



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

SUZIANA MARTINS DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO ESTADO
DO CEARÁ: EXPLORANDO CONCEPÇÕES NO NÍVEL
CENTRAL**

FORTALEZA
2006

SUZIANA MARTINS DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO ESTADO
DO CEARÁ: EXPLORANDO CONCEPÇÕES NO NÍVEL
CENTRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora:

Maria Lúcia Magalhães Bosi

FORTALEZA
2006

V331a Vasconcelos, Suziana Martins de
Avaliação da atenção básica em saúde no Estado do Ceará: explorando concepções no nível central / Suziana Martins de Vasconcelos. -- 2006.

97 f. : il.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, 2006.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

1. Avaliação. 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 3. Avaliação de Serviços de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD: 613

SUZIANA MARTINS DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO ESTADO
DO CEARÁ: EXPLORANDO CONCEPÇÕES NO NÍVEL
CENTRAL**

Mestrado em Saúde Pública
Universidade Federal do Ceará

Aprovada em: 27/10/2006

Banca Examinadora:

Maria Lúcia Magalhães Bosi
Doutora

Ricardo José Soares Pontes
Doutor

Mauro Serapioni
Doutor

À memória da minha querida irmã Suiane Martins de Vasconcelos, que tanto me incentivou a empreender essa luta com bravura, por meio de seus questionamentos frequentes a respeito do meu processo de formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, da saúde, da coragem, da fé e da esperança, essenciais para me encorajar nos momentos difíceis e obscuros desse caminho percorrido, que proporcionaram amadurecimento profissional e pessoal;

Impressiono-me com a limitação das palavras para expressar minha gratidão a todos envolvidos nesta construção e por termos, juntos, tornado possível o sonho de concretizar o presente trabalho;

À Nossa Senhora e a São José, pela intercessão constante e por me ensinar a sorrir e a amar em todas as circunstâncias;

Ao meu primeiro orientador e atual co-orientador, querido professor Ricardo José Soares Pontes, pelo carinho e a alegria que marcaram sua maneira singular de incentivar a empreender o desconhecido;

À minha primeira co-orientadora e atual orientadora, querida professora Maria Lúcia Bosi, pela sua amizade, pelo acompanhamento intelectual e por toda parceria construída nesse tempo;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudo, que me deu a possibilidade de concretizar tão almejado sonho;

Ao professor Mauro Serapioni, pelo sólido embasamento teórico proporcionado, pela disponibilidade e pelas imprescindíveis contribuições para a construção desse percurso;

Aos professores e colegas do Núcleo de Estudos em Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde do Departamento de Saúde Comunitária, pelas calorosas discussões intelectuais e pelo incentivo;

Aos meus pais Francineth e Sebastião, pela minha vida, pela confiança, apoio dispensados a mim em diferentes etapas desse processo;

Ao Luiz Augusto, por compartilhar das horas de inquietações e alegrias, pelo caloroso incentivo em prosseguir arduamente, pela arte do amor caridade, que “é paciente, é bondoso, tudo suporta, dá-se de si mesmo, não retém e vai além”.

Aos meus irmãos, Suzana, Júnior e Sandra, pelo incentivo e compreensão nos momentos de minha ausência;

À minha avó, por compartilhar das minhas dores, pelo seu companheirismo e afetuoso acolhimento;

À Dominik e Zenaide, pela alegria, gentileza, presteza e incansável disponibilidade de servir e encaminhar todos os processos referentes às atividades do programa;

Aos membros do Núcleo de Organização da Atenção Primária em Saúde da SESA-Ce, que aceitaram compartilhar sobre suas experiências e percepções;

Aos professores do Departamento de Saúde Comunitária, entre os quais destaco o professor Francisco Ursino, pelo seu apoio na construção do conhecimento, e por suas palavras de incentivo;

Aos servidores do Departamento de Saúde Comunitária, pela oportunidade de convivência e interação;

Aos meus irmãos da Comunidade Católica *Shalom*, pelas orações, pela amizade e pela compreensão nos momentos de silêncio, em especial, Aline, Célio, Fátima, Leilane e Meire;

Ao meu tio Ivan Pontes, pelo carinho, incentivo e por compartilhar das alegrias e tribulações, com firmeza e determinação;

A todos os integrantes da família Lafayette Santos, pela preocupação e pelo carinho manifestado de tantas formas;

Às minhas amigas do Mestrado, Adriana Brasil, pelos momentos árdios e pelas alegrias compartilhadas, Miriam Perpétua, pela presença amiga e pelas palavras de sabedoria, Valéria Freire, pela alegria que lhe é própria e pela oportunidade de crescimento pessoal;

À nutricionista Kátia Uchimura, pelo exemplo de destemor e coragem na luta pela socialização do conhecimento;

A todos aqueles que de diferentes formas contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

Reconhece-se, por meio da observação empírica, que o Modelo de Atenção Básica, operacionalizado pela Estratégia Saúde da Família, ainda não funciona em sua plenitude, uma vez que não se dispõe de mecanismos sistematizados e validados, para seu monitoramento e avaliação. Assim, estruturado em três componentes: o Projeto de Expansão do Saúde da Família (PROESF), do Ministério da Saúde, o qual surgiu com o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento, objetivando em seu terceiro componente: “Monitoramento e Avaliação” a institucionalização da avaliação na atenção básica, por meio do fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação das secretarias estaduais de saúde. Este estudo deriva-se de uma experiência concreta na operacionalização do objetivo, tendo como objetivo compreender as experiências e percepções de técnicos e gestores da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) em relação às práticas de avaliação e monitoramento desenvolvidas no nível local. A metodologia inscreve-se na abordagem qualitativa e a população estudada abrange o grupo responsável pela atenção básica (NUORG), informantes-chave para a compreensão das concepções sobre avaliação da atenção básica em saúde. Utilizamos a técnica de grupo focal para a apreensão dos dados empíricos. A partir da leitura e releitura das narrativas, emergiram três temas centrais: natureza e finalidades da avaliação; a experiência com avaliação; e o espaço da qualidade na avaliação, que constituem o eixo central da nossa análise. Estes temas, por sua vez, desdobram-se em dimensões, que explicitam a estreita interface das categorias empíricas nas narrativas dos informantes. Dentre os principais achados evidencia-se que a concepção de avaliação formulada pelos informantes não condiz com a prática de serviço do grupo, o processo de avaliação não é levado a cabo e as experiências e práticas avaliativas de saúde se dão sempre em resposta a uma demanda verticalizada. Em acréscimo, os resultados obtidos não contribuem para uma reformulação efetiva de propostas e intervenções concretas no serviço. Também os envolvidos no serviço não participam do processo de discussão das avaliações de programas e serviços de saúde, o que faz com que o conceito de avaliação seja pouco compreendido pelos informantes, tornando-o desgastado no processo de operacionalização das atividades nos serviços. Além disso, o desgaste também acontece devido a interrupções no processo avaliativo e fraco envolvimento dos atores do serviço de saúde. O termo qualidade é utilizado, simplesmente, na dimensão objetiva, consoante o modelo avaliativo tradicional. Nas experiências avaliativas, prevalece o enfoque normativo, com abordagem quantitativista, revelando-se uma distância em relação ao enfoque qualitativo-participativo.

Palavras-chave: Avaliação. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

It is recognized, by means of the empirical comment, that the Model of Basic Attention, operacionalizado for the Strategy Health of the Family, still does not function in its fullness, a time that is not made use of systemize and validated mechanisms, for its monitoring and evaluation. Thus, structuralized in three components: the Project of Expansion of the Health of Família (PROESF), of the Health Department, which appeared with the objective to extend the attendance covering, objectifying in its third component: "Monitoring and Evaluation" the institutionalization of the evaluation in the basic attention, by means of the fortifying of the actions of monitoring and evaluation of the state secretariats of health. This study drift of a concrete experience in the operacionalization of the objective, having as objective to understand the experiences and perceptions of technician and managers of the Secretariat of the Health of the State of Ceará (SESA-CE) in relation to practical of developed evaluation and the monitoring in the local level. The methodology is enrolled in the qualitative boarding and the studied population encloses the responsible group for the basic attention (NUORG), key-informers for the understanding of the conceptions about the evaluation of the basic attention in health. We use the technique of focal group for the apprehension of the empirical data. From the reading and rereading of the narratives, three subjects had emerged central offices: nature and purposes of the evaluation; the experience with evaluation; and the space of the quality in the evaluation, that constitutes the central axle of our analysis. These subjects, in turn, are unfolded in dimensions, that clarify the narrow interface of the empirical categories in the narratives of the informers. Amongst the main findings it is proven that the conception of evaluation formulated for the informers not they are in agreement with the practical one of service of the group, the evaluation process is not taken the handle and the experiences and evaluation practice of health if they always give in reply to a verticalized demand. In addition, the gotten results do not contribute for a reformularization accomplish of proposals and concrete interventions in the service. Also the involved ones in the service do not participate of the process of quarrel of the evaluations of programs and services of health, what it makes with that the evaluation concept little is understood by the informers, becoming consumed it in the process of operacionalization of the activities in the services. Moreover, the consuming also happens due the interruptions in the avaliative process and weak involvement of the actors of the health service. The term quality is used, simply, in the objective dimension, consonant the traditional avaliative model. In the avaliative experiences, the normative approach prevails, with quantitativist boarding, showing a distance in relation to the qualitative-participative approach.

