbimortalidade caracterizado pela elevada incidência e mortalidade de doenças infecciosas e parasitárias diminuía a atratividade do Brasil para populações europeias com potencial de imigração.

Segundo Bertolazzi e Grecco (1996) o período que vai da Primeira República até a Revolução de 1930 foi assinalado pela hegemonia do café com predominância de grupos oligárquicos regionais. Em 1888, com a Abolição da Escravatura e com a conseqüente crise da mão de obra escrava, intensificaram-se as correntes imigratórias provenientes, principalmente, da Itália, Espanha e Portugal.

As políticas de saúde que emergem neste período têm como marca:

o surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismo-campanhista, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras (CORDONI JR e PAULUS JR, 2006, p. 14).

No ano de 1923, a Lei Elói Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), marca o início da existência de dois subsistemas de saúde no Brasil: o da saúde pública, baseado em campanhas de saúde pública, com ações preventivas e coletivas para combater doenças infecciosas e parasitárias, de elevada incidência à época e o subsistema de medicina previdenciária, que oferecia aos trabalhadores e seus dependentes ações individuais e curativas.

Segundo Silva Jr. (1998) o modelo da assistência médico previdenciária ligava-se à necessidade de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais e conforme Bertolazzi e Grecco (1996) as CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão - eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões.

Mudanças posteriores, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (com a aglutinação das CAPs por categoria profissional) e do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que aglutinou todos os IAPs criando um só Instituto não mudaram esse quadro, e sim foram fortalecendo, gradativamente o subsistema da medicina previdenciária, que detinha grande volume de recursos financeiros enquanto que o subsistema de saúde pública gradualmente tinha seus recursos reduzidos.

... o sistema previdenciário, fortemente apoiado pelas forças vitoriosas nos conflitos que derrubaram a República Velha, apresentava-se como autofinanciável, crescendo sua disponibilidade financeira em proporção direta com o aumento do emprego. Além disso, vale ressaltar que a atenção médica previdenciária, diferentemente da saúde pública, agregava políticas consideráveis. Lá estavam presentes os interesses dos sindicatos, de partidos políticos, de empresários e de toda uma máquina burocrática constituída para gerir o grande volume de recursos da Previdência. Pautado por uma lógica corporativa, o debate sobre a promoção da saúde no país passou a ocorrer numa atmosfera em que as ações preventivas de caráter coletivo cedem lugar ao atendimento individualizado de cunho curativo” (PONTES ET AL, 2012, p. 119) .

Esse quadro sofreu mudança importante apenas em 1998, quando a Constituição Federal dever do Estado, a integralidade e a participação da comunidade. Desde então passa a haver um só sistema de saúde, que oferece à população ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação a todos os cidadãos brasileiros.

Um fato que pode ser observado, no entanto, é que ao longo do tempo, tanto o campo da medicina previdenciária quanto da saúde pública tem se caracterizado pela ausência de planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde oferecidos à população, bem como avaliação da gestão como um todo, fato que tem contribuído para que o Sistema de Saúde tenha alcançado, ao longo do tempo, baixa resolutividade. Nesse contexto, ações de monitoramento e avaliação, como parte integrante do processo de planejamento, têm estado ausente do cotidiano dos serviços e da gestão de saúde no Brasil.

Nas últimas décadas algumas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde têm sido desenvolvidas, inicialmente com pesquisas acadêmicas que visavam avaliar ou estabelecimentos de saúde, estendendo-se depois para políticas racionalizadoras que valorizavam o planejamento, sugerindo a intenção de imprimir racionalidade nas intervenções de saúde (PAIM, 2005).

No ano de 2003, convênio assinado entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial visando à expansão do Programa da Família tem como um de seus componentes o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação na Atenção Básica. O início do

processo de institucionalização da avaliação ocorre a partir de um convênio externo, e não como demanda interna com vistas à qualificação do Sistema Único de Saúde.

Com relação à institucionalização das ações de avaliação, é pertinente que se ressalte algumas questões importantes levantadas por Felisberto (2006) que são: 1) A institucionalização da avaliação é suficiente para generalizar a prática da avaliação? 2) A institucionalização não cria o risco de limitar os debates e inovações, consagrando desta maneira a dominação da abordagem técnico-científica em decisões coletivas, em detrimento de outros tipos de lógica reguladora utilizada no sistema de saúde?

Ainda segundo Felisberto (2006, p.3) “a institucionalização da avaliação favorece o aparecimento de uma cultura democrática quando promove a subordinação de grupos de interesse revestidos de poder aos de indivíduos que constituem a sociedade coletivamente”.

A avaliação em saúde, dessa maneira, não é essencialmente um instrumento de democratização do sistema de saúde ou de legitimação da ação dos gestores. A institucionalização, para que seja um instrumento de participação da população e dos trabalhadores em saúde na gestão do SUS deve ser incorporada por esses segmentos, que adquirem uma percepção de sua importância como instrumento capaz de subsidiar a tomada de decisões no âmbito do Sistema. A institucionalização da avaliação pode fazer com que esta seja uma prática cotidiana no sistema de saúde, mas na medida em que não se apresenta incorporada como uma demanda de usuários e trabalhadores em saúde pode vir a ser uma ferramenta de legitimação da ação dos gestores.

Na visão Felisberto (2006 p. 555), há convicção de:

Institucionalizar a avaliação corresponde a implantar políticas de avaliação de políticas e programas, e para tal devem contemplar a necessidade da regulação, da regulamentação, melhoria dos programas, garantia de qualidade dos processos e produtos, poder de comparabilidade, cobranças de compromissos e desempenho, perseguição de metas no sentido da melhoria da qualidade de vida e do bom estado de saúde da população, de desenvolvimento institucional e pessoal no sentido do bem-estar dos profissionais envolvidos.

Ainda no campo da institucionalização da avaliação no âmbito do SUS, considera-se que esta tem objetivo que não se dissocia do desafio de consolidação do Sistema, sendo um instrumento qualificador das práticas sanitárias.

Segundo Felisberto (2006, p.557):

a avaliação deve estar orientada pelo princípio da integralidade, possibilitando a organização de um modelo de atenção básica dotada de maior resolutividade e parte de uma rede de atenção à saúde. O objetivo principal da avaliação vem a ser

qualificar a atenção básica segundo os princípios do SUS, contribuindo para a estruturação e sistematização dos processos em todos os níveis de gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

Outro aspecto a ser considerado é que a proposta de monitoramento e avaliação está voltada especificamente à atenção básica, e não ao sistema como um todo. Esse fato, no entanto, não diminui a importância dessas práticas avaliativas, principalmente se considerarmos a estimativa de que este nível de atenção apresenta potencial de resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde da população, bem como seu papel como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde.

No processo de institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação, dois desafios se apresentam, quais sejam, a criação de metodologias coerentes com cada contexto a ser avaliado, e a incorporação do monitoramento e avaliação como instrumentos efetivos de gestão, servindo como subsídios no processo de tomada de decisão.

Considerando a questão metodológica, Moreira (2002, p.09) afirma que:

Nas duas últimas décadas surgiu a necessidade de elaborar modelos e métodos científicos para avaliar programas auxiliando os governos na melhoria da qualidade de seus serviços. Os resultados das intervenções até então realizadas eram pouco avaliadas tanto quantitativamente como qualitativamente. Não era uma prática comum analisar a correlação existente entre o grau de implantação de uma intervenção ou programa e os efeitos esperados.

Ainda segundo Moreira (2002) no setor saúde cada vez mais se identifica a necessidade de incorporar o maior número de métodos de avaliação que permitam estudar o resultado do conjunto de ações programáticas no controle e erradicação de doenças.

Nessa perspectiva, as abordagens a serem utilizadas pelos diferentes atores envolvidos no processo de avaliação devem primar pela integralidade e pluralidade de interpretações, no sentido de ampliar os focos de análise e de resultado. Assim, permitem levar o processo avaliativo para além de questões meramente quantitativas, considerando também uma perspectiva qualitativa, evidenciando o contexto onde se desenvolvem as questões avaliadas.

Segundo Felisberto (2006, p.553), “tendo em vista que a avaliação é componente essencial do processo de planejamento, deve-se considerar que esta só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional”.

É importante que as práticas avaliativas sejam parte integrante do planejamento da gestão em saúde, qualificando-a na medida em que possibilita conhecer o impacto das ações

desenvolvidas, definindo a necessidade de rever a pertinência das ações e serviços de saúde oferecidos à população, na medida em que impacta ou não sobre suas condições de saúde.

Como trabalhador em saúde, com longo tempo de vivência na área de gestão em saúde em nível municipal e estadual, temos percebido que há uma total ausência de ações de planejamento, e como consequência disto, de ações de avaliação, das ações e serviços de saúde oferecidos à população. Emerge então, um círculo vicioso em que não há planejamento das ações executadas, essas não são avaliadas, não se conhece sua eficiência e efetividade, não se realiza mudanças necessárias, não há resolutividade, e isso realimenta uma grande demanda.

Ou seja, esse processo propicia que esforços de gestores e trabalhadores, recursos físicos e financeiros sejam utilizados sem que se obtenha uma melhoria nas condições de saúde dos usuários do SUS.

Nesse sentido, é importante também que se busque conhecer as formas como o processo de avaliação é incorporado às práticas nas unidades básicas de saúde, especialmente pelos profissionais enfermeiros, independente das unidades contarem ou não com a Estratégia Saúde da Família. Este se justifica por ocuparem as unidades básicas papel fundamental na organização do sistema, sendo a principal porta de acesso dos usuários, e por terem potencial de solução de grande parte dos problemas de saúde da população. É necessário considerar também o papel fundamental do profissional enfermeiro na qualidade da assistência prestada na atenção básica, na medida em que este profissional faz parte da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde para atuar neste nível de atenção à saúde.

Assim surge o questionamento: O que os enfermeiros entendem por avaliação em saúde? Como os enfermeiros percebem a avaliação em saúde do ponto de vista de sua importância como instrumento com potencial de qualificar as ações e serviços de saúde? Como os enfermeiros percebem a inclusão de outros atores no processo de avaliação em saúde e como isto ocorre? Quais são os fatores facilitadores e dificultadores para sua realização desta inclusão?

Considerando-se a avaliação como instrumento na qualificação da gestão em saúde, a necessidade de aumentar a resolutividade da atenção básica e a importância desse nível de atenção à saúde como eixo estruturante do SUS, e ainda a relevância da atuação do profissional enfermeiro na melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica, bem como a importância da inclusão de todos os atores envolvidos com a gestão do SUS no processo de avaliação entende-se que essa pesquisa, ao questionar estes profissionais sobre avaliação

participativa, pode contribuir para desencadear práticas avaliativas participativas que, por sua vez, podem auxiliar para aumentar a resolutividade da atenção básica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar a percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica quanto ao papel da avaliação participativa como instrumento subsidiário na tomada de decisões nesse nível de atenção à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o que os enfermeiros da AB em Santa Maria entendem por avaliação em saúde;
- Visualizar qual o entendimento dos enfermeiros da AB sobre o potencial da avaliação na qualificação da gestão este nível de atenção à saúde;
- Evidenciar a percepção dos enfermeiros sobre a inclusão de trabalhadores da saúde e usuários no processo de avaliação em saúde;
- Entender como ocorre a participação dos diferentes membros da equipe de saúde da AB e usuários na implantação/implementação de ações avaliativas quando estas ocorrem;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O Sistema Único de Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde guarda uma forte relação com a ineficiência e ineficácia da política de saúde até então dominante no Brasil, caracterizadas pela priorização das ações de cunho individual e curativas, originárias da medicina científica, que além do alto custo, apresentavam uma baixa capacidade de resolver os problemas de saúde da população.

Desde o surgimento das políticas públicas de saúde, no início do séc. XX, o sistema público de saúde no Brasil se caracterizou pela dualidade. Silva Júnior (1998, p.69) afirma que:

... no Brasil, foram constituídos os seguintes modelos: a) O Modelo de Saúde Pública, surgido no início do século XX, em duas vertentes: Campanhista e Vertical permanente. A Campanhista, articulada aos interesses agroexportadores, desenvolveu-se combatendo epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias.

De outro lado, ainda segundo Silva Júnior (1998, p. 69),

... a vertente vertical permanente baseava-se na proposta do centro de saúde, difundida pela Fundação Rockefeller; incumbia-se da prestação de serviços de controle de doenças endêmicas, de vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de prevenção, e cuja institucionalização ocorreu nas redes estaduais a partir da década de 30 do século XX.

O modelo da medicina previdenciária tem seu início em 1923, com a promulgação da Lei Elói Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que organizadas por empresas e articulada aos interesses da medicina liberal, e oferecia aos trabalhadores ações de saúde individuais/curativas.

De acordo do Silva Júnior (1988, p. 69), esse modelo “expandiu-se a partir dos anos 40 do século XX, com a com construção da rede de hospitais ligados aos Institutos de Assistência e Previdência, incorporando a concepção flexneriana de assistência médica”.

Uma característica importante do modelo de medicina previdenciária é a exclusão, ou seja, era acessível apenas aos trabalhadores do mercado formal de trabalho, que mantinham alguma forma de vínculo empregatício com alguma empresa ou serviço público.

A baixa resolutividade, uma das características do modelo de saúde da medicina previdenciária, aliada a crise econômica que atingiu o Brasil na década de 70 do século passado, com aumento do desemprego e consequente diminuição da base de contribuição, levou a uma crise da previdência, e à busca de alternativas para oferecer à população ações e serviços de saúde com menor custo e algum grau de resolutividade.

Nessa perspectiva, surge na década de 70, uma tentativa de alcançar esse objetivo através do que se chamou de medicina comunitária, que tinha entre seus pressupostos, segundo Souza Júnior (1998), a incorporação do social na epidemiologia, mantendo ênfase na biologia, a seletividade às comunidades marginais e um nível primário simplificado, sem garantia de acesso a outros níveis de atenção à saúde.

Como fruto de experiências da medicina comunitária construiu-se um movimento por mudanças na política nacional de saúde, num contexto de final de ditadura militar e redemocratização, que foi denominado Movimento pela Reforma Sanitária.

A mobilização popular e o movimento por mudanças na política nacional de saúde deságuam na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, que teve como característica importante o fato de ter sido a primeira a contar com a participação de usuários (em torno de cinco mil) e ter defendido em seu relatório final a concepção ampliada de saúde, resultante das condições de saúde da população, bem como a criação de um sistema de saúde único e com participação popular.

Também dentro do contexto político de redemocratização após vinte e um anos de ditadura militar, no ano de 1986 ocorrem eleições para Câmara dos Deputados e Senado Federal que têm então, poderes constituintes e no processo de elaboração da Constituição são discutidos pressupostos defendidos pela VIII Conferência Nacional de Saúde que acabam sendo incorporados à Constituição Federal promulgada em 1988.

Dessa forma, a Constituição Federal, cria o Sistema Único de Saúde, estabelecendo em seu artigo 198 que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (BRASIL, 2010).

Segundo Vasconcelos & Pasche (2006, p. 531):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

Ainda segundo os mesmos autores (2006, p.531), o SUS:

Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais – para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde.

Tendo em vista que a Constituição estabelece princípios e diretrizes, havia necessidade de legislação complementar infraconstitucional que regulamentasse o estabelecido pela Constituição, e nesse sentido, em setembro de 1990 é promulgada a Lei 8080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”.

Esta lei, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS):

Visava a regulamentar o SUS, a definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, a aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, entre outras (BATISTA, 2005, p.36)

Tendo em vista o fato de que artigos referentes à questão do financiamento e da participação popular foram vetados pelo então presidente Collor novo processo de negociação estabeleceu-se no Congresso Nacional, e:

Três meses depois da aprovação da Lei 8080 foi aprovada uma outra (lei 8142), complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original, especialmente no que diz respeito ao financiamento e à participação popular. Contudo, ainda se mantém, nas leis reguladoras do SUS (8080 e 8142), lacunas expressivas para a implementação efetiva da política (FARIA BATISTA, 2005, p.37).

No processo de legislação complementar que visava normatizar o SUS, especialmente em relação à regulamentação do processo de descentralização, em 1996 é editada a Norma Operacional Básica 01/96 que a mesma pretende dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, depositando como finalidade primordial promover e concretizar o

pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do DF e da união (BRASIL, 1996).

Com vistas a fortalecer a descentralização e fortalecer a gestão municipal do SUS, a NOB 01/96 criou o Piso Assistencial Básico (PAB) fixo e variável, sendo que o primeiro:

... consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios. (BRASIL, 1999, p. 16).

O PAB variável passa a ser repassado aos municípios na medida em que estes aderem a políticas consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde, e cujo valor é próprio de cada uma delas, e entre as quais se podem citar o Programa de saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Em relação à avaliação, a NOB 01/96 apenas estabelece que:

As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS (BRASIL, 1996, p. 15)

Ainda seguindo a lógica de fortalecimento da descentralização da gestão do SUS, no ano de 2006, através da Portaria 399/06 fica estabelecido o Pacto pela Saúde, em suas três dimensões que são o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida é definido como:

... um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006, p. 2).

Entre as prioridades estabelecidas pelo Pacto pela Vida está o fortalecimento da Atenção Básica através da consolidação e qualificação da Estratégia da Saúde da Família como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

No que diz respeito à avaliação em Saúde, no seu componente Pacto de Gestão, estabelece como objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento (BRASIL, 2006, p. 11).

3.2 A atenção básica

A crise financeira de sistemas de saúde centrados em modelos essencialmente curativos, baseados em ações individuais, hegemônica no modelo de atenção à saúde vigente no Brasil até então, e baseado nos princípios da medicina científica entra em colapso na década de 70 do século XX.

Segundo Silva Júnior (1998, p. 49) tal crise ocorre por conta dos custos cada vez maiores provenientes da incorporação de tecnologia, da especialização profissional e pela sua questionável eficácia. Ainda segundo o mesmo autor em relação a esse modelo de atenção à saúde:

Seus custos progressivos e nem sempre racionais constituem importante barreira ao oferecimento universal dos benefícios produzidos pela tecnologia médica, gerando iniquidade com consequências terríveis pois quem mais precisa dos serviços de saúde é a parcela da população que menos recursos econômicos tem.

Nesse contexto surge a partir da Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978 a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para alcançar o objetivo de saúde para todos no ano 2000.

Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas.

A APS parte da concepção de saúde como estado de bem estar bio-psico-social e adotam como modelo explicativo do processo saúde-doença a tríade agente-hospedeiro-meio

e cuja lógica interna mantém o paradigma da clínica, que busca a causa das alterações físico-patológicas os indivíduos, com base na história natural da doença.

A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui à melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema. (GIOVANELLA et al, 2009, p. 784).

A Atenção Primária em Saúde significava, na verdade tinha como objetivo a oferta às populações mais vulneráveis social e economicamente, de serviços de menor custo e complexidade, como assinalam Giovanella et al, (2009, p. 784), quando afirmam que “na América Latina, nos anos oitenta, a abordagem seletiva de atenção primária foi preconizada por agências multilaterais, tornando-se hegemônica a implementação de uma cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade”

No Brasil, essa concepção passa por um processo de reconceituação dentro do movimento sanitário, que introduziu o paradigma da determinação social da doença, propondo um novo modelo de atenção à saúde, ampliando a assistência a todos os níveis de atenção à saúde, em função das necessidades e demandas da população.

No Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS também foi renovada. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (GIOVANELLA et al, 2009, p. 784)

Nesta lógica, a NOB/96 hierarquiza as ações de assistência ambulatorial em saúde, criando a atenção básica, média e alta complexidade, sendo a primeira financiada principalmente pelo Piso Assistencial Básico (PAB) que seria calculado com base na população (PAB fixo) e pela adesão dos municípios a programas e estratégias propostas pelo Ministério da Saúde (PAB variável).

Regulamentado pela Portaria GM/MS n. 1882, de 18/12/97 o PAB:

Altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias e se constitui uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde (BODSTEIN, 2002, p. 406).

A implantação do PAB fixo, calculado com base num valor per capita multiplicado pela população dos municípios, mais o PAB variável, depende da adesão a programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, trazem, segundo Bodstein (2002) como principal novidade a transferência regular e automática, com repasse federal feito diretamente aos municípios.

A NOB/96 tem como um de seus principais objetivos acelerar o processo de descentralização, com vistas à municipalização da saúde, alterando as modalidades de gestão do SUS, que no município passam a ser Plena de Atenção Básica, onde o município passa a ter responsabilidade sobre a rede de atendimento básico, e Plena do Sistema Municipal de Saúde, onde o município gerencia toda a rede de saúde, inclusive serviços privados contratados, ambulatoriais e hospitalares.

A atenção básica passa a ser considerada a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde e estratégia para organização do Sistema, estimando-se que tenha potencial de resolver grande parte da demanda da atenção à saúde.

Segundo Brasil (2004, p. 450):

A concepção de Atenção Básica pauta-se na integralidade das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, assumindo importante papel na organização do sistema de saúde no Brasil. Desenvolve-se por meio de processos de trabalho em equipes interdisciplinares, democráticos e participativos, com utilização de tecnologia de alta complexidade e baixa densidade. Seu objeto de trabalho é considerado na dimensão coletiva e na singularidade do sujeito, tendo por finalidade a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes.

A portaria 648/2006 do Ministério da Saúde afirma que a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Ainda segundo a mesma portaria, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças e redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A mesma portaria, em seu capítulo I define as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, incluindo em seu item VIII a participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações, da mesma forma que em seu anexo I determina as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família e ACS, onde inclui como

atribuições comuns a todos os profissionais a participação das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.

Como atribuição específica do enfermeiro (da ESF ou EACS) define a de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo ACS.

3.3 Avaliação em saúde

3.3.1 Aspectos gerais sobre avaliação

A avaliação é um ato inerente ao ser humano, que de forma assistemática e empírica a utiliza no seu cotidiano, como forma de compreender seus próprios atos, no sentido de alcançar objetivos e metas auto-propostas, ao mesmo tempo em que em várias circunstâncias e de várias formas este (o ser humano) é objeto da avaliação.

Nessa linha de pensamento, Furtado (2006, p. 715) afirma que:

Donas-de-casa, crianças, estudantes motoristas, gerentes, enfim, independente do papel que estejamos exercendo em um dado momento, é comum e frequentemente necessário determinarmos a valor e a serventia de um ou mais elementos que nos cercam. Determinamos a qualidade do alimento que estamos consumindo, o envolvimento de um determinado professor ao ministrar a aula, o tipo de afeto que recebemos de nossos próximos ou o quanto conseguimos aprender em um dado curso. Ou seja, avaliar é uma ação inerente ao ser humano desde a mais tenra idade, realizada cotidianamente através de seus sentidos, de seu intelecto e de sua subjetividade.

Em relação ao ser humano como objeto de avaliação, Zuñiga, (2004, p.8) ressalta que “Todo el mundo ha sido evaluado y desde muy temprana edad — y la experiencia no ha sido agradable. Ella ha sido la de someterse a un juicio de autoridad, dictado por alguien que se basa en sus propios criterios, y que tiene el derecho a imponerlos”.

Neste sentido Furtado (2006) refere que além da associação de processos avaliativos a práticas autoritárias e de controle, colabora para adicionar essa refratariedade à utilização da avaliação com fins escusos, como protelar decisões, dar cunho científico a decisões eminentemente políticas ou intimidar grupos, dentre outros abusos.

Essa situação ajuda a explicar a resistência de trabalhadores e gestores a aceitar processos de avaliação, que são, de maneira geral, vinculados a ações desagradáveis e de tentativa de submissão.

3.3.2 Aspectos históricos

Numa perspectiva histórica pode-se afirmar que a avaliação, como atividade inerente ao ser humano, está presente nas diversas sociedades desde sua formação e se estende até os dias atuais, e segundo Moreira (2002) a avaliação faz parte do cotidiano do ser humano, mesmo que de maneira informal, que ocorre a partir de percepções totalmente subjetivas, baseada em evidências coletadas de maneira informal, baseadas no instinto, na experiência, sem a presença de procedimentos sistemáticos.

Foi já no século XX que a avaliação passou a adquirir contornos científicos, após a Grande Depressão americana, quando são desenvolvidos programas para avaliação na área da educação, mas foi principalmente após a Segunda Guerra Mundial que a área da avaliação alcançou grande desenvolvimento, quando há investimentos na área social no âmbito do Estado do Bem-Estar Social. Podemos citar que:

A necessidade de avaliar programas públicos logo após a Segunda Guerra Mundial, levou à criação de novos métodos de avaliação, decorrentes da pressão das autoridades do governo e políticos, na aplicação de técnicas de “gerenciamento científico” que vinham sendo empregados pelos militares e pela indústria americana. No final da década de 1950 a avaliação estava sendo exercida tanto pelos países do primeiro mundo como pelos menos desenvolvidos. Foi durante os anos 60 que ocorreu a expansão das atividades de avaliação de programas, financiadas pelo governo federal americano. Estes métodos foram aplicados nas áreas da saúde e educação social, na tentativa de otimizar com eficácia a utilização dos recursos financeiros, naquela ocasião priorizados para apoio a estas políticas sociais (MOREIRA, 2002, p. 7).

Refletindo-se a partir dessa perspectiva, evidencia-se uma maior preocupação com a relação custo-benefício, não sendo colocado em primeiro plano os aspectos relacionados aos resultados práticos, ou seja, o impacto direto sobre a população. Essa situação muda a partir da década de 70 quando o foco dos programas passa a ser a efetividade. Desde então, segundo Moreira (2002) a avaliação passou a fazer parte do planejamento de programas sociais nos países industrializados, com ênfase na comprovação da efetividade e da responsabilidade social.

Fica evidenciado, assim, que as práticas avaliativas até então realizadas tinham como foco principal a eficiência, ou seja, a relação custo-benefício, e não a efetividade, que seria o impacto sobre as condições de saúde da população.

3.3.3 Aspectos conceituais

Há diferentes conceitos sobre avaliação, mas em relação àqueles que se referem à avaliação de programas sociais tem ocorrido maior grau de consenso.

A avaliação está relacionada a uma intervenção e pode ser definida como um processo de julgamento sobre o mérito, informando os objetivos e metas propostos que estão sendo alcançados, indicando quais os processos estão adequados, quais não e por quê.

Uma intervenção tem com o objetivo mudar uma situação-problema e constitui-se por um conjunto de meios (financeiros, físicos, humanos e simbólicos) que são organizados para produzir bens ou serviços em um determinado contexto.

Segundo o Akerman e Luiz (2004, p. 47) “a intervenção envolve a ação de diversos atores que imprimem uma forma particular em função de seus próprios objetivos e, portanto, os objetivos de uma avaliação são inúmeros e podem relacionar-se inclusive com os conflitos e consensos entre os atores envolvidos”.

Em relação ao uso da avaliação (Hartz, 2005), refere o desenvolvimento de uma abordagem funcionalista denominada “avaliação focada para utilização” e estabelece na sua definição: a) a maneira de fazer avaliação, que corresponde à coleta de informações sobre atividades, características e resultado dos programas; b) o propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

Delimitando o campo da avaliação ao julgamento de programas sociais, onde as políticas de saúde podem ser incluídas como um caso particular, formulando um conceito simples e abrangente, Hartz (2005), refere que a avaliação pode ser considerada um julgamento sobre uma intervenção ou sobre um de seus elementos, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

É possível ampliar a perspectiva racional e instrumental deste conceito, ajustando-o ao espectro maior do campo da avaliação, substituindo o termo “intervenção” por “práticas sociais”, uma vez que a avaliação tem por objeto não apenas intervenções pontuais, mas

também práticas relacionadas com o trabalho em seus diversos âmbitos que envolvem intervenções sociais planejadas.

Outra definição de avaliação, e que alcança relativo consenso, segundo Akerman e Luiz (2004) é aquela que afirma que avaliar consiste em realizar julgamento de valor sobre uma determinada intervenção (no seu todo ou sobre apenas um de seus componentes), visando ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios ou normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação enquanto atividade que tem como escopo a qualificação da atenção à saúde e, em última análise, das condições de saúde da população, tem como constituintes de sua essência:

el actor social, que es el portador y el agente activo de la acción y las interacciones que lo contextualizan; las formas concretas de su acción en términos de prácticas sociales, por una parte; por la otra, los lenguajes de la comunicación de intenciones y de acciones colectivas, que expresan planes y proyectos, y las estructuras institucionalizadas que encuadran normativamente intenciones y acciones (ZUÑIGA, 2004, p. 9).