Keywords: Evaluation. Program Evaluation. Health Services Evaluation. Primary Health Care. Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONTEXTO DO ESTUDO	20
2.1 Da Atenção Básica em Saúde à Estratégia Saúde da Família	24
2.2 Atenção Básica no Ceará e Avaliação Qualitativa	24
3 ELEMENTOS TEÓRICOS	26
3.1 Avaliação em Saúde: O Estado da Arte	26
3.1.1 Histórico da avaliação e modelos de avaliação	26
3.1.2 Conceito de avaliação	28
3.1.3 Abordagem qualitativa participativa na avaliação em saúde	32
3.1.4 Avaliação como ferramenta para gestão da atenção básica em saúde ...	35
3.1.4.1 Contexto da avaliação dos serviços de saúde	35
4 OBJETIVOS	40
4.1 Objetivo Geral	40
4.2 Objetivos Específicos	40
5 METODOLOGIA	41
5.1 Descrição do Espaço da Pesquisa	45
5.2 Critérios de Amostragem e Escolha do Grupo da Pesquisa	50
5.3 Construção das Informações	52
5.4 A Organização e Análise dos Dados	59
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO	61
6.1 Natureza e Finalidades da Avaliação	64
6.1.1 O Lugar da avaliação em um projeto	64
6.1.2 Mudança de comportamento	69
6.1.3 Objetivos e finalidade	70
6.2 A Experiência com Avaliação	72
6.2.1 Avaliação no NUORG e na SESA	73
6.2.2 Modelos de avaliação	74
6.2.3 Acerca dos enfoques e abordagens e complexidade da avaliação em serviços	76
6.2.4 Avaliação quantitativa e utilização do sistema de informação	77
6.3 O Espaço da Qualidade na Avaliação	83

6.3.1	Concepção de qualidade	86
6.3.2	Avaliação da qualidade <i>versus</i> avaliação qualitativa	86
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE	99
	ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

Este estudo de natureza exploratória visa investigar as experiências e percepções de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) em relação às práticas de avaliação e de monitoramento desenvolvidas em nível local. O estudo integra um projeto mais amplo, levado a cabo pelo centro colaborador, sediado no Departamento de Saúde Comunitária (DSC) da Universidade Federal do Ceará (UFC) sob a responsabilidade de pesquisadores do Mestrado em Saúde Pública. A equipe responsável foi convidada e selecionada para assessorar a SESA, conforme descrito adiante.

Esta dissertação deriva-se, portanto, de uma experiência concreta na operacionalização do Projeto: “Plano Estadual Para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado do Ceará”, uma iniciativa do Ministério da Saúde, para todos os estados do Brasil, que tem como objetivo principal o desenvolvimento do componente III, do Projeto de Expansão do Saúde da Família (Proesf) que corresponde às etapas de monitoramento e avaliação. Uma estratégia do projeto foi a contratação de entidades de ensino e de pesquisa, denominadas “Centros Colaboradores”, para “assessorar no fortalecimento da capacidade técnica e operacional do corpo de servidores e profissionais” (BRASIL, 2004c, p. 14) para a implementação das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica das secretarias estaduais de saúde.

A minha aproximação com a temática avaliação e monitoramento deu-se através da inserção no “Núcleo de Estudos em Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde” da Universidade Federal do Ceará e que desenvolve, dentre outras ações, o projeto do centro colaborador, a que já fizemos referência, assessorando a SESA na construção do seu “plano de avaliação e monitoramento da atenção básica”.

Cabe assinalar que, ao iniciar o mestrado, meu objeto de estudo era a Segurança Alimentar e Nutricional focada na mais atual política do governo na área - Programa Fome Zero. Esse tema faz parte de toda minha trajetória estudantil e tendo continuidade na prática profissional, ainda estudante de Nutrição, estagiei em uma Organização Não Governamental (ONG), como voluntária, assessorando comunidades da periferia de Fortaleza, na avaliação nutricional de crianças carentes mantidas em creches comunitárias do governo do Estado do Ceará. Como profissional, continuei militando nessa área e a cada experiência de aproximação com a realidade das famílias

da periferia de Fortaleza, desprovidas de direitos básicos para a sua sobrevivência, eu era impulsionada a engajar-me na luta contra a fome e a favor da segurança alimentar e nutricional que dizem respeito, justamente, ao direito de todas as pessoas em alimentar-se com quantidade e qualidade, sem comprometer os outros direitos básicos, como: saúde, educação, moradia e lazer.

Na realidade, eu estava inserida em um universo que me tomava por inteiro, o que justificava o meu engajamento no movimento social. Como profissional, dessa mesma instituição, presenciei cenas em que as famílias nada tinham para comer ou para beber e para as quais a alimentação das crianças dependia exclusivamente da creche comunitária. Todavia, as creches não tinham estrutura necessária para atender à demanda da população da periferia de Fortaleza.

Nascia dentro de mim um profundo desejo de intervir nessa realidade. Foi quando comecei a participar de conselhos consultivos e deliberativos nos diversos níveis, para denunciar tal realidade e propor medidas efetivas de combate à insegurança alimentar e nutricional.

Considero este um espaço de atuação profissional muito particular, porque, paralelo ao movimento de participação, existem as ações programáticas que necessitam ser executadas no interior da instituição. Diante dessa sobrecarga de trabalho operacional e do pouco espaço de reflexão a respeito das ações desenvolvidas, por questões de tempo, prazos e recursos, percebi a necessidade de retornar à universidade em busca de refletir e fundamentar a minha prática profissional e analisar a dimensão das ações operacionalizadas ante meu contexto de vida.

Após várias tentativas de ingressar em cursos de especialização nas áreas de saúde pública e de políticas de alimentação e nutrição, encontrei uma especialização na Universidade Federal do Ceará, no Departamento de Saúde Comunitária, na área de Epidemiologia. De início, não percebia relação direta com minha atuação profissional. Mas, aos poucos, fui encontrando nesse espaço a discussão de uma temática ampla, visto que a epidemiologia se configurava como um instrumento que desvelava alguns planos da realidade da população com que eu trabalhava, por meio da pesquisa e da compreensão do processo saúde-doença, revelando-se como uma contribuição da ciência para a teorização das minhas experiências. Tive, então, a possibilidade de comparar a minha prática com a teoria e o confronto dessas duas dimensões, me permitia refletir sobre o impacto das ações operacionalizadas no campo da Saúde

Pública. Além disso, a dinâmica do curso permitia minha participação, de modo que fosse possível conciliar trabalho e estudo.

Partindo para um outro nível de aperfeiçoamento, que seria o mestrado, no mesmo Departamento da Universidade Federal do Ceará, deparei com a realidade de que a coordenação geral dessa mesma instituição a que já me referi, na qual trabalhei durante oito anos, me solicitou que optasse entre o curso de pós-graduação e o trabalho, com a justificativa da impossibilidade de conciliar as duas coisas naquele contexto. Apesar do impacto que essa situação trouxe, decidi-me por estudar e assumir corajosamente todas as conseqüências da decisão, na minha vida pessoal, implicando, inclusive, em mudanças no padrão de vida.

Nesse contexto, estive muito próxima às atividades do centro colaborador, onde representou uma oportunidade de crescimento profissional e grande aprendizado ao estar diante dos desafios próprios em face da nova realidade na universidade. A proximidade com a temática: “avaliação e monitoramento”, me levaram a fazer um entrelaçamento desta com a proposta inicial do meu objeto de estudo, que era o Programa Fome Zero. Percebi que a avaliação, quando compreendida e realmente executada como parte dos programas e projetos sociais, é um instrumento capaz de evidenciar a realidade, é uma atividade da pesquisa social, e por ela é possível, inclusive, emitir um juízo de valor e fazê-la parte do contexto de decisão na gestão de programas e serviços. Portanto, o tema estudado está intrinsecamente relacionado com a minha trajetória profissional, não configurando um distanciamento que pode ser imaginado a primeira vista.