Nas últimas décadas a partir de uma maior aplicação de técnicas de avaliação tem sido crescido o número de formulações sobre avaliações em saúde, e dessa forma, têm sido realizadas divisões tipológicas em relação à avaliação. Akerman e Luiz (2004) estabelecem a existência de dois tipos de avaliação: avaliação normativa e pesquisa avaliativa.

A pesquisa normativa está relacionada à utilização de parâmetros previamente estabelecidos e segundo Akerman e Luiz (2004) envolve a comparação entre informações obtidas com critérios e normas estabelecidos, abarcando a apreciação dos recursos, dos serviços ou bens produzidos (processo) e dos resultados obtidos.

Com relação a avaliação da estrutura, segundo ainda Akerman e Luiz (2004, p. 47) “objetiva-se comparar os recursos disponíveis com critérios e normas correspondentes, verificando-se desta forma se são suficientes para atingir os resultados esperados”.

Em relação ao processo, ainda Akerman e Luiz (2004) comparam-se os serviços decorrentes da implantação do programa ou intervenção com critérios e normas predeterminados, tendo em vista os esperados. Ela tem uma dimensão técnica que aprecia a adequação dos serviços em função das necessidades dos usuários, e sua qualidade é definida a partir de critérios e normas profissionais.

Quanto à dimensão referente aos resultados, Akerman e Luiz (2004) afirmam que é a comparação entre os resultados observados e os resultados esperados, também, utilizando normas e critérios.

Segundo Pereira (2006, p. 717),

a avaliação normativa é feita corriqueiramente pelos encarregados de conduzir um dado programa ou serviço, tem forte componente gerencial e está imersa no pragmatismo cotidiano e, como o nome indica baseia-se em padrões e normas preestabelecidos.

Akerman e Luiz, (2004) citam a pesquisa avaliativa como uma forma de julgamento sobre os resultados de um projeto/programa, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Trata-se de um procedimento realizado depois da ocorrência de uma intervenção que analisa aspectos como a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção.

Pode-se afirmar que a pesquisa avaliativa guarda semelhanças e diferenças com a pesquisa científica. Segundo Hartz (1997), tanto uma como outra tem como preocupação a manutenção de rigor em seus procedimentos, obtendo conclusões a partir de raciocínio cuidadosamente analisado, superando a mera opinião ou convicção pessoal.

Segundo Cohen & (1993, p. 78):

A pesquisa científica “pura” pretende incrementar o conhecimento disponível, enquanto a avaliação procura prover informações para aumentar a racionalidade com que se tomam as decisões, hierarquizando os projetos, proporcionando instrumentos para escolher a melhor alternativa de execução e melhorando seu processo de execução.

Ainda segundo Cohen & Franco (1993, p. 78):

A pesquisa aplicada, por sua vez, tenta proporcionar conhecimento para mudar a realidade, sendo fundamental para a elaboração de programas e projetos. A avaliação se diferencia dela pela utilização de metodologias e técnicas próprias, tais como a análise de custo-benefício e a análise custo-efetividade.

No entanto, a grande diferença entre esses dois tipos de pesquisas está na emissão de um julgamento de valor.

Ressaltemos a emissão de julgamento de valor como a grande característica distintiva da pesquisa avaliada em relação à pesquisa tradicional. Esta última, tanto quanto possível procura esquivar-se de aspectos valorativos ou teleológicos, ao passo que a pesquisa avaliativa não deve perder seu compromisso com efetiva

utilidade prática de seus produtos (PEREIRA, 2006, p. 718).

Outra abordagem distintiva na área da avaliação é aquela que faz uma distinção entre avaliação formativa e somativa. Em relação à avaliação formativa, Moreira (2002) cita que a avaliação somativa (ou normativa) é dirigida e levada a público para o julgamento sobre o valor ou mérito do programa em relação a existência de critérios previamente estabelecidos. É a determinação sistemática e objetiva do mérito ou custo de um objeto. Ela fornece informações ao pessoal do programa para que possam decidir sobre sua continuidade ou sobre sua utilização pelos consumidores. Ela permite avaliar a adoção ou a tomada de decisões sobre o futuro de um programa; consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando sua organização com os recursos utilizados, os serviços, os bens ou os resultados produzidos.

Segundo Furtado (2006), entende-se por avaliação somativa aquela destinada à tomada de decisões sobre determinado programa com base em uma visão global dele: devemos encerrá-lo, mantê-lo ou expandi-lo? Habitualmente endereçada aos gestores, neste tipo de avaliação as informações sobre custos e resultados são muito relevantes.

Em relação ao segundo tipo de avaliação de acordo com esta abordagem, ou seja, a avaliação formativa, ela é:

... realizada previamente para subsidiar um programa na implantação ampla de suas atividades. Sua utilização permite compreender as reais necessidades de um programa ou intervenção para a tomada de decisões experimentais na busca de sua melhoria ou implementação. Ela subsidia a equipe com informações proffcuas para sua implementação; na avaliação de informações com o objetivo final de levar a uma melhoria do programa (MOREIRA, 2002, p. 13).

Segundo Furtado (2006, p.718):

este tipo de avaliação tem como objetivo o aperfeiçoamento de um dado programa, diagnosticando suas fragilidades e vulnerabilidades. Neste tipo de avaliação os trabalhadores diretos e gestores mais próximos, além de outros grupos de interesse, devem estar envolvidos, de modo que garanta sua participação na superação dos problemas identificados.

Ainda segundo Furtado (2006, p.719),

a avaliação formativa tem mais relevância nos primeiros tempos de um programa, quando se pode aprender com os elementos advindos de sua aplicação na prática. Já a avaliação somativa amplia seu papel na medida em que um programa se consolida e evidencia seus pontos fortes e vulneráveis. Nesse ponto, não se trata de aperfeiçoar o programa, mas decidir sobre sua continuidade, ampliação ou transposição.

Fica evidenciado que para cada situação ou contexto há um tipo apropriado de avaliação, e cabe aos participantes do processo avaliativo definir aquele que é o mais adequado, que responde às necessidades do processo que está sendo desencadeado.

3.3.4 Aspectos políticos

Em meados da década de 80 do século XX ocorre o ocaso do regime militar instaurado pelo golpe militar e inicia-se um processo de redemocratização, que se concretiza com a Constituição Federal de 1988 que dá ao país um status de Estado Democrático e de Direito.

Os reflexos desse processo de redemocratização se fazem sentir na elaboração das diferentes políticas públicas, que passam a contar com a possibilidade de participação da sociedade na sua elaboração, implantação e avaliação.

Como exemplo disto, temos a criação do Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 198 determina que Brasil (2010b): As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Partindo-se do princípio de que está assegurado o direito da sociedade à participação na gestão do SUS, e que a avaliação está inserida neste processo, é possível inferir que está dada a ela a possibilidade de participar no processo de avaliação de programas e serviços no âmbito do Sistema. Se está assegurado à sociedade o direito à participação no processo de avaliação do SUS, é pertinente que seja feita uma abordagem sobre o tema.

No processo de discussão sobre a participação popular na avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS é importante que se destaque alguns pressupostos originários do materialismo histórico e dialético.

Segundo essa abordagem, no interior da sociedade há um conflito de interesses que lhe é inerente e que pode ser considerada como a mola propulsora do processo histórico, representada por um lado por uma classe (burguesia) detentora dos meios de produção e de

outro lado de uma classe (proletariado) que se reproduz a partir da alienação de sua força de trabalho. Ou seja, está na essência da sociedade capitalista o conflito de interesses.

Nessa linha de pensamento, Skalinski e Praxedes (2003, p. 306) afirmam que:

a contradição seria o princípio motor do ininterrupto devir dos fenômenos, sendo o maior exemplo dessa a luta de classes advinda da insanável contradição do sistema capitalista: o caráter social da produção *versus* apropriação privada do resultado do trabalho.

Nesse sentido, embora haja claramente uma classe dominante (a burguesia) e uma classe dominada (proletariado), abram-se espaços para participação desta, desde que não coloque em risco a hegemonia de classe e estrutura social e econômica determinada pela burguesia.

No entanto, mesmo com a limitação do espaço das classes dominadas no processo político, é importante sua ocupação com vistas à construção do empoderamento, uma vez que pode possibilitar o questionamento da estrutura social em que está inserida.

Esse conflito de interesses se transporta e se espalha por amplos setores da sociedade, e emerge também no setor saúde, interferindo diretamente sobre a estrutura e funcionamento do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, no processo de avaliação quando esta ocorre no âmbito desse Sistema, ou seja, no âmbito estrito das políticas de saúde também existem grupos de interesses em constante contradição e conflito, e é importante que grupos dotados de menor grau de influência nas decisões governamentais (situados na classe dominada) se façam presente de forma organizada e atuante.

3.3.5 Avaliação participativa

Partindo do pressuposto de que conflitos de interesse existem também no âmbito da gestão e do planejamento do Sistema Único de Saúde, torna-se fundamental que no processo de avaliação (bem como na gestão e planejamento) ocorra a participação dos diferentes grupos de interesse, caracterizando o que se chama de avaliação participativa que pode ser entendida como:

um processo realizado por meio do estabelecimento de parceria entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou envolvidas por um determinado programa ou serviço que não

são avaliadores senso estrito, como profissionais do serviço, usuários, familiares, gestores, etc. (FURTADO & CAMPOS, 2008 p. 2671)

Pode-se afirmar em relação à avaliação participativa que:

sua característica central é a entrada, no processo avaliativo, de outros atores sociais além dos avaliadores, como gerentes dos serviços, gestores, profissionais da ponta, usuários, familiares e grupos pouco ou mal atendidos pelo programa ou serviço, dentre outros. Trata-se de uma informação que vai muito além do fornecimento de informações, podendo envolver diferentes atores em algumas ou todas as etapas da avaliação (como a definição das questões, coleta, análise de dados, julgamento e formulação das recomendações) (FURTADO, 2011, p. 2671).

Ainda em relação à avaliação participativa o mesmo autor ressalta que o envolvimento dos participantes necessita ser constante e ativo e o avaliador deve cumprir um papel de facilitador e parceiro e não precisamente de coordenador. Espera-se também que o processo propicie a assimilação, pelos participantes, de habilidades para compreenderem e empregar melhor os futuros resultados, bem como conduzir novas avaliações.

Considerando a existência de uma variada gama de interesses no âmbito do Sistema Único de Saúde, é natural que o processo de avaliação em saúde adquira variadas nuances e segundo o mesmo autor (2011) ainda que possam ser consideradas participativas, determinadas avaliações conservam entre si significativas diferenças, conforme privilegiem aspectos voltados para a cidadania bem informada, pelos reforço das competências de grupos marginalizados e que levem em conta as preocupações e inquietação dos grupos envolvidos. Por outro lado, existe uma vertente que privilegia atores que detém o poder sobre a gestão e o financiamento do serviço avaliado, de modo a garantir a utilização dos resultados. Finalmente temos um terceiro pólo, composto de avaliações centradas em grupos de interesse e em seus eventuais conflitos.

Quanto ao fato de que sob a chancela “participativa” podemos descobrir avaliações com perspectivas muito distintas. Igualmente, o processo pode incluir atores precisamente para dotá-los de mais poder e habilidades, compartilhando decisões, superar conflitos ou, por outro lado, utilizar a participação tendo como principal foco o fomento da utilização dos resultados. Será difícil encontrar tipos puros, totalmente fiéis a classificação acima, mas é necessário que tenhamos em mente o tipo de perspectiva a ser privilegiada quando nos propomos a deflagrar um processo avaliativo participativo (FURTADO, 2011).

No contexto de um sistema de saúde em que se apresentam, como reflexo do que acontece na sociedade como um todo, diferentes interesses defendidos por diversos grupos, a avaliação pode desempenhar um papel importante, na medida em que pode ser uma

ferramenta que garante visibilidade ao processo de gestão em saúde, e segundo Furtado & Campos (2008, p. 2672):

Se considerarmos que os processos avaliativos destinam-se a garantir transparência social, permitindo saber afinal o que se passa com aquilo que formulamos, a necessidade de plural participação do maior número de atores legitimamente implicados (na condição de promotores e beneficiários diretos ou indiretos) torna-se evidente. Além disso, há que se procurar minimizar eventuais prejuízos que tomadas de decisão advinda de processos avaliativos unilaterais possam trazer aos grupos de interesse ligados a um dado programa ou serviço.

Considerando a existência de várias formas de realização de avaliações em programas e serviços de saúde, há que se desvelar razões pelas quais define-se pela realização da avaliação participativa, principalmente através de pesquisas avaliativas, e segundo Furtado & Campos (2008), existiriam três motivos que levariam à opção pela avaliação participativa em detrimento de outras formas de avaliação, e que serviriam como fatores mobilizadores dos pesquisadores, que seriam pragmática, política e ideológica e epistemológica.

Ainda segundo Furtado & Campos (p. 2673), a motivação de ordem pragmática estaria relacionada à expectativa da real utilização do conhecimento gerado pela pesquisa para a solução dos problemas. Diferentes atores envolvidos com o processo de avaliação, como trabalhadores em saúde, usuários e gestores seriam engajados na expectativa de que aquilo que é tido considerado como problema seja realmente abordado e que ocorra a apropriação, por todos os envolvidos, dos resultados obtidos pela avaliação.

Em relação às demais razões para a utilização da avaliação participativa, os autores acima citados afirmam que a justificativa política e ideológica está baseada nos ideias de justiça social e democracia. O envolvimento dos grupos oprimidos e setores marginalizados em avaliações poderiam oportunizar que fossem ouvidos e que possibilitasse influenciar o curso de ações e serviços de saúde, aumentando sua autonomia coletiva, ou empoderamento.

A terceira e última razão, epistemológica, deriva da aceitação de que a realidade é sempre construída e que somente por meio da consideração de variadas perspectivas é que se poderia aproximar melhor daquilo que se convencionou chamar de “fatos”.

Atualmente há uma tendência em aumentar a produção na área da pesquisa avaliativa, sem que isso leve, automaticamente, a mudanças significativas nas práticas assistenciais que atendam diretamente ao interesse de trabalhadores em saúde e usuários, e assim refere que o conjunto contemporâneo tendente à massificação da pesquisa visando à eficiência dos programas faz jus a reservas por parte dos avaliadores. Criar opções à hegemonia do aspecto financeiro na análise de intervenções bem como minimizar eventuais efeitos perversos as

grupos implicados nas mesmas parece ser alguns dos benefícios da instauração de processos avaliativos participativos (FURTADO, 2001).