No que refere ao espaço em que se desenvolveu a pesquisa, o estado do Ceará apresentou ao Brasil uma estratégia de intervenção na atenção básica em saúde, confrontando com o modelo de assistência tradicional em que a atenção era centrada no indivíduo e na doença, fato este que se verifica a partir da reestruturação do Modelo Assistencial implantado no Estado e com a implementação da Estratégia Saúde da Família, no ano de 1994. Todavia, se reconhece, por meio da observação empírica, que esse modelo de atenção ainda não funciona em sua plenitude, uma vez que não se dispõe de mecanismos sistematizados e validados, eficazes¹, eficientes² e efetivos³,

¹ “Capazes de produzir o efeito desejado.” (VUORI, 1991, p. 19). Segundo Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 62) “a eficácia e a efetividade refere-se ao grau em que foram alcançadas as metas e objetivos propostos mediante a realização de atividades e tarefas programadas. Para avaliar a efetividade ou eficácia, é necessário estabelecer uma comparação entre a quantidade e qualidade das atividades programadas e o tempo estimado para a conquista de determinadas metas e objetivos, o que foi feito de fato”.

² Relação entre o impacto real e os custos de produção. (VUORI, 1991, p. 19). Segundo Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 63) a eficiência é sinônimo de rendimento – “trata-se de estabelecer os esforços ou insumos empregados e os resultados obtidos. Em outras palavras, consiste em determinar o índice de produtividade ou rentabilidade do programa”.

para monitoramento e avaliação, ao longo desses anos. (BRASIL, 2003; UNIVERSIDADE..., 2004).

Neste contexto, em consonância com a política do Ministério da Saúde, definida na Portaria nº 588, de 7 de Abril de 2004, evidenciou-se a necessidade de se estruturar uma Política de Monitoramento e de Avaliação do funcionamento das Ações de Atenção Básica no Estado do Ceará, vinculada ao processo de planejamento e desempenho intersetorial da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), considerando a existência de inadequações no financiamento em saúde com atenção secundária e terciária, que remete à necessidade de melhorar a qualidade dos serviços da atenção básica. A referida iniciativa tem como objetivo maior fortalecer o papel da gestão da SESA, das Células Regionais e dos Municípios (CERES), bem como da participação da sociedade, de suas representações e do cidadão. (UNIVERSIDADE..., 2004).

Para realizar Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, a SESA-CE tem por base, atualmente, o Pacto da Atenção Primária (BRASIL, 2003, 2004a), elaborado pelos gestores municipais, e a alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde, aí incluído o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por meio da alimentação dos seus bancos de dados. No início, este processo estava sob a responsabilidade das Células Regionais, em conjunto com o Núcleo de Organização de Serviços da Atenção Primária (NUORG). A partir de 2004, o nível central da Secretaria Estadual de Saúde assumiu o acompanhamento e monitoramento dos indicadores regionais, ficando os indicadores municipais sob responsabilidade da célula regional de saúde. Acredita-se que esse modelo participativo promove um enriquecimento nas discussões sobre os indicadores da atenção básica, possibilitando um melhor olhar sobre a situação de saúde e um planejamento mais efetivo das ações de atenção à saúde.

O processo de avaliação, no período que compreendeu 2000 a 2003, ocorreu por meio de um monitoramento mensal dos indicadores municipais, com o repasse das informações às células regionais, tendo sido realizadas três avaliações durante o ano. O nível central da SESA-CE realizava uma avaliação anual com a presença dos gerentes regionais e com as representações dos municípios considerados importantes para os eventos (municípios de grande porte, sede de pólo, municípios de gestão plena e municípios que estavam com dificuldades no alcance das metas pactuadas).

³ Relação do impacto real de um serviço com seu impacto potencial numa situação ideal. (VUORI, 1991, p. 19).

Para o desenvolvimento das atividades de Monitoramento e Avaliação foi elaborado um plano de ação a partir das discussões com a participação de gestores municipais, parceiros do Sistema Único de Saúde (SUS), representados pelas entidades prestadoras de serviços complementares e realizando oficina de escuta aos usuários do SUS.

Os produtos das oficinas culminaram na identificação de focos estratégicos e, a partir daí, desenvolveu-se um processo de elaboração de ações e atividades, bem como a definição de indicadores e metas para o monitoramento e avaliação desse plano de ação, guardando coerência com o Plano de Saúde e Plano Plurianual, elaborado no exercício financeiro de 2003 e que prevê os recursos orçamentários necessários à viabilidade das ações direcionadas para promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde para o período 2004 – 2007.

O Plano Plurianual estabelece como metas (BRASIL, 2004c):

- Participação dos usuários do SUS no processo de Monitoramento e Avaliação;
- Utilização do espaço microrregional na efetivação de Monitoramento e Avaliação;
- Diálogo permanente com as instâncias de gestão estruturadas em nível microrregional;
- Parceria com a gestão municipal para fortalecimento das estruturas municipais dos diversos níveis de atenção e a prática de Monitoramento e Avaliação;
- Fortalecimento da ação de Monitoramento e Avaliação no processo de organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e que forneçam subsídios à tomada de decisões dos gestores.

Sendo assim, tais metas revelam a subjetividade intrínseca aos processos avaliativos de programas e serviços de saúde e que estudos baseados na tradição qualitativa evidenciariam esse plano. No cotidiano dos modelos de atenção, muitos aspectos escapam à avaliação tradicional, já que estas não permitem que muitas questões relevantes para o sistema possam ser reveladas. Também se justifica pela relevância do tema que, no contexto da saúde pública e da atenção básica tem como seu novo modelo de assistência: Estratégia Saúde da Família. Entretanto, diante da dimensão atual dessa estratégia de intervenção, impõe-se a aplicação de ferramentas que possam retroalimentar o processo de gestão do serviço, na dinâmica Planejamento x

Decisão x Implementação dos programas de saúde. Tal ferramenta é a Avaliação, em particular, o enfoque qualitativo. Diante do contexto em que estamos inseridos, e no qual somos sujeitos ativos, a avaliação é um instrumento que nos permite decidir a partir da análise da realidade, buscando transformá-la.

Esta dissertação estrutura-se em capítulos distintos. Neste primeiro capítulo introdutório, apresentamos as dimensões percorridas no decorrer de todo o estudo.

O capítulo seguinte abriga uma discussão sobre a definição da atenção primária, apontando seus aspectos centrais e um diálogo com outro termo semelhante que lhe é próximo, a atenção básica, até chegar à sua operacionalização via Estratégia Saúde da Família, também como parte desse capítulo, relacionamos a atenção básica no Estado do Ceará com a avaliação de natureza qualitativa, assinalando a necessidade da incorporação dessa abordagem nas práticas avaliativas, visto as características específicas da Estratégia Saúde da Família.

Os elementos que configuraram o marco teórico da investigação serão desenvolvidos por todo o capítulo três, que adentra especificamente na avaliação, dialogando com distintos autores, a partir de subtemas: aspectos conceituais; modelos de avaliação e suas gerações, com as respectivas características; a abordagem qualitativo-participativa e, por fim, a relação da avaliação com a gestão da atenção básica. Nesse espaço, procuramos evidenciar a importância da avaliação em todos os momentos da gestão dos serviços de saúde, tornando visível que a avaliação não é uma ação apenas de especialistas, também distinguindo a pesquisa avaliativa da avaliação para a tomada de decisão.

No quarto capítulo apresentamos o objetivo geral deste estudo, que é abrigado na ordem da compreensão das percepções dos informantes em relação à avaliação e monitoramento; estão presentes também os objetivos específicos do referido estudo.

No quinto capítulo, discutimos o método que fundamenta este estudo: a tradição qualitativa de investigação social, fundamentando, ainda, a técnica empregada e questões específicas da construção da informação e os critérios de amostragem. O capítulo seguinte apresenta a análise e discussão, ou seja, a interpretação e compreensão das informações obtidas a partir da fala dos profissionais de saúde do segmento estudado. A discussão foi organizada em torno de três temas, considerados o eixo

central da análise e discussão: 1) Natureza e finalidades da avaliação; 2) A experiência com avaliação e 3) O espaço da qualidade na avaliação.

Nas recomendações finais, no sétimo e último capítulo, assinalamos os principais achados a respeito da percepção dos informantes do estudo em relação à temática central: avaliação.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 Da Atenção Básica em Saúde à Estratégia Saúde da Família

O sistema dos serviços de saúde tem como metas principais otimizar a saúde da população e garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde. No cotidiano das práticas em saúde, observa-se que a atenção especializada tem obtido mais recursos do que a atenção básica, sob a prerrogativa de que é necessária a existência de altas tecnologias para manter vivas pessoas gravemente doentes. Porém, para Starfield (2002, p. 20):

[...] especialização direcionada ao tratamento da enfermidade não pode maximizar a saúde porque prevenir enfermidade e a promoção de um ótimo funcionamento exige uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista na enfermidade.