Ainda segundo Furtado (2001 p. 179):

... o controle do processo avaliativo por parte dos grupos de interesse em uma dada intervenção, a consideração da complexidade e diversidade do contexto, os dados e construções daí originados, a preocupação com a utilização das informações e do próprio processo avaliativo como dispositivos para o desenvolvimento dos programas e serviços deveriam se tornar diretrizes destinadas a contribuir para a ampliação do papel até agora restrito que o campo da avaliação tem desempenhado no SUS e para capacitação e desenvolvimento de todos os grupos implicados com o sistema público de saúde brasileiro.

3.4 Avaliação em Serviços e Programas e Serviços de Saúde

É importante que se destaque que a avaliação não deve ser considerada como um fim em si, mas como um meio de se alcançar aquele que é o objetivo maior do sistema de saúde, ou seja, melhorar as condições de saúde da população, tanto no sentido da preservação da saúde como no de assistência. Nesse sentido, segundo Pisco (2006, p. 566):

No contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Não se trata apenas de conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação. Diagnosticar é fundamental, mas é só o primeiro passo, o mais importante vem depois, com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando o seu aperfeiçoamento. Um dos principais problemas é que os maiores esforços vão habitualmente para a medição e não para a ação.

Na área da saúde a avaliação é instrumento fundamental no processo de qualificação da gestão em saúde, na medida em que permite aquilatar o impacto das ações e serviços de saúde sobre as condições de saúde da população, bem como a estrutura e os processos envolvidos nesse contexto.

Nas últimas décadas evidenciou-se um sensível crescimento nas teorias e práticas avaliativas em saúde, e entre as razões para isso pode-se citar o caráter complexo dos sistemas de saúde, a necessidade de determinar o impacto das intervenções sobre os problemas de saúde, e o rápido desenvolvimento e disseminação do uso de tecnologias médicas.

Ainda segundo o Pisco (2006, p. 566), referindo-se ao papel da avaliação como instrumento de qualificação da gestão em saúde:

A avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto

como uma ameaça, mas sim como um incentivo, para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. A finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não pode ser apenas de demonstrar os problemas nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria dos cuidados prestados.

Ainda dentro da mesma percepção sobre o papel da avaliação em saúde, Deslandes (1997, p. 104) afirma que “no campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita em controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade”.

Concordando a importância da avaliação como instrumento de qualificação da gestão em saúde Takeda e Talbot (2006, p. 569) afirmam que:

Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicações de condições de vôo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores do nível de combustível, óleo e temperatura da água.

Apesar da existência de uma grande concordância em torno do que representa a avaliação como possibilidade de ser um instrumento importante como subsidiário na tomada de decisões no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde, não há ainda a disseminação dessa prática na gestão do SUS.

Quando falamos de crescimento do interesse pela avaliação em nosso País, estamos nos referindo, sobretudo às universidades e ao terceiro setor. As três esferas de governo – federal, estadual e municipal – muito raramente e sob pressão de eventuais financiadores externos é que incluem processos avaliativos no orçamento de seus projetos sociais. É nas universidades que tem sido produzidos dissertações, teses e outros estudos sobre o tema, tendo os programas sociais em geral, e os diferentes níveis do SUS em particular como objeto (FURTADO, 2006, p. 723).

Apesar do fato das práticas avaliativas permanecerem, de maneira geral, distantes do cotidiano das diferentes ações, serviços e programas de saúde no âmbito do SUS, algumas ações do Ministério da Saúde parecem evidenciar um novo contexto, em que a avaliação em saúde adquire um novo status como ferramenta no processo de melhoria do desempenho nas diferentes dimensões Sistema.

A primeira delas foi a edição da Portaria Nº 1.654, de 19 DE julho de 2011, que “Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB” (Brasil, 2011).

A referida portaria apresenta o PMAQ-AB, que tem como objetivo:

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011).

Em seu Art. 5º a Portaria apresenta a Fase 2 do PMAQ-AB, que é denominada Desenvolvimento e deve ser implementada por meio de autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde.

O artigo 6º da Portaria apresenta a Fase 3 do PMAQ-AB, denominada Avaliação Externa que será composta por:

- I - certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e também pelo Ministério da Saúde a partir do monitoramento de indicadores
- II - avaliação não relacionada ao processo de certificação, cuja finalidade é apoiar a gestão local, que contemple:
 - a) avaliação da rede local de saúde pelas equipes da atenção básica;
 - b) avaliação da satisfação do usuário; e
 - c) estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, que regulamente a Lei 8080/90 representa uma ação do Governo Federal (e não apenas do Ministério da Saúde) que reconhece a importância da avaliação em saúde como instrumento de qualificação do SUS. Esse Decreto em seu Capítulo V, Seção II, artigo 33 refere-se ao Contrato Organizativo de Gestão Pública como um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde (BRASIL, 2011 b). O artigo 35 do mesmo decreto define que o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, o formato de controle e fiscalização da sua execução e demais dados necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011 b).

Por último, como passo importante que evidencia o significado da avaliação como ferramenta para melhorar os resultados do Sistema único de Saúde, o Ministério da Saúde lança mão do IDSUS (Índice de Desempenho do SUS) que é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso (potencial ou obtido)

e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. A partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos, o IDSUS avalia o SUS que atende aos residentes nos municípios, regiões de saúde, estados, regiões, bem como em todo país (BRASIL, 2011 c).

Embora tenha recebido críticas tanto de gestores quanto no meio acadêmico, a utilização do IDSUS significa mais uma evidência do reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, da importância da avaliação em saúde para a melhoria do Sistema.

As contradições e conflitos de interesses presentes na sociedade, como não poderia deixar de ser, estão presentes nas questões relativas ao campo da saúde, e uma avaliação essencialmente objetiva, baseada em indicadores de saúde não tem possibilidade de dar conta de todas as questões relativas ao processo saúde-doença, uma vez que este é produto do modo social de produção e das condições de vida da população daí decorrentes. Assim, Cohen & Franco (1997, p. 104) afirmam que:

As concepções mais atuais de avaliação incorporam ao conceito de serviço de saúde a questão dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado. Nesta perspectiva, o serviço é pensado como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas, cuja direção e agenda de prioridades são realizadas no campo dos embates políticos entre grupos de pressão politicamente competentes e de racionalidades distintas (técnica e política).

De outro lado, há uma subjetividade inerente ao campo da avaliação, a qual na pode ser considerada um ato essencialmente técnico, uma vez que é realizado por sujeitos inseridos num determinado contexto, que ao mesmo tempo em que ao constrói é por ele influenciado, e assim:

o paradigma positivista, até então hegemônico na área da pesquisa avaliativa – e da ciência de maneira geral – passa a ser questionado por vários pensadores que apontam a subjetividade inerente a qualquer avaliação. A pretensa objetividade passa a ser percebida como limitada pelos vários recortes produzidos pelo investigador. Decisões que dizem respeito a quais informações devem ser coletadas, escolha de amostra, seleção de critérios e princípios, métodos de tratamento estatístico passam a ser percebidos como envolvendo julgamentos (DESLANDES, 1997, p. 104).

3.5 Avaliação na atenção básica

Considerando a importância da Atenção básica no processo de organização do Sistema Único de Saúde e seu potencial de resolutividade, adquire grande importância à avaliação das ações desenvolvidas nesse nível de atenção à saúde.

Nesse sentido, para Felisberto (2004, p.2), no campo de Atenção Básica ainda busca-se clarear diretrizes de uma política de avaliação, que embora em franco processo de implantação, estabelece como desafio a superação de obstáculos operacionais e funcionais para sua execução. Ainda segundo o mesmo autor, alguns movimentos vêm ocorrendo com o objetivo de se pactuar os aspectos importantes da Atenção básica a serem monitorados e avaliados, a partir de um processo de mobilização de técnicos, gestores e pesquisadores.

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica e posteriormente o Pacto de Indicadores do Pacto pela Saúde tem sido instrumentos importantes como forma de alavancar um processo de avaliação dos sistemas municipais de saúde, propiciando a participação dos diferentes atores envolvidos na gestão municipal em saúde, muito embora em muitas situações a pactuação tenha sido um processo meramente formal e sem a inclusão de trabalhadores em saúde e gestores.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Na elaboração de um projeto de pesquisa é fundamental que se defina todos os passos que serão seguidos durante o processo de pesquisa. Devem-se evidenciar passos que vão desde a obtenção dos dados, os procedimentos analíticos seguidos para dar sistematização e rigor científico, que são fundamentais para que se chegue aos resultados esperados.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com o objetivo de evidenciar a percepção dos enfermeiros em relação a atividades de avaliação das ações desenvolvidas na sua área de atuação. Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, sendo incluídas neste grupo aquelas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população.

4.2 Cenário de estudo

O cenário de estudo foram as unidades básicas de saúde do município situado na região central do Rio Grande do Sul, com e sem Estratégia Saúde da Família (ESF), onde atuam os profissionais escolhidos aleatoriamente.

O referido município está situado na região central do estado do Rio Grande do Sul, tem aproximadamente 260.000 habitantes e conta, no nível de atenção básica com 32 unidades básicas de saúde, sendo que 14 unidades contam com Estratégia Saúde da Família (SANTA MARIA, 2012).

O município em questão, além de ser sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, que tem sob sua jurisdição 31 municípios e aproximadamente 500.000 habitantes, é referencia regional para vários serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar e também

referencia macrorregional (englobando para 41 municípios e aproximadamente 1.000.000 habitantes) para serviços de alta complexidade hospitalar e ambulatorial.

Foi realizado pelo Setor de Pessoal da Secretaria de Saúde do Município um levantamento com o nome dos enfermeiros atuantes na Secretaria, com nome, vínculo empregatício, data de contratação e local de atuação. Foi então realizada uma seleção daqueles que se enquadraram no critério de inclusão, tendo sido então realizado um sorteio em que participou servidor do Núcleo de Ensino e Pesquisa daquela Secretaria. Da lista fornecida pelo Setor de Pessoal foram destacados os nomes que se enquadraram no critério de inclusão, colocados em um recipiente e retirados dez nomes, tendo sido definido assim o nome dos enfermeiros que poderiam ser entrevistados.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos entrevistados foram enfermeiros das unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, pertencentes ao quadro de servidores efetivos e com mais de um ano de atuação básica e atuantes em unidades básicas de saúde com e sem ESF, definidos por sorteio, em que foram considerados aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os enfermeiros atuantes nas unidades básicas de saúde sorteadas, que são do quadro efetivo e com mais de um ano de atuação básica que concordaram em participar da pesquisa e foram excluídos os enfermeiros atuantes nas mesmas unidades de saúde que não concordarem em participar da pesquisa.

Após a definição, por sorteio, dos enfermeiros que foram incluídos no estudo, esses foram contatados pessoalmente para apresentação do referido estudo e para proposição da realização da entrevista, que foi realizada em local e horário combinados com a entrevistada.

4.5 Coleta de dados

Foram entrevistados enfermeiros até que houve saturação, que é a situação em que ocorre redundância de informações, ou seja, elas passam a se repetir, não trazendo nenhuma nova informação, quando então será suspensa a coleta das informações.

Segundo Fontanella et al (2008, p. 20):

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados.

Os dados necessários ao alcance dos objetivos da pesquisa foram coletados através de entrevista semi-estruturada.

A entrevista é o instrumento mais largamente utilizado em pesquisas qualitativas, e é entendida por Minayo (2007) como uma conversa a dois, realizada a partir de iniciativa do pesquisador/entrevistador, com a finalidade de fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo).

A entrevista permite ao pesquisador obter dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões e fornecem dados secundários e primários, informações mais profundas ao nível da realidade, a que os cientistas sociais costumam denominar subjetivos (MINAYO, 2007).

Ainda segundo a mesma autora a entrevista é uma fonte de informações que oferece dados primários e secundários Minayo (2007), referentes elementos subjetivos inerentes ao sujeito, como fatos, ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos.

4.6 Análise dos dados

As respostas das entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo, que é a mais usual das abordagens analítica de dados em investigação com dados qualitativos.

A análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência essa que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2007, p. 40).

A análise de conteúdo foi realizada a partir da categorização, que segundo Bardin (2007, p. 145) pode ser definida como: "uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos".

Optou-se por utilizar o método da análise de conteúdo para análise das entrevistas a serem realizadas com os enfermeiros que são a população da presente pesquisa, por que este permite alcançar maior celeridade e qualidade no processo de decodificação das entrevistas.

Neste sentido, após a realização das entrevistas, foi realizada a transcrição das mesmas. Uma vez realizada a transcrição das entrevistas procedeu-se à primeira fase da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2007), consiste na pré-análise. Esse momento, ainda segundo Bardin (2007) consiste na organização do trabalho, onde busca-se sistematizar as ideias iniciais, e na presente pesquisa consistiu na leitura flutuante, visando estabelecer contato inicial com as entrevistas, analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2006).

A seguir passou-se para a fase de exploração do material, em que o material coletado, no caso as entrevistas devidamente transcritas, foi analisado através de procedimentos aplicados manualmente.

O próximo passo foi aquele que, segundo Bardin (2007), denomina-se de codificação. Segundo Bardin (2007) a codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados em bruto de texto, transformação essa que, por recorte, agregação e enumeração permite atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão. A codificação, realizada principalmente através de uma leitura mais aprofundada e atenta do material levou à definição das categorias.

Ainda segundo a mesma autora (p. 145): “As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidade de registro no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”.

Em relação à classificação dos elementos em categorias, ainda segundo Bardin (2007) impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir seu agrupamento é a parte comum existente entre eles.

Esse processo levou à definição de quatro categorias, que são: o conceito de avaliação em saúde, a avaliação em saúde e a gestão, metodologias avaliativas, e avaliação participativa em saúde.

4.7 Considerações bioéticas

Tendo em vista tratar-se de pesquisa com o envolvimento direto de seres humanos, que estarão expondo percepções pessoais, será seguida a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, especialmente no que se refere ao consentimento livre e esclarecido, este termo foi preenchido pelos participantes do estudo. Da mesma forma, ainda de acordo com a Resolução nº 196/96, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado como o número CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0166.0.243.000-11.

Para cumprir com as disposições da referida resolução foi apresentado um termo de consentimento aos participantes da pesquisa, assegurando-lhes o anonimato, bem como respaldando a liberdade de não participarem da pesquisa.

Quanto aos riscos da participação dos sujeitos na pesquisa, entende-se que poderão existir, explicitados através de manifestações de algum desconforto emocional ao relembrar fatos ou ao responder algum dos questionamentos realizados por ocasião da entrevista, sendo que estarão evidenciados no TCLE assinado pelos participantes.

Tendo em vista a preservação da identidade dos sujeitos participantes da pesquisa, com vistas a manutenção do anonimato, foram utilizados códigos de identificação, do tipo sujeito codinomes. Como foram realizadas entrevistas, salienta-se que as gravações ficarão de posse da orientadora da pesquisa por um período de cinco anos, sendo depois destruídas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se a importância do tema “avaliação” como ferramenta com potencial de qualificar a atenção à saúde no âmbito do SUS, a presente investigação proporcionou conhecer a percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica em relação a esse assunto.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados, conforme acordo prévio de data e horário, tendo sido gravadas e posteriormente transcritas; duraram em média sete minutos, com exceção de uma delas que durou em torno de quinze minutos. A partir deste iniciou-se a análise de conteúdo, que tem as seguintes fases: organização da análise, codificação e categorização.

Desta forma, a partir da análise e discussão dos dados obtidos através das entrevistas com os profissionais acima identificados, neste capítulo são abordadas quatro categorias, que foram: o conceito de avaliação em saúde, a avaliação em saúde e a gestão, metodologias avaliativas, a avaliação participativa em saúde.

Iniciou-se a coleta e ao ser entrevistado o quarto enfermeiro já ocorreu saturação de dados, tendo sido realizada ainda mais uma entrevista a fim de saturação total dos dados, sendo que os profissionais caracterizam-se da seguinte maneira, conforme descrição a seguir.

Os sujeitos integrantes do corpus da pesquisa, cinco no total, caracterizaram-se por serem todos do sexo feminino, com idades que variaram entre 35 e 52 anos. O tempo de formação varia entre 12 e 30 anos, enquanto que o tempo de atuação especificamente na atenção básica varia de 12 a 24 anos. Todos os entrevistados possuem alguma formação de pós-graduação, sendo que uma delas já possui mestrado e três estão em fase de conclusão.

Como é possível observar por meio da caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, há uma significativa heterogeneidade das características relacionadas à idade, tempo de formação e tempo atuação na Atenção Básica.

A seguir serão apresentadas as categorias e suas discussões.

5.1 Avaliação em saúde

Em relação a esta categoria, evidencia-se pelas falas dos sujeitos da pesquisa, que não há entre eles uma clareza do que seja exatamente avaliação em saúde embora seja fiquem evidente que está relacionado ao alcance de resultados, como fica explicitado pelas falas dos entrevistados:

“... eu entendo avaliação em saúde que (...) acho que teria que ser, como vou dizer assim, teria que ser mais, agente também, teria que ser mais parte desse processo avaliativo por que eu acho que no momento que a gente está avaliando todo o contexto, como está sendo direcionado, os programas, as ações, no momento que tá avaliando, com certeza vai ter meios de ter mais de ver resultados, positivos ou negativos...”(E1)

“ Avaliação em saúde seria um conjunto de atividades, de atribuições do enfermeiro para que a gente junto, numa equipe multidisciplinar... consiga fazer.. um trabalho preventivo na comunidade.. a gente já avalia a saúde em termos de deficiência,...” (E2).

“...eu acho que é um conjunto assim.do que foi, do que acontece, ..do que está acontecendo,. os dados que tu está vendo, juntamente com o que tu consegue resolver, e com o que poderia ser. Entendeu? É o que tu vê, o que é e o que poderia ser” (E3)

“Esse tema é uma avaliação muito complexa, é bem abrangente, mas é de suma importância, por quê? Enquanto que nós não soubermos avaliar e fazer nossa avaliação própria enquanto profissional critica, do nosso trabalho e construir com o outro colega eticamente o trabalho, se a gente conseguir fazer avaliação e a parte ética junto, construir dentro da unidade de saúde, tu consegue evoluir a tua unidade, agora quando que tu não tiver essa avaliação, não tiver tempo pra tu fazer a avaliação, se aquele programa anda, se aquele paciente foi bem evoluído, se o profissional que tu está trabalhando ele tem um fluxo melhor dentro da tua unidade porque que ele tem e o que que ele não tem, se tu não consegui fazer isso tu não consegue também implantar tuas estratégias, tu ir adiante, então acho assim, que que eu entendo por avaliação de saúde: ela na realidade é uma avaliação, eu entendo, uma interdisciplinaridade tem que ter, que que é isso?”(E4).

Avaliação é uma expressão que comporta vários conceitos e que tem gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação de suas opções teóricas e técnicas (HARTZ & SILVA, 2005).

A inexistência de uma clareza conceitual a cerca da avaliação é algo que não deve causar estranhamento, uma vez que não há uma cultura avaliativa no sistema público de saúde brasileiro. Corroborando esse pensamento, Felisberto (2006, p. 557) afirma que:

a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se, ainda, por processos incipientes, pouco incorporados às práticas dos serviços de saúde, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo, burocrático. Não faz parte da cultura institucional,

aparecendo de forma pouco sistemática e sistematizada e nem sempre contribuindo com o processo decisório...

É visível, portanto, que há um longo caminho a ser percorrido no sentido da incorporação das práticas avaliativas ao cotidiano da gestão e dos serviços de saúde, sendo que alguns passos já foram dados, muito embora ainda bastante distantes do que se espera da avaliação como instrumento da gestão em saúde.

Entretanto, os avanços, na maior parte dos casos, constituíram-se em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos, orientada para as necessidades da gestão (FELISBERTO, 2006).

Ainda em relação à incorporação das práticas avaliativas ao cotidiano da gestão e dos serviços de saúde, Furtado (2006, p. 723) afirma que “quando falamos de crescimento do interesse pela avaliação em nosso País, estamos nos referindo, sobretudo às universidades e ao terceiro setor. As três esferas de governo [...] muito raramente e sob pressão de eventuais financiadores externos é que incluem processos avaliativos no orçamento de seus projetos sociais”.

Na mesma linha de pensamento, Smeke e Oliveira (2009, pg. 349) afirmam que:

Há consenso que se avalia pouco as práticas dos serviços: a restrição financeira priorizando a intervenção em si; a falta de parâmetros pré-definidos; os processos de trabalhos polarizados entre fazer e refletir; a tendência tradicional da avaliação exógena, por agentes externos; a magnitude e diversidade das demandas são justificativas compreensíveis para a não priorização, apesar do propalado reconhecimento de sua importância.

A ausência de uma definição relativa ao que seja avaliação em saúde e a percepção empírica de que ela está relacionada ao alcance de resultados pode estar ligada ao fato de que a avaliação é um ato presente, na formação profissional, situação em que está relacionada diretamente ao alcance de resultados. Quanto ao aspecto mais estrito da avaliação em saúde, esta encontra-se ausentes das práticas em saúde e na formação profissional dos enfermeiros.

5.2 Avaliação em saúde e a gestão

Outra categoria que emerge a partir da fala dos entrevistados refere-se à relação que se estabelece entre a avaliação e o processo de gestão em saúde. Isso fica evidenciado, inicialmente, a partir das seguintes colocações dos sujeitos da pesquisa:

“... que eu acho que seria bem mais fácil tratar, traçar estratégia, estratégia pra determinado local para realmente ver a saúde mesmo em todo seu contexto como tem que ser.” (E1).

“Eu acredito que, que possa contribuir positivamente, para os serviços de saúde, uma vez que aquilo que a gente não avalia a gente não tem condições de perceber que está realmente, favorecendo, os nossos usuários, favorecendo a equipe, favorecendo, a todos... de qualidade de assistência, de eficácia, por que se a gente faz, se por exemplo a gente faz ações na Unidade, se a gente trabalha com políticas de saúde e a gente não tem processo avaliativo sobre o que a gente está fazendo, a gente não tem como saber se aquilo está dando certo, se aquilo está servindo nossa comunidade e se, bom, pra que está servindo tudo isso, que avaliação a gente faz não é...”(E5).

A avaliação em saúde surge no Brasil tendo como foco exatamente a Atenção Básica, no contexto de empréstimo internacional tomado junto ao Banco Mundial, com vistas à expansão da Estratégia Saúde da Família. Até então, na vivência na gestão em âmbito municipal e estadual, jamais havíamos percebido este tema em discussão, tanto com foco específico da Atenção Básica e menos ainda no sistema de saúde como um todo.

Mesmo considerando o fato de que as ações de Atenção Básica são parte do elenco de ações oferecidas aos usuários do SUS, por seu poder de resolutividade e por seu caráter estratégico de fortalecimento do Sistema, é importante avaliação das ações desenvolvidas nesse nível de atenção de saúde, uma vez que dizem muito sobre a capacidade de manter usuários mais saudáveis, via, por exemplo, ações de promoção à saúde.

Nessa linha de pensamento, e considerando a sinonímia entre “Atenção Básica” e “Atenção Primária em Saúde”, conforme reconhecido pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 2488/2011(Brasil, 2011), Takeda (2006, p. 569) informa que:

Trata-se de avaliar a Atenção Primária, ou seja, esta porção que compõe o sistema de serviços de saúde, a porta de entrada para o sistema. O espaço onde são organizadas as respostas às necessidades de saúde das populações, seja resolvendo (cerca de 85% das situações) – de acordo com a frequência com que as situações ocorrem e não com o seu grau de complexidade –, ou seja referindo aos demais “níveis” de atenção. Ao avaliar a APS conhecemos as necessidades em saúde (prevenção ou tratamento de doenças, recuperação ou promoção da saúde), o que é básico para analisar o sistema e a situação de saúde da população (que envolve,

ainda, estudar os cuidados secundários, terciários, demais recursos da rede de serviços e demais determinantes da saúde).

Ainda segundo a mesma autora, avaliar a AOS significa:

avaliar, dentre os elementos que a constituem, aquelas características únicas, particulares da APS: em que medida o primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação estão sendo alcançados? Já se acumulam evidências da forte relação entre o cumprimento destes elementos-chave da APS e os melhores resultados em saúde em termos de efetividade dos cuidados, da satisfação da população e dos provedores dos serviços, da maior equidade em saúde mesmo em condições de desigualdade social, e menores custos (TAKEDA, 2006, p.569).

Tendo em vista que a Atenção Primária em Saúde está baseada em determinadas diretrizes, a avaliação em saúde pode colaborar no sentido de desvelar até que ponto essas estão sendo seguidas em diferentes serviços de saúde, e até que ponto a APS está logrando alcançar todo seu potencial, no sentido de garantir melhores condições de saúde para os usuários do SUS.

A análise das percepções emitidas pelas entrevistadas traz à tona também um elemento importante, que pode ser descrito como o papel da avaliação enquanto instrumento da gestão em saúde, que fica caracterizada nas falas a seguir:

“... ela (a avaliação) é imprescindível. Se tu não fizer avaliação de saúde que eu da minha estratégia eu acho que tem que ter reuniões... a cada 15 dias no mínimo dentro de uma unidade. Por quê? No momento que tu não.. tu fizer reunião ela tem um avanço, uma contribuição muito boa no setor, porque tu sabe o que está acontecendo em todos.. com o dentista, com o clínico, com o pediatra, então assim .. tu tem uma continuidade..” (E 4).

“... aquilo que a gente não avalia a gente não tem condições de perceber que está realmente, eh, favorecendo, ah, os nossos usuários, favorecendo a equipe, favorecendo, a todos [...] de qualidade de assistência, de eficácia, por que se a gente faz, se por exemplo a gente faz ações na Unidade, se a gente trabalha com políticas de saúde e a gente não tem processo avaliativo sobre o que a gente está fazendo, a gente não tem como saber se aquilo está dando certo, se aquilo está servindo nossa comunidade e se, bom, pra que está servindo tudo isso, que avaliação a gente faz não é, como forma, por exemplo...” (E 5).

A avaliação em saúde quer numa perspectiva mais abrangente de um sistema de saúde, quer na perspectiva mais limitada de uma ação, serviço ou programa de saúde, não é um fim em si mesmo, mas uma forma de conhecer os resultados alcançados, que por sua vez também não é um fim em si, mas tem o sentido de determinar se as ações desenvolvidas devem persistir da forma como estão sendo executadas ou devem sofrer alguma mudança.

Nesse sentido, Furtado (2006, p.717) mostra que a função da avaliação pode estar embutida em seu próprio conceito, quando afirma que “Segundo os estudiosos da área, avaliar é emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programas, serviços, etc) com critérios explícitos, utilizando-se dados e informações construídas ou já existentes, visando a tomada de decisão.”

É por meio da vivência na gestão do SUS que percebemos que, de maneira geral, as decisões têm sido tomadas sem base em critérios técnicos, relegando a um segundo plano os subsídios que poderiam ser fornecidos pela avaliação. Akerman e Luiz (2004, p. 43) afirmam que:

Uma boa avaliação fornece informações sobre o que o programa está fazendo, se os objetivos estão sendo alcançados e aponta para novas estratégias. Indica processos que estão adequados, quais não e porquê; se houve resultados inesperados e o que pode ser modificado a partir da implantação dos programa, inclusive apontando para a elaboração de novos programas.

Se partirmos do princípio de que o Sistema Único de Saúde é responsável pela execução das políticas sociais no âmbito da saúde, e que essa ocorre num contexto de limitação desses recursos, a avaliação torna-se ferramenta importante para a utilização dos recursos (físicos, financeiros e humanos) com a maior eficiência (que significa utilizar ao máximo os recursos e atributos de uma organização para chegar a um objetivo fim) e efetividade (relação entre esse processo de busca pelo objetivo e o resultado do mesmo) possíveis.

Nessa linha de pensamento, Tanaka e Melo (2000, p. 113) afirmam que:

A avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar no processo de decisão, visando torná-lo o mais racional e efetivo possível. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem o maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis.

Ratificando a importância da avaliação como instrumento balizador das decisões tomadas no âmbito do sistema de Saúde, Takeda (2006) afirma que “Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água”.

É difícil imaginar-se que um sistema, um serviço ou programa de saúde que abra mão do conhecimento dos resultados alcançados consiga atender de forma efetiva às necessidades dos usuários do SUS, que são em última análise, todos os cidadãos brasileiros.