Em se tratando de nível de complexidade na atenção à saúde, Carvalho (2006) nos apresenta uma posição em que o mesmo destaca que não é a utilização de equipamentos com tecnologias avançadas e informatizadas que deveriam determinar se uma intervenção é um procedimento de nível primário, secundário ou terciário, pois segundo o Carvalho (2006), a atenção básica é considerada a da mais alta complexidade quando se trata da presença de habilidades humanas e conhecimentos. No ponto de vista de Carvalho (2006), não são as leituras feitas por equipamentos sofisticados que dão diagnósticos de doenças que caracterizam um serviço de alta complexidade, e sim, a habilidade humana de interagir com o usuário e levar em consideração seu contexto de vida.

A atenção primária é o meio pelo qual as duas metas de um sistema de serviços de saúde ficam equilibradas, ou seja, a otimização da saúde e a equidade na distribuição de recursos – **é o nível básico de atenção oferecido uniformemente a todos**. Geralmente as ações do nível de atenção primária são desenvolvidas em unidades comunitárias, tais como: consultórios, centros de saúde, escolas e/ou asilos.

Vale a pena assinalar as definições dos termos atenção primária e atenção básica, em que Souza (2002) descreve que essas “terminologias” são usadas em sentidos

diversos, tanto em textos acadêmicos como em documentos oficiais, sendo identificadas como sinônimos e, na maioria das vezes, definidas como o primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, a porta de entrada que permite acesso a todo o sistema de saúde.

Porém, antes de ser uma questão semântica, esses dois termos se chocam com uma questão ideológica, assinalada por Carvalho (2006), para quem, “atenção básica” é um termo usado na perspectiva da idéia de pacote básico de prestações de serviços e a atenção primária tentaria superar essa visão e realmente vir a definir a atenção primária como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

Entretanto, a denominação atenção básica persiste. Atualmente, a Portaria GM/MS 648, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 28 de março de 2006, utiliza a denominação “atenção básica”. (ANEXO A). E a lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, desde sempre, utiliza o termo “atenção básica”. Porém, essa discussão não será aprofundada no presente estudo porque não se trata do nosso enfoque. Distante de pretender distinguir as definições dos dois termos, “atenção básica” e “atenção primária”, destacamos que no decorrer deste trabalho utilizaremos o termo “atenção básica”, na perspectiva do primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, como consta na lei já citada.

A atenção básica ao oferecer à população serviços preventivos, curativos e reabilitadores para maximizar a saúde e o bem-estar do indivíduo, responde aos problemas mais comuns da comunidade, por isso diferencia-se dos demais níveis de atenção: atenção secundária e atenção terciária. Além disso, lida com o contexto no qual existe a enfermidade. Uma vez que o contexto no qual o paciente está inserido influencia seus problemas de saúde e a sua forma de responder a esses problemas, de forma que o indivíduo e seu contexto, não podem ser analisados separadamente. (STARFIELD, 2002).

Ao comparar a atenção básica com a Medicina subespecializada, percebe-se que a primeira é menos hierárquica em sua organização. Na atenção básica, geralmente o usuário é conhecido pelos profissionais, e nesse momento, inicia sua passagem pelo sistema de saúde, geralmente com queixas vagas e inespecíficas, sendo o primeiro ponto de contato, atualmente conhecido como “porta de entrada”. Nesse caso, os profissionais estão mais próximos do ambiente do usuário, configurando-se como uma situação privilegiada para avaliar os impactos ambientais, sociais, econômicos, políticos e culturais sobre a doença e a saúde do paciente.

No Quadro a seguir, demonstramos que a atenção básica à saúde responde à necessidade da comunidade e caminha na direção da equidade dos serviços de saúde e para a reversão do modelo de atenção à saúde, historicamente hegemônico, caracterizado pelo predomínio de ações curativistas, que privilegiam uma Medicina biologicista, excludente, de alto custo, verticalizada e com pouco impacto na melhoria da qualidade de vida da população. (TRAD; BASTOS, 1998; SANTOS; UCHIMIRA; LANG, 2005). No QUADRO 1 abaixo, a organização* da atenção básica, na realidade local, o enfoque é caracterizado pelas equipes de PSF.

CONVENCIONAL	ATENÇÃO BÁSICA
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização*	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Quadro 1 - Do modelo convencional à atenção primária à saúde
Starfield (2002)

Visando à operacionalização da atenção básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. (BRASIL, 2006).

Outras áreas são definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações nas Comissões Intergestores Bipartides (CIBs), que comissões formadas por gestores estaduais e municipais, para negociar e pactuar assuntos relativos à saúde, sobre a gestão da rede de serviços locais entre estados e municípios estabelecida pela Norma Operacional Básica (NOB) Nº 01/1993 (ANEXO ÚNICO..., 2006).

A implantação da Estratégia Saúde da Família é o eixo estruturante da reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Essa estratégia se configurou como o esforço de substituir o modelo tradicional por uma nova perspectiva de atenção à saúde, que é a atenção básica, conforme demonstrado no QUADRO 1. Ações como as do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado no ano de 1991, serviram como experiência para o nascimento do Programa Saúde da Família em 1994, no município de Quixadá, no Estado do Ceará, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2005).

A discussão realizada anteriormente sobre a atenção básica em saúde resgata as ações desenvolvidas pela Saúde da Família, com as áreas de prioridade já mencionadas, “conferindo à atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 2005, p. 12).

Nessa estratégia, a equipe de profissionais é organizada de maneira multidisciplinar, nas Unidades de Saúde sediadas na própria comunidade, proporcionando vínculos com a família e com a realidade local, assim como permitindo uma visão macro do processo saúde/doença, a partir de seus múltiplos determinantes. A família é o alvo das ações da estratégia e é percebida a partir da sua inserção nos contextos social, econômico e cultural, que lhes são próprios. Essas são algumas das características do modelo de atenção à saúde que o sistema pretende desenvolver a partir da atenção básica.

A Estratégia Saúde da Família tem como pressupostos para o seu desenvolvimento os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e enfrenta como grandes desafios o alcance da cobertura universal e da equidade.

A melhoria da qualidade e a humanização do cuidado são objetivos a serem conquistados. No desenvolvimento de suas práticas, requer a integração de alta complexidade tecnológica no campo do conhecimento com o estabelecimento de novas habilidades e de mudanças de atitude. (BRASIL, 2005, p. 12-13).

Enfim, a estratégia Saúde da Família demarca um espaço em que operacionalmente as ações da Atenção Básica em Saúde são desenvolvidas sob uma nova perspectiva, incorporando aspectos como o sujeito, o profissional, o gestor e a política ao contexto social, econômico, político e cultural onde, de fato, a vida do

usuário, do homem, da família e da comunidade concretamente acontece. Aliado a essas questões ainda se configura como uma mudança do modelo hegemônico, em que a atenção à saúde é centrada no modelo biomédico.

2.2 Atenção Básica no Ceará e Avaliação Qualitativa

A Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, se configura como uma ampla possibilidade de implementar, efetivamente, as diretrizes do SUS, de forma a impulsionar mudanças na forma como o serviço e práticas de saúde se organizam. (BRASIL, 2004c). Possibilitando, assim, que os princípios universais, democráticos e participativos do SUS⁴, sejam operacionalizados no cotidiano do usuário do sistema de saúde. É nesse sentido que o então “Programa Saúde da Família” é concebido como eixo estruturante para a reorganização da atenção básica.

Em nível nacional, segundo dados de 2006, fornecidos pelo Ministério da Saúde, pelo Departamento de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família vem sendo expandida, desde a sua criação, em 1994, no Estado do Ceará. No Estado, a grande expansão dessa estratégia, e por sua vez, das equipes de Saúde da Família tem sido demonstrada pelos números oficiais. Os dados quantitativos apresentam no ano de 1994 que o número de equipes funcionando era de 81, em 20 municípios cearenses, ao passo que, no ano de 2006, até o mês de julho, o número de equipes funcionando é 1784, em todos os municípios cearenses: 184.

Diante desse acelerado processo de crescimento da estratégia Saúde da Família emerge a necessidade da implementação de um processo avaliativo, inclusive, com a capacidade de avaliar a **qualidade** dessa estratégia. Adiante, abordaremos a temática **avaliação qualitativa participativa** e faremos a distinção entre **avaliação da qualidade e avaliação qualitativa**.

Cabe-nos, nesse momento, assinalar que o expressivo crescimento da estratégia estruturante da atenção básica à saúde nos apresenta uma situação, dentro do contexto da avaliação de programas e serviços de saúde, em que é evidente que “as avaliações não podem se restringir a pesquisas que têm como objetivo a simples obtenção de respostas numéricas”. (UCHIMURA; BOSI, 2004, p. 92). É necessário considerar que o objeto de interesse, para atualmente avaliar a estratégia Saúde da

Família, por exemplo, não condiz com a aplicação de instrumentos de mensuração.