A gestão em saúde tem papel preponderante para a incorporação de processos avaliativos na Atenção Básica em saúde. Na análise do posicionamento dos sujeitos da pesquisa evidenciou-se também a emergência desta temática, trazida pela fala dos mesmos:

“A nível de secretaria de saúde são reclamações.. então vamos supor que tem uma reclamação nossa aqui que caia lá na secretaria, o secretário nos chama e nos cobra uma resposta daquilo... mas a gente não senta junto. o usuário, funcionário, secretário, e discute isso. É feita de uma maneira imposta... punitiva... entendeu, não tem esse dialogo... não existe...”(E 3)

“Para contribuir pra o sistema de avaliação eu acho que tem que partir lá de cima, avaliando os serviços, mas assim avaliando os serviços não de forma informal e nem com aquela coisa do senso comum. Eu acho que tem que sentar com os profissionais e criar rodas de discussão de forma que se avalie o serviço. O que acontece é que a gente não senta, a gente não discute as coisas que veem. Elas chegam, mas não se sabe nem por que nem para que. Então a gente não consegue conversar e a gente consegue discutir realmente quando tem alguma pauta específica, mas aí é aquela pauta, aí tu não consegue expandir” (E 5).

As manifestações dos sujeitos da pesquisa refletem a situação vivenciada no Brasil em relação à avaliação em saúde, seja de ações e serviços de saúde, seja do Sistema como um todo, onde as práticas avaliativas encontram-se ausentes no cotidiano das equipes de bem como das equipes responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde, fato que tem como pano de fundo a ausência de políticas públicas na área de avaliação, bem como de planejamento de um modo geral.

Segundo Felisberto (2006, p. 5):

No Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporado às práticas, possuindo, quase sempre, uma caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório [...] A institucionalização da avaliação possui aqui um objetivo indissociado de consolidação do SUS através da qualificação das práticas, orientada pelos princípios da integralidade...

O próprio Ministério da Saúde reconhece a importância da avaliação em saúde, uma vez que, segundo Felisberto (2006, p. 2):

Nos últimos anos vem se delineando uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica a partir do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que busca superar seus

limites organizacionais propondo a institucionalização da avaliação no Sistema de Saúde. A institucionalização é vista como uma estratégia presente em diversas ações atividades, projetos e políticas com o objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos.

No entanto, para que haja, do ponto da vista da gestão, interesse em disparar dispositivos avaliativos é necessário que exista clareza sobre seu potencial como ferramenta capaz de qualificar o SUS, uma vez que:

A partir do gradual processo de implantação e descentralização intergovernamental do Sistema Único de Saúde são requeridas novas competências e responsabilidades para a gestão governamental. Uma delas é a competência de governos em organizarem e utilizarem sistemas de Monitoramento e Avaliação (M&A) de informações propícias para subsidiar processos decisórios, de planejamento, de prospecção logística, dentre outras possibilidades (MIRANDA et al 2012, p. 914).

Enquanto isso não ocorre, se perdem oportunidades de desencadear processos avaliativos a partir de informações que existem no cotidiano da atenção à saúde em razão da ausência da percepção do potencial da avaliação para qualificar a gestão do SUS.

A incorporação da 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. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços de saúde que não são utilizadas nem para análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas (SILVA, FORMIGLI, 1994, p. 88).

A implantação de práticas avaliativas no Sistema Único de Saúde, seja no Sistema como um todo ou com foco apenas na atenção básica, não tem como fator impeditivo a ausência de dados quantitativos, uma vez que esses existem disponíveis e com fácil acesso. Ou seja, pelos menos avaliações de viés normativo, com abordagem quantitativa poderiam ser realizadas sem uma maior dificuldade.

5.3 Metodologias avaliativas

Nessa categoria é possível perceber a existência de uma preocupação, por parte dos sujeitos da pesquisa com a realização de atividades avaliativas, mesmo que de forma informal e assistemática, conforme demonstrado nas falas abaixo.

“... de uma forma acho que muito informal, não é, eu acho que teria que ser uma coisa bem mais elaborada de uma forma informal agente faz, até eu, no caso eu e uma outra colega de classe estamos sempre tentando, de certa forma é uma avaliação informal, mas não tem sistemática assim, a principio na rede eles até tentam fazer, numa situação, uma avaliação das unidades básicas de uma forma geral, uma forma assim até para ver, para chegar até seus próprios índices mesmo tem que saber mais eu acho que inda falta muito”.(E 1).

“... eu acho que a gente poderia trabalhar mais com os dados que a gente coleta, por exemplo, a subnotificação, eu tenho muita subnotificação de muita coisa, e por exemplo a enfermeira; ela tem muita atividade burocrática e as vezes ela perde assim, a ponta da coisa. Por exemplo, vem um paciente aqui com alguma alteração que a gente está envolvida na parte burocrática, a gente acaba perdendo aquele caso que seria assim, um caso interessante de tu resolver, porque tu tem que fazer a parte burocrática, ou muitas coisas passa do consultório médico pra fora, não passa pela enfermagem. Então a gente não pega esses dados.. a gente não trabalha com esses dados, mas eu acho que poderia ajudar muito se a gente trabalhasse junto...uma equipe junta e unida” (E 3).

“São avaliações informais, são discussões informais, a gente não avalia. A gente discute problemas, a gente discute ações que podem ser desenvolvidas durante o ano. [...] A equipe e quando toda equipe se faz presente ou algum representante de categoria. Pelo menos um enfermeiro, pelo menos um técnico, pelo menos um agente de assistência, mas assim, a gente não consegue fechar a unidade para todos os integrantes da equipe e isso eu digo desde a recepção até a parte do, do recepcionista, enfermagem, medicina, seja quem, for não consegue fechar a unidade para discutir essas questões” (E 5).

No que se refere à avaliação, Moreira, (2002) classifica-a em dois tipos: a) Avaliação informal, em que o julgamento é realizado a partir de percepções subjetivas,. Ela ocorre quando é feita uma escolha entre várias opções sem que haja uma evidência formal sobre o mérito das mesmas. b) Avaliação formal, em que critérios explícitos são utilizados para definir critérios explícitos e obter informações exatas sobre alternativas, permitindo determinar o real valor destas alternativas.

Avaliações informais, que não sejam realizadas a partir de critérios definidos podem apresentar resultados de alguma utilidade, mas de alcance limitado. Um maior grau de certeza será alcançado através de uma avaliação formal, realizada através de critérios explícitos e de processos sistemáticos.

Essa percepção não se traduz, em termos práticos, na concretização de avaliações baseadas no paradigma positivista, uma vez que esse apresenta um recorte limitado da realidade.

Amparada em racionalidade cartesiana pouco ambivalente, a avaliação calcada no positivismo contrasta quantidades e qualidades, qualifica desempenhos, acompanha metas e resultados, compara situações, estabelece padrões, classifica. [...] Tal tipo de avaliação é limitada por que fundada em causalidades recorrentes, em crenças de universalidades discriminatórias, em padrões e parâmetros que desconsideram a dinâmica e processualidade histórica (PIRES, 2005, p. 576).

A partir desse ponto de vista, pode-se identificar a avaliação em saúde baseado no paradigma positivista como identificada com a pesquisa normativa, que é aquela que busca apenas avaliar desempenho e “envolve a comparação entre as informações obtidas com critérios e normas estabelecidos. Abarca a apreciação dos recursos (estrutura), dos serviços ou bens produzidos (processo) e dos resultados obtidos” (AKERMAN & LUIZ, 2004, p. 45).

É importante ressaltar, no entanto, que as práticas avaliativas ocorrem no contexto de um sistema de saúde cujos resultados alcançados não têm relação apenas com as ações desenvolvidas, mas sofrem influência de uma série de fatores que vão além das possibilidades de atuação dos serviços de saúde e que muitas vezes ficam de lado no próprio processo de avaliação. Em razão disso:

É possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores poderia medir com precisão a efetividade de determinado programa ou serviço (DESLANDES, 1997, p.104).

Nessa linha de pensamento a mesma autora afirma que:

O paradigma positivista, outrora hegemônico nesse campo, passa ser questionado por diversos pensadores, que apontam a subjetividade inerente a qualquer avaliação. A pretensa objetividade passa a ser percebida como limitada pelos vários recortes produzidos pelo investigador (1997, p. 104).

Dessa forma, no processo avaliativo não se pode deixar de levar em conta também a subjetividade inerente a todos os sujeitos envolvidos na avaliação que também muitas vezes apresentam interesses divergentes, que interferem no modo de executar ações avaliativas.

Ainda de acordo com Deslandes (1997, p. 104):

O estudo das representações sociais em saúde e da antropologia médica vieram mostrar que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam. Assim, o sucesso ou não de determinado serviço ou programa estaria também ligado à correspondência a determinados valores, ideologias, posições de classe, status, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes.

Ao se avaliar o impacto das ações e serviços de saúde de um sistema de saúde há que se reconhecer que este está inserido num determinado contexto político e sócio-histórico, num determinado modo de produção, que influencia sua forma de organização, com relações de poder e interesses conflitantes. Um processo avaliativo não pode desconsiderar essa situação,

devendo levar em consideração, na definição da metodologia utilizada, todos os aspectos apresentados.

Ao invés de normas calcificadas na presunção de que é possível separar as estruturas dos processos e resultados que lhe fundam, [...] urge a necessidade de refundar os modos de aplicar a avaliação na totalidade dos processos dinâmicos, parciais e provisórios que conformam a realidade sócio-históricas. Na área da saúde em especial, solidamente calcada no paradigma biomédico positivista, há que se apostar muito mais na intrínseca politicidade dos métodos avaliativos, capaz de despertar críticas, desconstruções e reconstruções pelos sujeitos envolvidos, que na cristalização de dogmas pouco ambivalentes, inibidor de subversões e inovações. (PIRES, 2005, p. 576).

A utilização avaliações formais, com o uso de metodologias avaliativas baseadas em critérios sistemáticos e parâmetros ditos científicos não garantem, por si só, a prática de processos avaliativos que traduzam a realidade vivenciada pelos diferentes atores envolvidos com o SUS. É necessário que estas consigam refletir não apenas resultados, mas uma situação vivida e vivenciada por estes atores.

Uma vez entendida a avaliação participativa como instrumento de empoderamento dos trabalhadores e usuários do SUS numa sociedade de contradições de classes e de conflito de interesses entre essas, é necessário que se aprofunde a visão do que seja a avaliação participativa em saúde e de seus atributos.

5.4 Avaliação participativa em saúde

Também devem ser ressaltadas as manifestações dos sujeitos da pesquisa a cerca da participação dos diferentes atores envolvidos com a questão saúde no processo avaliativo, fato ilustrado pelas citações abaixo:

“... porque daí são os dois lados da coisa, porque para mim toda historia tem 3 lados: o meu, o teu e o verdadeiro. Então ai sim tu vai ver o lado do usuário, como o usuário se sente, quais são as limitações que o usuário sente na pele. Aí ele vai ver o teu lado de funcionário, ver quais são as tuas limitações, e juntos os dois vão traçar um objetivo, um plano de, um planejamento de ações para sanar essas limitações dos dois lados. Aí era o ideal, perfeito. [...]: Em partes, sabe quando acontece? Quando tem uma abertura da coordenação ou da equipe, por exemplo se um usuário vem aqui na unidade e ele sai insatisfeito agente vai atrás para saber por que ele saiu insatisfeito. Então eu acho assim, e quantas vezes a gente para para ouvir o usuário, ele nos da ideia, boas viu, ideias boas. Eles nos dão ideias boas assim de como a gente pode fazer pra agilizar.. Às vezes até numa marcação de consulta, coisinhas básicas e simples.. a gente pega a ideia do usuário e coloca em

ação dá super certo”. (E 2).

“... é fundamental trabalhador de saúde e usuário participar de processo avaliativo, por quê? Quem é que trabalha na saúde? Os trabalhadores. Eles estão envolvidos com essas ações. Para quem? Para os usuários. Então, se não envolver os usuários e os trabalhadores de saúde a gente não vai ter um bom processo avaliativo. Se depender só de gestão ou só de um ou de outro lado não vai funcionar, por que na verdade assim às vezes a gente trabalha com algumas ações que a gente sabe que o trabalhador ele não vai se dedicar ao extremo e eu não sei se eu estou errada em dizer até em questão de perfil de profissional”. (E 5).

Os discursos demonstram a percepção, por parte dos sujeitos da pesquisa, de que o envolvimento de trabalhadores em saúde e usuários é importante no processo de avaliação em saúde, uma vez que aqueles que executam as ações de saúde, (trabalhadores de saúde) e aqueles que recebem a atenção à saúde e são a razão de ser das ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS (usuários) tem condições de reconhecer as necessidades dos usuários e a capacidade do serviço de atendê-las.

Nesse sentido, Esperidião & Trad (2006, p. 304) afirmam que, além dos objetivos buscados na adesão dos diferentes grupos de interesse ao processo de avaliação em saúde, no caso específico dos usuários, ganhos secundários podem ser obtidos, afirmando que:

Com efeito, a incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço. Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem ser identificados como resultantes do engajamento do usuário como responsável pela avaliação.

No entanto, a participação dos diferentes atores envolvidos com o SUS no processo de avaliação, vai além da mera questão do atendimento das necessidades de saúde, e deve ser aprofundada numa perspectiva de reconhecimento de que o Sistema de Saúde está inserido em uma sociedade em que existem conflitos de interesse que, inevitavelmente, interferem sobre sua concepção e suas práticas.

A avaliação participativa em saúde pode ser vista sob dois pontos de vista: participação tomada no sentido da tomada de decisões ou participação num âmbito mais estrito, no sentido de “colaboração”.

No primeiro caso, a participação e engajamento dos interessados seria estimulada até o ponto de partilharem as decisões e controle do projeto. No segundo, os interessados são no máximo valorizados como informantes, porém as decisões e o controle permanecem na esfera do corpo técnico (BURSZTYN & RIBEIRO, 2005, p. 405).

Novamente lançamos mão do referencial teórico disponibilizado pelo marxismo e reconhecemos que na sociedade capitalista existem duas classes contraditórias e em constante conflito de interesses (burguesia e proletariado), conflito esse que de uma forma ou de outra permeia toda forma de organização social e, como não poderia deixar de ser, também na gestão das políticas públicas, onde se incluem as políticas de saúde.

Assim, na medida em que o conflito de interesses está presente no SUS, a participação dos trabalhadores de saúde e usuários em práticas avaliativas pode ser uma forma de assegurar a defesa de seus interesses na gestão do Sistema, não apenas de forma “colaborativa” mas como sujeitos no processo tomada de decisões.