A natureza do problema que a atenção básica, atualmente, pretende investigar está no campo da dimensão subjetiva da qualidade, conforme descrito adiante. E a pesquisa qualitativa configura-se como um método que apresenta a capacidade de “ir ao fundo do significado das questões e de estar na perspectiva do sujeito”, proporcionando novos nexos e, por fim, apresentando a explicação de significados. (SERAPIONI, 2000, p. 190).

⁴ Universalidade, integralidade, resolutividade, descentralização, participação, autonomia, equidade, intersetorialidade, racionalidade. (BLEICHER, 2003, p. 13-25).

3 ELEMENTOS TEÓRICOS

3.1 Avaliação em Saúde: O Estado da Arte

3.1.1 Histórico da avaliação e modelos de avaliação⁵

A avaliação é uma atividade bastante antiga, desenvolvida desde o início da história da humanidade. (CONTANDRIOPOLUS et al., 1997). Com a revolução científica dos séculos XVI e XVII estabeleceu-se uma distinção entre fatos e valores. A partir daí, a ciência passa a coletar e utilizar fatos. Portanto, a divisão do ato de levantar os dados e do ato de expressar um juízo representou a base para o desenvolvimento da avaliação como uma atividade sistemática. (SERAPIONI, 2006b).

Após a Segunda Guerra Mundial, emerge o conceito de avaliação de programas públicos, visto que o Estado começava a substituir a função do mercado e tinha que encontrar meios para organizar os recursos disponíveis de forma eficaz. Essa ação foi desenvolvida por economistas que se configuraram como os primeiros a realizar avaliação. (CONTANDRIOPOUS et al., 1997). Porém, a abordagem da avaliação na área econômica era insuficiente para desenvolver a avaliação de serviços e programas sociais. (SERAPIONI, 2006b).

A história da avaliação no setor saúde surge com a avaliação do cuidado médico e tem sido influenciada pela Medicina Clínica e pela Epidemiologia. Nos anos 70, com a desaceleração do crescimento econômico, o Estado assumiu o financiamento das ações de saúde, sendo muito importante que os serviços ofertados fossem acessíveis para a população e de qualidade. É nesse espaço que a avaliação aparece como um instrumento para conhecer o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde. (CONTANDRIOPOUS et al., 1997).

⁵ No decorrer desse processo de construção do marco teórico do objeto em estudo, parece-nos oportuno destacar que a discussão referente ao “estado da arte da avaliação”, em alguns momentos, fundamentar-se-á não apenas na revisão de literatura nas bases científicas, mas na sistemática de organização do conhecimento e de exposição utilizada pelo professor Mauro Serapioni nos seguintes momentos: oficina de discussão teórica realizada na Universidade Federal do Ceará em agosto de 2005 como parte das atividades do Núcleo de Estudos em Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde da Universidade Federal do Ceará e na Oficina de Capacitação “Avaliação em Saúde”, Módulo I, componente das atividades do Centro Colaborador, para a SESA-CE, realizada em janeiro de 2006.

No Brasil, nas décadas de 80 e 90, ocorre a reforma dos sistemas de saúde, processo marcado por uma racionalização dos recursos financeiros destinados à saúde, daí se desenvolve a pesquisa de avaliação de políticas, a partir da área econômica (SERAPIONI, 2006b).

Os autores Guba e Lincoln (1989), apresentam quatro estágios na história da avaliação, cuja evolução se fez possível com o desenvolvimento da teoria e da acumulação do saber: o primeiro estágio, conhecido como **avaliação de primeira geração**, desenvolvido de 1910 a 1940, baseia-se na habilidade de mensurar.

[...] medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados [...] (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 30).

Segundo Tanaka e Melo (2004, p. 122) o desenvolvimento dessa geração deu-se essencialmente na área escolar.

O segundo estágio, **avaliação de segunda geração**, desenvolvido de 1940 a 1960, baseia-se na identificação e descrição de como os programas atingem seus resultados, identificando pontos fortes e pontos fracos dos programas, ou seja, a preocupação passa a ser não somente mensurar a performance dos alunos ou dos trabalhadores, mas também analisar programas ou serviços.

O terceiro estágio, **avaliação de terceira geração**, prevalente no período de 1960 a 1990, baseia-se na capacidade de facilitar o processo de julgamento, em relação a padrões baseados em critérios de valores, técnicos ou econômicos. Nesse período, o avaliador exerce o papel de juiz.

Finalmente, o quarto estágio, denominado **avaliação de quarta geração**, emerge nos anos 90, apontando a avaliação como um “processo de negociação”. (GUBA; LINCOLN, 1989).

Essas três primeiras gerações de avaliação se sucederam de maneira breve, na tentativa de demonstrar avanços, incorporando novos aspectos à avaliação. Entretanto, os principais limites desses três primeiros estágios, ou seja, das três primeiras gerações, são: “o excessivo poder centralizado na pessoa do gerente, ou da administração da empresa e/ou instituição; a não aceitação das singularidades próprias dos indivíduos ou situações; a incapacidade de conciliar o pluralismo de valores e o

excessivo envolvimento com o paradigma do tipo positivista”. (GUBA; LINCOLN, 1989, p. 31-32; TANAKA, 2004).

O modelo de avaliação proposto por Guba e Lincoln (1989): *Fourth Generation Evaluation*, isto é, Avaliação de Quarta Geração, visa à valorização das questões, preocupações, percepções e opiniões postas por diferentes atores envolvidos nos programas e serviços de saúde, contribuindo para a inclusão das diferentes perspectivas e visões no processo de avaliar. (GUBA; LINCOLN, 1989; SERAPIONI, 2006a; TANAKA; MELO, 2004). “É a interação constante entre avaliador e implicados que cria o produto da avaliação através da adoção da abordagem hermenêutico-dialética. Esse modelo, que os autores Guba e Lincoln (1989) denominam “avaliação responsável e construtivista” pretende superar os limites das anteriores gerações de avaliação e, precisamente, o excessivo poder da visão gerencial no processo avaliativo”. (SERAPIONI, 2006a, p. 217). Um outro grande ganho da **avaliação de quarta geração** foi a superação do pressuposto da necessidade de especialistas para a execução das práticas avaliativas nos serviços de saúde. (TANAKA; MELO, 2004).

3.1.2 Conceito de avaliação

Observa-se que a avaliação dos serviços de saúde desenvolve-se a partir de outras disciplinas. No plano teórico e metodológico, ela é **devedora** das seguintes áreas: Economia, Sociologia, Psicologia Social, Geografia Econômica, Antropologia, Epidemiologia etc. No plano epistemológico ainda não dispõe de autonomia. (SERAPIONI, 2006b).

A partir de um compilado, pretendemos apresentar a direção da literatura internacional em relação à avaliação. Com diferentes definições do termo, segundo autores consultados, define-se avaliação da seguinte forma: “é o processo que tem por objetivo determinar até que ponto foram alcançados os objetivos previamente estabelecidos”. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 21).

A avaliação “é o processo de aplicar procedimentos científicos para acumular evidências válidas e confiáveis sobre a maneira e grau em que um conjunto de atividades específicas produz resultados ou efeitos concretos”. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 21).

Vejamos outras definições de avaliação a seguir:

“Processo sistemático de coleta e valoração de informações úteis para uma eventual tomada de decisão”. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 26):

“A determinação formal da eficácia e da eficiência de uma intervenção planejada para alcançar um objetivo. Eficácia: “permite mensurar o resultado técnico em termo médico, psicológico ou social”. Eficiência: “permite mensurar o custo da intervenção com relação à eficácia”. (SERAPIONI, 2006b, p. 2)

“Processo de determinação qualitativa e quantitativa, por meio de métodos específicos e apropriados, do valor de alguma coisa ou acontecimento”. (CARVALHO, 2000, p. 73).

“É um estudo sistemático, dirigido e realizado com o fim de ajudar a um grupo de clientes a julgar e/ou aperfeiçoar o valor e/ou mérito de algum objeto”. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 26):

Patton (1997, p. 23): “a avaliação de um programa é a coleta sistemática de informações referentes às atividades, características e resultados, para formular juízos sobre o programa, melhorar a sua eficácia e orientar as decisões das futuras programações”.

Percebemos, então, que uma característica comum a todas essas definições é a necessidade da utilização do método para a construção de informações confiáveis e válidas e também quanto à utilidade ou finalidade da avaliação que deve ser orientar a tomada de decisões e melhorar o planejamento. São diversas formas de expressão que nos conduz a essa mesma compreensão do termo avaliação.

Também a partir dessas várias definições evidencia-se o que Aguilar e Ander-Egg (1994), assinala a respeito do termo avaliação: “bastante elástico”, sob a justificativa que este tem usos com conceitos diferentes e pode ser utilizado em várias atividades. Entre os diversos conceitos de avaliação a idéia e a própria expressão como: **estimar mérito, apreciar, calcular, assinalar o valor, expressar juízo, estão presentes nas várias definições do termo.**

Em sentido amplo e geral do termo, Aguilar e Ander-Egg (1994) expressam que a avaliação com consideração baseada em valores está presente nas mais diversas ações, seja para avaliar atividades desenvolvidas em todas as circunstâncias ou para tomar decisões acerca de quaisquer questões.