Definindo como de caráter estruturais os conflitos sociais, caracterizada pela presença contraditória de oprimidos e opressores Freire (1985, p. 16) salienta que:

Aí está a grande tarefa humanista e histórica dos oprimidos – libertar a si e aos opressores. Estes que oprimem e exploram e violentam em razão de seu poder, não podem ter, roeste poder, a força de libertação dos oprimidos nem de si mesmos. Só o poder que nasça da debilidade dos oprimidos será suficientemente forte para libertar a ambos.

Partindo do pressuposto da existência, na sociedade brasileira, de opressores e oprimidos, com interesses antagônicos, inclusive no que diz respeito às questões ligadas ao sistema de saúde e transportando essa concepção para a avaliação no SUS, essa passa ser vista como uma ferramenta de defesa dos interesses dos trabalhadores e usuários do Sistema e de empoderamento (empowerment).

Segundo Becker et al, (2004, p. 657):

... empowerment significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva dos indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. [...] Um dos aspectos fundamentais do empowerment diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-lo e favorecer sua compreensão como fenômeno histórico, cultural e político.

Ainda em relação ao empoderamento, Setti et al (2010, pg. 951) afirmam que:

Empowerment tem relação com o poder. Poder para tomar decisões, para realizar ações individuais e coletivas. Implica em autoestima, motivação, consciência e compromisso social. [...] Dessa forma busca mudança nas relações de dominação que envolvem, voluntaria ou involuntariamente, opressores e oprimidos para construir relações e ordens mais justas e equitativas.

A avaliação participativa em saúde pode ser então, um instrumento de empoderamento de trabalhadores de saúde e usuários, no sentido que estes podem adquirir uma maior capacidade de discutir questões relativas não apenas aos resultados das ações em serviços de saúde (onde se inclui a Atenção Básica), mas do Sistema como um todo.

Partindo do pressuposto de que há, no âmbito da sociedade capitalista, conflitos de interesses, é natural que haja disputa de poder entre os segmentos em situação de conflito de interesses, e a participação é importante nesse contexto, na medida em que:

... pressupõe disputa com o poder que está presente em todas as relações humanas. Trata-se de reduzir a repressão, passar de objeto de manipulação para sujeito de seu próprio destino. Participação não é ausência, superação, eliminação do poder, mas outra forma de poder, e, assim sendo, tem como objetivos: promover a equidade social, cultural, econômica e ambiental; consolidar a cidadania como pré-requisito para uma ação transformadora; instaurar o Estado de direito; institucionalizar o controle do poder para que o Estado sirva à sociedade (SETTI et al, 2010, p. 951).

Se no âmbito mais geral das relações sociais participar significa a luta para a existência de um Estado controlado pela sociedade, com o poder exercido em nome dos interesses de da maioria da população, uma vez levada essa condição ao campo mais específico das políticas de saúde, pode-se afirmar que a avaliação em saúde pode ser ferramenta importante na busca de um sistema de saúde que sirva aos interesses e necessidades da população.

No contexto de uma sociedade que busca um aprofundamento da democracia, pode-se afirmar que a participação já não se trata de algo novo ou desconhecido, pelo menos como possibilidade, mas, em termos concretos, como algo a ser construído e alcançado.

Segundo Furtado (2011) a temática da participação não mais se compõe como algo inusitado ou desconhecido, ao menos no campo da avaliação: há razoável consenso em torno da importância da mesma e dificilmente alguém se coloca objetivamente desfavorável. Assemelhar-se a que a ideia da participação incorporada ao “politicamente correto” sendo possível encontra-la recomendada nos textos de avaliação, por mais diferentes que sejam seus autores e suas respectivas filiações teóricas e éticas.

Mas o que caracteriza uma avaliação como participativa, o que se entende por avaliação participativa? Segundo Furtado (2011) em relação a uma definição de avaliação participativa são muitas as definições e nenhuma pode ser considerada definitiva. No entanto, sua característica central é a entrada, no processo avaliativo, de outros atores sociais além dos avaliadores, como gerentes dos serviços, gestores, profissionais da ponta, usuários, familiares e grupos pouco ou mal atendidos pelo programa ou serviço, dentre outros. Trata-se de uma

participação que vai muito além do fornecimento de informações, podendo envolver diferentes atores em algumas ou todas as etapas da avaliação (como a definição das questões, coleta, análise dos dados, julgamento e formulação de recomendações).

Uma característica importante para que a avaliação seja considerada como participativa em sua essência é que:

O envolvimento dos participantes deve ser constante e ativo e o avaliador deve cumprir um papel de facilitador e parceiro e não exatamente de coordenador. Espera-se também que o processo propicie a assimilação, pelos participantes, de habilidades para compreenderem e utilizarem melhor os resultados, bem como se envolver ou conduzir novas avaliações. (FURTADO, 2011, p. 5).

Uma vez reconhecido que as políticas de saúde são concebidas e executadas de acordo com as relações sociais de produção prevalentes no âmbito da sociedade, é lógico imaginar que o modelo assistencial hegemônico no sistema de saúde seja influenciado por estas, e por sua vez influenciem também as práticas avaliativas executadas nesse sistema.

Segundo afirmam Costa et al (2008, p. 719):

O importante neste processo de avaliação em saúde é cada vez mais a necessidade de inserir a comunidade no processo avaliativo, integrando com outros atores sociais na busca de melhorias e transformações das práticas de saúde locais. É claro que existem vários desafios para o surgimento de uma avaliação mais participativa na área da saúde, justamente porque existe o discurso imperativo e que dá ênfase e promove a relação curativa e assistencial, que estima como menores as ações preventivas e suprime, na consideração diagnóstica os fatores que podem suprimir do estatuto socioeconômico ou subjetivo, singular do usuário atendido.

A partir dessa perspectiva e do reconhecimento do modelo assistencial como reflexo dos interesses hegemônicos no espaço das políticas de saúde é possível afirmar sobre a possibilidade de avaliação participativa em saúde ser um instrumento de questionamento das práticas de saúde atualmente hegemônicas. Esta busca práticas que sejam baseadas nos interesses coletivos dos usuários do Sistema de Saúde, e esse fato reforça a importância das práticas avaliativas no SUS.

Segundo Becker et al (2004, p. 665):

Se consideramos que empowerment significa o poder e a autonomia de indivíduos e grupos sociais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social, podemos afirmar que a participação da comunidade na formulação e avaliação dos programas é central para que esses possam se tornar processos deflagradores do desenvolvimento e da transformação social.

Assim, mais do que apenas um instrumento formal de gestão, a avaliação participativa em saúde pode vir a ser uma ferramenta importante no aprofundamento da democracia, na medida em que permite questionar não apenas a concepção do sistema de saúde, mas também aos interesses que serve, ou seja, se está a serviço de seus usuários ou acima deste.

Na medida em que atualmente a participação dos diferentes atores envolvidos na questão saúde está garantida por dispositivo constitucional e legal, é pertinente considerar o tema “participação como um direito”, que emerge na fala abaixo:

“Por que eu acho que eles não entendem a importância que tem, e assim, ao direito que eles têm de participarem. A gente notou que assim que a gente colocou a urna de votação, parece que eles ficavam com aquela, [...] primeiro começou acho que era uma urna me parece que assustava o voto. Em segundo lugar parece que teve uma conotação assim de responsabilidade tamanha de colocar ali é e assim, ele não se sentia liberdade de falar? A gente até na hora de explicar os por que estava votando, se era ficha ou agendamento ou por que assim, é muitos deixaram em branco e para nós era importante saber por que, na verdade era o principal e eles não respondiam. Então eu acho assim que o usuário ele não conhece nem o direito e às vezes também eu não posso deixar de falar que não conhecem os deveres”. (E 5).

A manifestação acima evidencia que, mesmo se considerado que a participação dos diferentes grupos de interesse no processo avaliativo no âmbito do SUS é reconhecida como importante como fator de empoderamento e de construção de autonomia individual e coletiva, essa não ocorre como processo natural, em que basta convidar os grupos de interesse e estes se farão presentes.

A sociedade brasileira é tributária de uma história caracterizada pelo alijamento da população da discussão das grandes (e até das menores) questões nacionais, e o advento do SUS, que tem como princípio constitucional a participação da comunidade, apresenta uma possibilidade de mudança nesta situação, e nesse sentido a avaliação participativa em saúde é mais uma porta aberta nessa direção.

No entanto, mudanças dessa ordem não ocorrem com facilidade. Segundo Furtado (2011, p. 3):

... outra ideia, também muito veiculada, ainda que tacitamente, deverá ser superada por gerar uma segunda ingenuidade: a de que pessoas grupos ou atores sociais estejam ávidos em participarem, bastante para isso serem convocados por avaliadores bem intencionados. Ao contrário, o chamado a participar não é visto com bons olhos ou ouvido com bons ouvidos, no início. [...] Mas estamos falando de uma participação ampliada e, nesse caso, convocar atores ainda não interessados no processo ou que nem têm ciência do mesmo, motivando-os, é uma das primeiras tarefas requeridas.

A sensibilização dos diferentes atores para sua inclusão no processo de avaliação participativa em saúde adquire ainda maior importância na medida em que essa pode vir a legitimar interesses que não pertencem àqueles que são, em última análise, a razão do ser do SUS - os usuários do Sistema, que são potencialmente todos os cidadãos brasileiros.

... cabe ponderar que a avaliação tem servido de instrumento legitimador de poderes na sociedade moderna, ajudando a manter hegemonias e maiorias nem sempre justas em diferentes cenários e contextos, sendo associada muito mais a punições e repreensões, que a libertação ou transformação. (PIRES, 2005, p. 574).

A avaliação participativa em será legitimadora de interesses alheios os usuários do SUS ou emancipadora, em que os usuários sejam verdadeiramente sujeitos do processo de construção do Sistema, na dependência da forma como os diferentes atores posicionarem-se no contexto do processo avaliativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente pesquisa teve por inspiração o reconhecimento pessoal da importância da avaliação em saúde como instrumento que pode gerar conhecimentos com potencialidades de contribuir para uma maior eficiência e efetividade das ações e serviços de saúde, principalmente na atenção básica, bem como da relevância da participação de gestores, trabalhadores de saúde e usuários nesse processo. Além disso, partiu-se do ponto de vista, tendo como base nossa vivência profissional, de que o enfermeiro é profissional estratégico na concretização da avaliação em saúde como uma prática presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Partindo desse pressuposto, buscou-se conhecer a percepção desses profissionais, trabalhadores em unidades da rede de atenção básica sobre a avaliação nesse nível de atenção à saúde, considerando aspectos específicos referente ao viés da avaliação participativa, que significa a inclusão, nesse processo, não apenas de avaliadores externos, mas de gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

A partir das manifestações dos sujeitos da pesquisa algumas questões relevantes emergiram e merecem destaque.

Inicialmente é possível concordar com os autores que defendem que as práticas avaliativas em saúde no Brasil são incipientes e pouco utilizadas na gestão do Sistema de Saúde, e confirmar o que mostra nossa vivência na condição de trabalhador em saúde que tem como atribuição realizar assessoria técnica aos municípios.

Nessa vivência é possível perceber a ausência, via de regra, de práticas avaliativas em saúde e de planejamento na gestão em saúde. Ações e serviços de saúde são executados ao sabor do improviso, atendendo à demanda que emerge no dia-a-dia. Como não há conhecimento das necessidades de saúde da população, nem conhecimento do resultado das ações efetivamente executadas, há tão somente uma reprodução cotidiana de atividades executadas sem que se saiba o que resultará disso.

É importante considerar também que na formação dos profissionais de enfermagem não se encontra uma referência ao tema avaliação em saúde. Analisando-se os conteúdos curriculares constantes nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Enfermagem, não há nenhuma referência a esse tema e, por conseguinte, é um assunto não abordado na formação de profissionais enfermeiros.

As manifestações dos sujeitos da pesquisa vão exatamente nessa direção, mostrando que em sua prática na atenção básica não existem ações formais e sistemáticas de avaliação em saúde e nenhum tipo de tentativa, por parte do gestor, de implementá-las, apesar de reconhecerem que existem dados que poderiam subsidiar ações de avaliações em saúde, e apesar também, da existência de uma série de instrumentos legais que ressaltam a importância da avaliação em saúde. Em algumas manifestações dos sujeitos da pesquisa é relatada a existência de uma avaliação em saúde feita de forma informal e assistemática, ou seja, com limitações na utilização de resultados.

Também é importante ressaltar que, apesar de não haver clareza em relação à definição do que seja “avaliação em saúde”, os sujeitos da pesquisa consideram que esta pode ser uma ferramenta importante na busca de uma maior efetividade das ações que desenvolvem. Ou seja, embora não se consiga traduzir em palavras uma definição do que seja, é possível reconhecer sua importância. Esse fato evidencia que a implantação deste tipo de atividade na atenção básica poderia encontrar nos profissionais enfermeiros parceiros para a implantação dessas práticas.

Apesar do tema “avaliação em saúde” estar em evidência no sistema público de saúde do Brasil desde a assinatura do financiamento com o Banco Mundial referente ao Programa de Expansão do Programa de Saúde da Família (PROESF), e do destaque recebido em legislação posterior, onde se inclui a Portaria GM/MS 399/2006 que institui o Pacto pela Saúde, em termos práticos poucos avanços ocorreram nessa área, não tendo sido observado uma maior preocupação com a adoção de práticas avaliativas na atenção básica.

Embora a existência de uma legislação, consubstanciada através dispositivo constitucional, de lei, decreto e diversas portarias, que abre caminhos para a participação da sociedade na gestão do SUS, onde se inclui a avaliação, essa torna-se inócua, na medida em que não houver por parte da gestão em saúde, nas três esferas de governo, de ações que realmente mostrem interesse e vontade política de tornar a avaliação uma ação rotineira nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica, que é o que está sendo considerado aqui.

Por outro lado, observa-se, por parte de outros atores envolvidos com o SUS, como trabalhadores de saúde e usuários, que isto também não tem acontecido. Apesar de haver uma legislação que garanta a participação desses segmentos na gestão do SUS, através de conselhos e conferências de saúde, esses espaços não têm sido utilizados para discussão deste tema, com vistas a sua implantação.