Novaes (2000) assinala a importância do contexto em que a avaliação ocorre, ao discutir que a idéia de valor, a que se relaciona a avaliação, vai além do

juízo sobre o mérito do conhecimento como tal, uma vez que pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado sobre o conteúdo das conclusões, que incorpora e interage com o contexto no qual a avaliação se desenvolve.

O termo avaliação refere-se ao ato de manifestar-se em relação a alguma coisa, sem o compromisso com o fundamento do método científico – **avaliação em sentido lato** ou **avaliação informal**. Entretanto, quando o foco é a avaliação de programas ou serviços, a avaliação ancora-se em distintas disciplinas, em especial, na área das Ciências Sociais. Nessa situação, recorre-se ao método científico para que possa obter uma informação pertinente e julgar o valor de algo, de maneira justificável e fundamentada, é o que Aguilar e Ander-Egg (1994) denominam de avaliação em **sentido estrito** ou **avaliação sistemática**.

Há um amplo consenso na bibliografia consultada quanto à avaliação ser, essencialmente, uma atividade da pesquisa social que adota métodos e técnicas da pesquisa social. No entanto, a avaliação é mais complexa do que a pesquisa social, porque a pesquisa social tem por objetivo compreender a ação social, enquanto que a avaliação pretende expressar também um juízo de valor. O juízo precisa ser subsidiado pelo método utilizado, ou seja, através de procedimentos provenientes da pesquisa. Assim, a pesquisa avaliativa é o coração da avaliação. (SERAPIONI, 2006b).

Questionamos a posição dos autores dessa proposição, pois compreendemos que a pesquisa social e a avaliação podem ser inseridas em um mesmo grau de complexidade. Entendemos que para a realização, seja de uma pesquisa social, seja de um processo avaliativo, é necessário empreender um processo de compreensão da realidade vivenciada, de forma a considerar os fatores que estão implicados no contexto observado. Portanto, seja qual for a finalidade do processo avaliativo, ou compreensão em si, da realidade dos fatos (pesquisa social), ou a compreensão dos fatos para a expressão de um “juízo de valor” de serviço, ação, programa ou atividade de saúde, subsidiado por um método, pesquisa avaliativa, compreendemos que o grau de complexidade da ação é o mesmo.

Quanto aos modelos de avaliação, denominados **avaliação informal** e **avaliação sistemática**, não há uma diferença de objetivos ou propósitos, e sim de método. Na **avaliação sistemática** é estabelecido um método científico. Contandriopoulus et al. (1997, p. 31) “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Quando esse

juízo a que os autores se referem utiliza critérios e normas, trata-se de uma **avaliação normativa** e se for elaborado a partir de um **procedimento científico** é uma **pesquisa avaliativa**. A partir de uma outra perspectiva, Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) define **avaliação normativa** “como a atividade que consiste em fazer um juízo sobre uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (resultado), com critérios e normas”. E a **pesquisa avaliativa** é definida pelos mesmos autores como “o procedimento que consiste em fazer um juízo *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos”.

Mais precisamente trata-se de analisar a pertinência da informação, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como a relação existente entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. (CONTANDRIOPOULUS et al., 1997). Essa proposta pode ainda se desdobrar em seis tipos de análise, as quais devem ser contempladas no todo ou em parte. São elas: análise estratégica (pertinência de intervenção); análise da intervenção (relação entre os objetivos e os meios empregados); análise da produtividade (como os recursos são utilizados para produzir serviços); análise dos efeitos (eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde, no caso de serviços de saúde); análise do rendimento (eficiência – relação entre os recursos empregados e os efeitos obtidos); análise da implantação (contexto da implantação e o grau de interdependência com a intervenção em si).

Importante assinalar que as autoras, Uchimura e Bosi (2004), diante da discussão quanto à utilização do método científico para a realização da avaliação de programas e serviços de saúde, assumem a posição que a avaliação de programas é definida como uma atividade científica. Independente de os critérios e normas, serem ou não científicos, faz-se necessário todo o rigor técnico para a execução da avaliação de programas de saúde ou de seus constituintes.

Além do rigor técnico necessário para a execução das práticas avaliativas, outro aspecto interessante é que “não há uma pergunta-chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais”. (UCHIMURA; BOSI, 2004, p. 79).

Segundo Guba e Lincoln (1989), a verdade de uma avaliação é definida pela qualidade e quantidade das informações construídas, pela força com que a informação é

compreendida e utilizada e por uma construção que é consensuada entre os atores envolvidos.

Ao tratar da assistência/intervenção e pesquisa/produção de conhecimento, no modelo de pesquisa denominado “pesquisa-ação”, essas duas instâncias podem se fundir numa só. A pesquisa-ação é definida “como uma atividade de compreensão e de explicação da práxis dos grupos sociais por eles mesmos, com ou sem especialistas em Ciências Humanas e Sociais Práticas, com o fim de melhorar esta práxis”. (DESLANDES; GOMES, 2004, p. 100-101).

3.1.3 Abordagem qualitativa participativa na avaliação em saúde

Inicialmente, faz-se necessário fazer uma distinção da **avaliação da qualidade** e **avaliação qualitativa**. A **avaliação da qualidade** é usualmente confundida com a avaliação que se adota a abordagem **qualitativa**. Destacamos que “a avaliação da qualidade é uma dinâmica a ser compreendida e medida, mas não pode ser tomada como um objetivo a ser alcançado”. (TANAKA; MELO, 2004, p. 127), ao passo que a abordagem qualitativa é um método de pesquisa que:

Tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa do sujeito-observador, que atribui um significado aos fenômenos que interpreta. (DESLANDES; GOMES, 2004, p. 103).

A avaliação da qualidade proposta por Donabedian em 1966 baseia-se nas abordagens de estrutura (recursos e organização), processo (atividades e serviços) e resultado (efeitos). (AGULAR; ANDER-EGG, 1994). É um modelo de avaliação com grande aceitabilidade e, conseqüentemente, muito utilizado nos programas e serviços de saúde. Isso pode ser explicado em função da abrangência dos setores dos serviços de saúde que esse modelo pretende analisar – sua estrutura, processo e efeitos dos serviços (TANAKA; MELO, 2004). O teórico Donabedian identifica a qualidade em duas vertentes. Uma vertente quando há a inter-relação entre os componentes da estrutura, do processo e dos resultados obtidos, já citados anteriormente; e outra vertente quando define os sete pilares da qualidade; esses pilares da qualidade têm uma vasta

abrangência, englobam desde a **análise da tecnologia empregada** até a **aceitabilidade social da ação da saúde**.

Demo (2000) apresenta dois tipos de qualidade, a partir de duas dimensões distintas: a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva. A primeira é mensurável, portanto, pode ser atribuída a valores numéricos, a segunda está inserida no espaço das vivências, das emoções, do sentimento, não sendo possível quantificá-los, uma vez que expressam singularidades.

Nesse momento nos deparamos com um conceito que não é simples de demarcar, dado o seu caráter polissêmico. Vale ressaltar que a própria definição de qualidade é elaborada a partir da ótica dos avaliadores e das perspectivas individuais das avaliações as quais se destinam. A noção de qualidade varia com o interesse de grupos diferentes, que podem ter diferentes pontos de vista, das pessoas como indivíduos e delas próprias como sociedade, sobre o que constitui alta qualidade, ou pelo menos, podem enfatizar aspectos da qualidade da atenção, diferentemente. (SERAPIONI, 1999).

Portanto, diante da multidimensionalidade que o termo qualidade assume, é válido demarcar que no campo da avaliação, análises voltadas ao estudo dos componentes ou aspectos específicos de um programa, por exemplo, assumem a dimensão objetiva. E constituem avaliações da qualidade formal de um programa, conforme assinalam Uchimura e Bosi (2004, p. 89):

Estudos da qualidade na sua dimensão objetiva, ou seja, avaliações da qualidade formal de um programa Os estudos de avaliação qualitativa de programas são centrados na análise da dimensão subjetiva da qualidade, que buscam apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviço: usuários, técnicos, gestores ou políticos.

Essa distinção surge na tentativa de superar as visões equivocadas e muitas vezes unidimensionais do termo qualidade. No campo da Saúde Pública, a superação dessas dificuldades traria uma grande contribuição para o desenvolvimento de pesquisas avaliativas de programas e serviços de saúde.

Por um outro lado, a avaliação dos serviços de saúde, tradicionalmente, tem sido realizada sob uma forte influência da abordagem quantitativa. Sendo esta um tipo de abordagem que não condiz com o estudo das experiências e das práticas vivenciais dos diferentes atores envolvidos em um serviço ou programa de saúde. Trata-se de uma característica da pesquisa avaliativa em que a questão central é o rigor do método

científico que lhe é conferido, de modo que a avaliação de um programa e/u serviço, além disso, era uma ação que não fazia parte do plano de execução das atividades de um serviço, sendo de competência exclusiva de um agente especialista externo. (TANAKA; MELO, 2004).

Sobre as divergências entre pesquisas qualitativas e quantitativas Serapioni (2000, p. 188) assinala que “as correntes positivistas e neopositivistas definem como científicas somente as pesquisas baseadas na observação de dados da experiência e que utilizam instrumentos de mensuração sofisticados”. Com essa justificativa, os quantitativistas afirmam que os métodos qualitativos não apresentam dados confiáveis, enquanto os teóricos qualitativistas sustentam que não há produção de informações confiáveis sem colocar-se no lugar do sujeito.

A contraposição entre o quantitativo e o qualitativo tem explicação no paradigma positivista. Os pressupostos que sustentam a hegemonia da busca do quantitativo em detrimento da abordagem qualitativa são a neutralidade (separação sujeito-objeto), objetivação-mensuração e a universalização dos achados. (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2004; TANAKA; MELO, 2004).

Porém, as metodologias “não são nem apropriadas e nem inapropriadas, até que sejam aplicadas a um problema específico de pesquisa”. (SERAPIONI, 2000, p. 189).

Ainda quanto à utilização das abordagens quantitativas ou qualitativas, torna-se importante assinalar que a abordagem quantitativa permite revelar aspectos gerais do objeto avaliado, conferindo à pesquisa quantitativa o conhecimento amplo e generalizado do objeto investigado, enquanto a abordagem qualitativa centra-se na compreensão de aspectos do mesmo fenômeno, penetrando na especificidade do objeto, bem como trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. (TANAKA; MELO, 2004; SERAPIONI, 2000).

Na avaliação de serviços de saúde, a combinação das abordagens torna-se central para que seja possível dar conta da complexidade de que o tema se reveste. Habitualmente, a compreensão do fenômeno avaliado em serviços de saúde, ou seja, as respostas para as perguntas de compreensão dos fenômenos dos serviços de saúde encontram-se na abordagem qualitativa participativa. Uma contribuição da “avaliação de quarta geração”, já descrita anteriormente, é que a avaliação além de incluir a visão do contexto é também participativa, pois considera de grande relevância a visão dos diferentes atores interessados na avaliação, independente da condição do sujeito, no que

podemos denominar estrutura organizacional do serviço, uma vez que os verdadeiros interessados na avaliação de um serviço, devem ser os próprios atores desse processo de execução prática das ações de saúde. (TANAKA; MELO, 2004).

Diante do fato de que o produto dos serviços de saúde é o resultado da interação ocorrida entre usuários, profissionais de saúde e todo o contexto que envolve as relações, a visão do usuário constitui uma questão de grande relevância no processo avaliativo.

A visão construtivista de Guba e Lincoln (1989) pode ser considerada como uma perspectiva indispensável para o sucesso da avaliação. De acordo com Guba e Lincoln (1989) o avaliador deve apresentar uma postura de adaptação, flexibilidade, compreensão, assim como a habilidade de mediar e negociar determinados aspectos do objeto avaliado, com os atores envolvidos no processo avaliativo. (FURTADO, 2001; NOVAES, 2000).

Além disso, uma boa avaliação é aquela em que os “utilizadores da avaliação” sejam identificados e envolvidos no processo de avaliação, e que os objetivos da avaliação incorporem a realidade da utilização e finalidade do processo avaliativo. (PATTON, 1997). Isso garante, segundo Patton (1997), que os financiadores e os que encomendaram a avaliação utilizem efetivamente os resultados da mesma, caracterizando a avaliação como ferramenta do processo de gestão.

3.1.4 Avaliação como ferramenta para gestão da atenção básica em saúde

3.1.4.1 Contexto da avaliação dos serviços de saúde

É possível observar que a maioria das avaliações no campo da saúde está estreitamente relacionada com programas específicos, isso se deve ao fato de que, em grande parte, esses programas são financiados por instituições internacionais e a avaliação dos mesmos e/ou de suas intervenções, são pontos indispensáveis dentro do processo. Geralmente, a avaliação representa o escopo desses projetos que se propõe a desenvolver programas específicos. Entretanto, quando se trata de avaliação de sistemas e serviços de saúde, essa se torna uma “atividade assustadora” porque quase sempre está vinculada, exclusivamente, à idéia de controle e a uma compreensão de que a avaliação,

sob a lógica do rigor científico, segundo os pressupostos da avaliação normativa tradicional, cabe aos especialistas. (TANAKA; MELO, 2004).

Um aspecto a ser destacado é que a entidade financiadora dos programas demarca sua influência e suas percepções no campo da avaliação. No caso da saúde, grande parte de seus programas é financiada pelo Banco Mundial e, pois “as medidas do Banco Mundial neste campo têm por finalidade uma forma de controle político das instituições e dos sistemas, sendo, no caso, fundamental para fortalecer a função controladora do novo Estado avaliador”. (TANAKA; MELO, 2004, p. 12). Sendo, assim, as propostas de execução de ações advindas do processo de gerenciamento do sistema de saúde carregam em si uma pesada influência da visão dessas entidades financiadoras internacionais que alimentam um sistema capitalista centrado na perspectiva do lucro individual. É essa, então, a visão das políticas neoliberais que, dessa forma, estão mergulhadas nos serviços de saúde.

Todavia, a avaliação nos serviços de saúde e, por sua vez, da atenção básica, deve fazer parte das atividades quotidianas na gestão, devendo ser reconhecida como “parte integrante e necessária do planejamento” e indispensável no processo de tomada de decisões. (SERAPIONI, 2006a; TANAKA; MELO, 2004). Nesse momento, torna-se importante distinguir as diferenças básicas entre a pesquisa avaliativa e a avaliação como ferramenta para gestão, ou seja, a avaliação para a tomada de decisão, tal como demonstrado a seguir. (TANAKA; MELO, 2004).

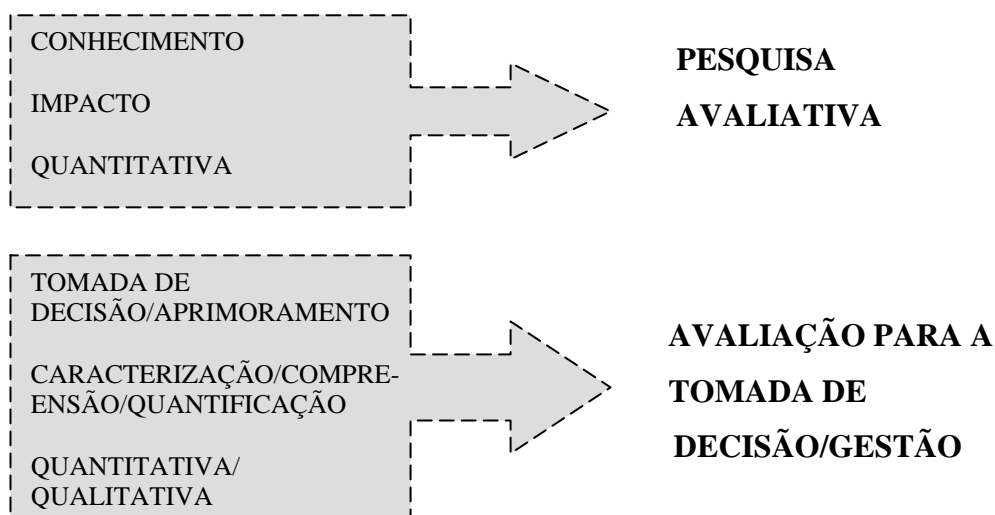


Figura 1 – Pesquisa Avaliativa x Avaliação para a Tomada de Decisão/Gestão

Encontramos nos aspectos assinalados por Tanaka e Melo (2004, p. 125), uma importante estratégia para evidenciar as dificuldades da inserção da avaliação no

serviço de saúde, pela observação dos seguintes aspectos: objetivo, enfoque principal e metodologia utilizada, respectivamente, apresentados na figura 1, que se encontram perfeitamente com os fatores limitantes para o êxito das avaliações de programas e serviços de saúde.

Observamos que essa distinção, a partir desses fatores em especial, representa uma ação essencial para a implementação das práticas avaliativas nos serviços e programas de saúde, porque é um meio do serviço planejar sua avaliação e monitoramento e perceber com clareza os objetivos-fins dessa atividade.