Não havendo atores sociais envolvidos mais diretamente com o tema, não é de se esperar que em curto prazo haja mudanças no sentido de incorporar práticas avaliativas ao

processo de trabalho das equipes da atenção básica. Na falta atores comprometidos com sua implantação as práticas avaliativas tendem a continuar fora das práticas de saúde, e o Sistema continuará implantando e implementando ações e serviços de saúde dos quais não conhecerá a eficiência e a efetividade.

Se a avaliação em saúde, mesmo numa perspectiva mais restrita, tem encontrado dificuldades em tornar-se uma prática comum nas equipes de saúde e na gestão como um todo, mais ainda ocorre com práticas avaliativas que contem com a participação de usuários. Por encontrarem-se mais próximos da gestão em saúde, inclusive por que executores das ações de saúde, os trabalhadores de saúde são mais facilmente chamados e mais facilmente adentram ao palco das ações avaliativas.

Já os usuários, que historicamente têm estado distantes das decisões relativas ao Sistema Único de Saúde apesar das possibilidades existentes, bem como de maneira geral tem estado distante das grandes discussões nacionais, tem permanecido mais distante ainda de levar adiante discussões sobre o assunto visando sua implantação.

Dessa forma, esta pesquisa tem a pretensão de levantar discussão sobre o assunto, principalmente entre os profissionais enfermeiros, uma vez que foi possível concluir, a partir da percepção que identificada por meio da manifestação dos sujeitos da pesquisa que é importante à realização de práticas avaliativas na Atenção Básica.

A percepção manifestada pelos enfermeiros adquire especial importância na medida em que esse grupo profissional é estratégico para o efetivo funcionamento da Atenção Básica, em função principalmente do fato de que apresenta, via de regra, elevado grau de comprometimento e identificação das ações desenvolvidas neste nível de atenção à saúde.

Não foi observado, no entanto, que esta seja uma prática executada atualmente e não foi notado, também, plano dos gestores no sentido de sua execução, embora haja situações que demonstram a existência de avaliações sem uma metodologia definida e realizada de forma assistemática, por meio dos dados produzidos cotidianamente nas próprias unidades básicas.

Existem instrumentos como, por exemplo, o Pacto de Indicadores do Pacto pela Saúde que poderiam ser utilizados como uma ferramenta importante para a realização de práticas avaliativas na Atenção Básica, uma vez que contém vários indicadores referentes às ações de nível de atenção à saúde, e de outros níveis de atenção que sofrem impacto direto das ações da Atenção Básica.

Dessa forma, entende-se que é relevante que se busque conhecer a percepção dos gestores em relação à realização de práticas avaliativas com viés participativo nas ações de

Atenção Básica, em função do papel que poderiam representar como incentivadores na adoção de práticas avaliativas, não apenas na Atenção Básica, mas no Sistema de Saúde como um todo. Espera-se com este estudo contribuir no planejamento e implementação de práticas avaliativas participativas em saúde, bem como na consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M, LUIZ OC. **Avaliação da atenção primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos.** In: Brasil. CONASS. Acompanhamento e avaliação da atenção primária. Vol. 1. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2004. p. 42-74.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa. Editora 70. 281 p.

BATISTA, T.W.F. **O Direito à Saúde no Brasil: Sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele in Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio** (Org.). Texto de apoio em políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BECKER, D.; EDMUNDO, K., NUNES, N.R., BONATTO, D., SOUZA, R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (3):655-667, 2004.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M.; As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais. *Rev. Esc . Enf. USP*, v.30, n.3, p. 380 -398, dez. 1996.

BODSTEIN, R. **Atenção Básica na Agenda de Saúde in** *Ciência & Saúde Coletiva*, V.7, n. 3, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informes Técnico-Institucionais. In: **Rev. Bras. Saúde Materno.** In BRASIL. PORTARIA 399/06 GM/MS infantil. Recife, V 4, n. 4, p. 449-459, out./dez., 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1654-%5B4856-150911-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em 22/07/2012.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL** 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm. Acesso em 15/10/2010.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL** 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm. Acesso em: 24/02/2011(b)

BRASIL. **Decreto nº 7.508** de 26 de Junho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf acesso em 15/10/2010.

BRASIL. **Índice de Desempenho do SUS**. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080. Acesso em 22/07/2012.

BRASIL. Portaria N. 2.203, de 5 de Novembro de 1996. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em 20/01/2011.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J.M. Avaliação Participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):404-416, março-abril, 2005.

COEHN, E., FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. PETRÓPOLIS, Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

COSTA, G.D. Avaliação em Saúde: Reflexões Inscritas no Paradigma Sanitário Contemporâneo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4]: 705-726, 2008.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com a campo da avaliação em serviços de saúde In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 13 n. 1, p.103-107, jan/mar, 1997.

FELISBERTO, E. Da Teoria à Formulação de Uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: Reabrindo o Debate In **Ciência e Saúde Coletiva** vol. 11 nº 3. Rio de Janeiro. Set. 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: Novos Horizontes. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, V 4, n 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FONTANELLA, B. J; RICAS, J & TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FREIRE, P. **A Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro. Paz e Terra; 1970.

FURTADO, J. P. Um método construtivista de avaliação em saúde. In **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J.P. Avaliação de Programas e Serviços In: Campos, G. W. et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, Ed. Fiocruz, 2007.

FURTADO, J.P. **Avaliação e Participação**. Disponível em http://www.fcm.unicamp.br/cursos/indicadorecaps/textos/Furtado_avaliacao%20e%20participacao.pdf. Acesso em 15/07/2012.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 24, n. 11, p. 2671-2680, nov. 2008.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo. Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: Limites e Possibilidades para uma Abordagem Integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009.

HARTZ, Z.M.A. SILVA, L.M.V. (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Prefácio de Jairnilson Silva Paim. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, 275 p.

HARTZ, Z.M.A. VIEIRA DA SILVA, LM. Organizadoras. **Avaliação em Saúde; Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador/Rio de Janeiro. EDUFBA, 2005.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, June 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MIRANDA, A.S. CARVALHO, A.L.B. CAVALCANTE, C.G.C.S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4): 913-20, 2012.

MOREIRA, T.M.A., **Estudo de Caso da Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase**. (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 184 p.

PAULUS JR. A; Luiz CORDONI, JR. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

PIRES, M.R.G. Politicidade do Cuidado e Avaliação em Saúde: Instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, 5 (Suplemento 1): 571-581, dez., 2005.

PISCO, L.A. A Avaliação como Instrumento de Mudança. In **Ciência e Saúde Coletiva** v. 11, n. 3. Rio de Janeiro jul/set 2006.

PONTES, C.F.; REIS, J.R.F.; FONSECA, C.M.O. **Saúde Pública e Medicina Previdenciária: Complementares Excludentes?** Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_4.pdf. Acesso em 02/08/2012.

SANTA MARIA, disponível em <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>. Acesso em 05/08/2012.

SETTI, A.F.F.; BÓGUS, C.M. **Participação Comunitária em um Programa de Intervenção em Área de Proteção Ambiental. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n 4, p. 946-960. 2010.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva**. São Paulo. Editora HUCITEC, 1998.

SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

SKALINSK, L. M.; PRAXEDES, W. L. **A Abordagem Marxista Aplicada aos Métodos de Investigação em Saúde**. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/2185/1364>. Acesso em 24/02/2011.

Site: 11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Access on 20 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0104- 11692004000300001.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma Responsabilidade In **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, número 003, jul.-set. 2006. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, PP 569-571.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Uma Proposta de Abordagem Interdisciplinar para Avaliação em Saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. vol. 4, no.7 ago. 2000, p. 113.

TRIVIÑOS, A.N.S., **Introdução à Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo. Atlas, 1987, 175 p.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, Ed. Fiocruz, 2007.

ZUNIGA, E.B. **La Evaluación em la Acción Social**. Autonomias e Solidariedades.

Disponível em:

http://www.comunitaria.cl/sites/default/files/La_evaluaci34n_accion_social2_0.pdf. Acesso em 02/08/2012.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro para entrevista semi-estruturada

Entrevista nº _____

Data: ____/____/____.

Sexo: _____

Ano de Nascimento: _____

Ano da formatura: _____

Possui curso de pós-graduação? _____

Em caso positivo, qual? _____

Tempo de serviço na Enf.? _____

Tempo de serviço na AB? _____

Tipo de unidade básica em que atua: _____

- 1) O que entende por “avaliação em saúde”?
- 2) Em sua opinião, a avaliação em saúde pode contribuir para melhorar os serviços de saúde na AB? Em caso positivo, de que forma isso pode ocorrer?
- 3) O que você pensa sobre a inclusão de trabalhadores de saúde e usuários no processo de avaliação em saúde? Isso acontece atualmente? Em caso positivo, de que forma ocorre?
- 4) Você participa de alguma forma de avaliação participativa no seu serviço?
- 5) Quais são os fatores que você considera como facilitadores e dificultadores na implementação da avaliação em saúde na AB?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ acredito ter sido informado (a) detalhadamente, através do que para mim foi dito a respeito da pesquisa intitulada **“Avaliação Participativa em Saúde: Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Município da Região Centro do Rio Grande do Sul”**, de Sérgio Arthur Fernandes da Silva.

Fui plenamente esclarecido (a) de que, ao responder as questões que compõem esta pesquisa, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo “Compreender a percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica no município de Santa Maria quanto ao papel da avaliação participativa como instrumento de qualificação da gestão e subsidiário na tomada de decisões nesse nível de atenção à saúde.

Uma vez que me sinto esclarecido, concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, sabendo que será preservada a minha identificação assim como as identificações de todas as pessoas referidas por mim. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, inclusive, sem nenhum motivo, bastando, para isso, informar a minha decisão de desistência, da maneira mais conveniente.

Fui esclarecido (a) ainda de que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração, como também não contribuirei financeiramente para o desenvolvimento da pesquisa. Minha participação na pesquisa poderá apresentar riscos leves que poderão ser manifestados através de algum desconforto emocional ao relembrar fatos ou ao responder algum questionamento por ocasião da entrevista. Terei benefícios com o estudo, na medida em que o resultado da pesquisa poderá, contribuir para melhorar os serviços prestados na Atenção Básica e com isso minha satisfação pessoal. Minha identificação pessoal será preservada durante todas as etapas da investigação, sendo que autorizo a divulgação e publicação dos dados, informações e opiniões, por mim declaradas, enquanto instrumentos da análise e

ferramentas do desenvolvimento da argumentação desse estudo. Somente eu posso solicitar esclarecimentos sobre esta entrevista, durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais, com enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria. As entrevistas serão realizadas pelo pesquisador, mestrando Sérgio Arthur Fernandes da Silva, sob a supervisão e a orientação da Profa. Dra. Suzinara Beatriz de Lima, membro docente da Universidade Federal de Santa Maria.

Os pesquisadores se comprometem a seguir, rigorosamente, as normas que constam da Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

As entrevistas serão gravadas e as informações sobre a identidade dos participantes serão de cunho sigiloso. As entrevistas serão arquivadas pelo pesquisador durante cinco anos após a publicação da pesquisa. Caso tenha novas dúvidas sobre este estudo, posso telefonar para o pesquisador, enviar e-mail, ou, ainda, procurá-lo no endereço abaixo, bem como contatar com a orientadora. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinei-o em duas vias, ficando de posse de uma delas.

Santa Maria ____de____de 2011.

Participante do estudo

Pesquisadora e Orientadora: Profa.. Dra. Suzinara Beatriz de Lima

Pesquisador: Enfº Sérgio Arthur Fernandes da Silva

COREN/RS: 25176

Email: Sergio-silva@saude.rs.gov.br

Rua Ernesto Pereira nº 696 – Bairro Camobi -
Santa Maria. Fone: 055- 91125547.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da UFSM: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar- sala 702.Cidade Universitária. Bairro Camobi – CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS. Tel: (0xx55) 3220-9362

Apêndice C – Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UFSM CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “Participação Avaliativa em Saúde: Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Santa Maria”.

Pesquisadora responsável: Profa.. Dra. Suzinara Beatriz de Lima

Pesquisadora mestranda: Enf^o. Sérgio Arthur Fernandes da Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato: (55) 91125547

Local da coleta dos dados: Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria ou outros locais indicados pelos sujeitos da pesquisa.

Os pesquisadores deste projeto assumem o compromisso de preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados através de observação e entrevistas, as quais serão gravadas em áudio. Concordam, igualmente, que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução deste projeto de pesquisa. As informações, ao serem divulgadas, manterão o anonimato, como também responsável professora Suzinara Beatriz de Lima. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 09/08/2011, com o número do CAAE 0166.0.243.000-11.

Santa Maria, de de 2011.

Profa. Dra Suzinara Beatriz de Lima

Enf^o. Md^o. Sérgio Arthur Fernandes da Silva

ANEXOS

Anexo A – Carta de aprovação

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Avaliação Participativa em Saúde: Percepção de Enfermeiros da Atenção Básica

Número do processo: 23081.010/2011-00

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0166.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Abril/ 2012- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 09/08/2011

Santa Maria, 15 de Agosto de 2011



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

Anexo B – Autorização



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da saúde
Núcleo de Educação Permanente
 e-mail nepessm@yahoo.com.br – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa “**Avaliação participativa em saúde : Percepção de Enfermeiros da Atenção Básica**”, de autoria de **Sérgio Arthur Fernandes da Silva** vinculado ao curso de Enfermagem - Mestrado/UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP - da referida Instituição.

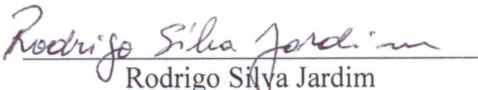
A pesquisa de mestrado tem por objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica no município de Santa Maria quanto ao papel da avaliação participativa como instrumento de qualificação da gestão e subsidiário na tomada de decisões nesse nível de atenção à saúde. Quanto aos sujeitos da pesquisa serão enfermeiros das UBS , com e sem ESF, definidos por sorteio. Serão entrevistados enfermeiros até que haja saturação , que é a situação em que ocorre redundância de informações , quando então será suspensa a coleta das informações.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Vale destacar que a Secretaria de Município de Saúde (SMS) não dispõe de carimbo de cada profissional que nela atua, sendo que nos documentos é colocado somente o carimbo da SMS. No entanto, a veracidade desse documento pode ser obtida junto ao profissional que o assina no endereço e/ou telefone que consta no timbre dessa folha.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 3 de outubro de 2012.


 Rodrigo Silva Jardim
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
 Secretaria de Município da Saúde
 Núcleo De Educação Permanente da Saúde
 Portaria Nº 0040/2007/SMS