Foto 1 - Sala do gerenciamento

O objetivo central de uma avaliação realizada em um serviço ou programa de saúde é subsidiar um processo de decisão, e seu enfoque principal está na caracterização, na maioria das vezes, por meio da quantificação de dados, que faz parte da realidade das práticas desenvolvidas nas ações de saúde.

A avaliação como ferramenta de gestão dos serviços de saúde e da atenção básica facilita um processo de decisão baseado em resultados confiáveis: essa é uma questão importante, uma vez que a avaliação pode ter a finalidade de subsidiar a alocação de recursos para a execução de políticas públicas. A avaliação também pode ser suficientemente abrangente, a depender da natureza da pergunta avaliativa feita para iniciar a avaliação, assim como dos objetivos desse processo avaliativo.

É importante, nesse momento, definirmos o termo monitoramento, que segundo Serapioni (2006b) pode ser compreendido como supervisão contínua de uma atividade, com o propósito de verificar se os planos e procedimentos planejados estão sendo seguidos, pelos atores do serviço de saúde. Demonstramos a estreita relação do monitoramento com o processo de avaliação, no plano de implementação e desenvolvimento dos programas de saúde. Assinalamos que a avaliação de um serviço

de saúde, de uma situação de saúde da população ou de um programa de saúde específico é resultado, em grande parte, do processo de monitoramento das atividades. E o monitoramento é realizado a partir das informações produzidas, no interior do serviço, no cotidiano das ações da atenção à saúde. (FELISBERTO, 2004).

Oficialmente, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é o principal instrumento de monitoramento da atenção básica. E a especificidade do monitoramento está no recurso de um sistema de informação para acompanhar a operacionalização de uma intervenção. (BRASIL, 2004b).

Também podemos relacionar o monitoramento ao planejamento, assim como com a avaliação, uma vez que as ações de monitoramento e avaliação podem ser adotadas como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, podendo servir como “instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa)”. (FELISBERTO, 2004, p. 317).

Quando se trata da gestão da atenção básica em saúde, a avaliação está intrinsecamente relacionada com as ações do cotidiano, (reforçamos, aqui, a importância do processo de monitoramento), pois, é nesse nível de atenção à saúde, que se situam as ações básicas de saúde para uma grande parcela da população, uma vez que a atenção básica é definida como a “porta de entrada” de todo o serviço de saúde oferecido à população. Portanto, é a avaliação que oferece subsídios para tomar decisões que, certamente, comprometerão a eficiência e a eficácia do serviço de atenção básica e, conseqüentemente, dos demais níveis de atenção à saúde.

Um aspecto importante a considerar é que o alvo da avaliação do serviço de saúde deve ser o usuário, portanto, esse é um ator importante que deve ser parte integrante de qualquer avaliação de serviços e de programas. A participação do usuário no processo avaliativo confere a este uma visão privilegiada, porque são os usuários os verdadeiros interessados em um serviço que corresponda às suas necessidades.

O que assinala Furtado (2001) a respeito da prática avaliativa nos chama a atenção para a importância da participação dos diversos atores, tendo em vista a complexidade de um serviço ou programa de saúde, uma vez que esse é um campo em que esses atores desempenham funções que, por sua vez, não são livres de interesses, com lógicas e linguagens diversas, muitas vezes até mesmo contraditórias. “A ação avaliativa é uma ação social específica, desenvolvida em ambientes complexos (programas ou serviços) nos quais não é possível atribuir significado específico a um

elemento sem considerar a lógica e a interferência de outros”. (FURTADO, 2001, p. 179).

Por fim, somando-se a fatores, já explicados anteriormente, de que a atenção básica em saúde tem como proposta a reversão do modelo biomédico tradicional, incluindo o usuário do serviço como parte integrante e focando o homem a partir da sua totalidade, a avaliação configura-se como um excelente instrumento de aprimoramento dos serviços, do próprio controle social e da transformação da realidade da situação de saúde do país. Consoante, Freire (1997) assinala que a capacidade de conhecer e de aprender, nos convoca a agir em busca de transformar a realidade, para nela intervir e não apenas para a ela nos adaptar.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Compreender experiências e percepções, referentes às práticas de avaliação e monitoramento, dos técnicos e gestores na Secretaria Estadual de Saúde do Ceará.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar metodologias ou estratégias utilizadas pela SESA-CE, em nível central na avaliação da atenção básica;
- Identificar aspectos facilitadores, bem como os obstáculos para a incorporação e utilização da avaliação no serviço da atenção básica à saúde;
- Analisar a correspondência entre as propostas colocadas em prática e as percepções dos atores relativas a essas práticas.

5 METODOLOGIA

A tradição qualitativa apresenta-se como o método adequado ao estudo das concepções sobre determinada temática, no caso, desse estudo, de profissionais inseridos na área da atenção básica à saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Quanto aos participantes do grupo focal, observamos que dos seis presentes, quatro informantes referiram uma extensa experiência no campo da atenção básica à saúde, tendo desenvolvido trabalhos nas áreas de imunização, gestão, coordenação de postos de saúde, em distritos sanitários, na microrregional e em Programa Saúde da Família (PSF) no interior do Estado; dois membros têm uma curta experiência nessa área, uma das técnicas é recém chegada no núcleo da atenção primária.

Observando a formação profissional dos membros evidencia-se a marcante presença da profissão Enfermagem (04 membros), estando presente a Nutrição (01 membro) e a Pedagogia (01 membro).

A composição do grupo focal evidencia a riqueza da interação das diferenças em um ambiente multiprofissional, característico do grupo estudado. A marca das diferenças do grupo tem sua origem na diversidade de experiências que cada membro teve a oportunidade de vivenciar nesse campo da Saúde Coletiva, desde o exercício da função de gestor de um município de pequeno porte até a execução das atividades de um profissional do PSF na microrregional. Assinalamos, assim, a heterogeneidade do grupo, evidenciando, desde já, a riqueza das informações que foram obtidas nesse espaço.

Quando nos referimos à heterogeneidade, estamos expressando a diversidade, e, por conseguinte, nesse momento, a sua riqueza, o que não se contrapõe à homogeneidade (no que se refere ao caso em análise) que é importante ser considerada ao realizar um grupo focal para que seja viável o debate entre os participantes de um grupo focal.

Na construção a ser feita sobre o método de investigação do objeto estudado, diante da pluralidade e riqueza, por se tratar de uma área que se alimenta de vários referenciais, gostaria de delinear um trajeto, que embora simples e sem qualquer pretensão de esgotar a questão, representa a tentativa de destacar os aspectos, por mim considerados, fundamentais que justificam o emprego da abordagem qualitativa neste estudo.

Assim, dialogo com Bosi e Mercado-Martinez (2004) que nos colocam ante a realidade das relações existentes nesse campo de pesquisa, ao assinalar que a pesquisa qualitativa está inserida em um campo que não é livre de tensionamentos, é um modelo-alvo de muitas críticas, dado o modelo hegemônico vigente na prática científica, cujos fundamentos se inserem na epistemologia positivista.

O positivismo sustenta como critérios fundamentais a separação sujeito-objeto, ou seja, a neutralidade do investigador em relação ao objeto de estudo, a objetivação-mensuração, afirmando que apenas o que cabe na ordem do objetivo pode ser mensurado e, por isso, compreendido como ciência e a universalização dos achados, isto é, apenas por meio da estatística é possível generalizar e replicar os resultados.

Por sua vez, a pesquisa qualitativa assume o confronto com essa linha de pensamento. As críticas do positivismo à abordagem qualitativa estão, justamente, centradas na natureza subjetiva do objeto, na não neutralidade do investigador e na impossibilidade de generalizar os achados. (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2004). Não discutiremos o viés ideológico, cabe-nos aqui apenas reconhecer o espaço em que estamos inseridos e evidenciar em que nível as críticas se dão à pesquisa qualitativa.

Os enfoques emergentes da avaliação, apresentados por Bosi e Mercado-Martinez (2006, p. 12), confrontam o modelo positivista, e são baseados no paradigma “interpretativo”, “crítico” ou “participativo”.

Nessa recente publicação, as propostas de avaliação mencionadas como: participativas, democráticas, críticas, qualitativas, entre outras, nos apresenta uma visão inovadora do processo avaliativo. Compreendemos que, a avaliação percebida, sob a perspectiva construtivista, pode se configurar uma importante ferramenta para a efetiva implementação de projetos participativos, inclusivos, democráticos nos mais diversos segmentos da sociedade.

Quanto à definição dessa linha de investigação, de início, pretendo assinalar que a terminologia “pesquisa qualitativa”, *stricto sensu*, não haveria de ser propriamente pesquisa qualitativa e, sim, informação qualitativa, porque se trata de material discursivo, de ordem subjetiva, em que as expressões exatas como, os números, não respondem aos questionamentos dessa natureza. (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2004).

Importante observar que uma pesquisa qualitativa carrega em si características que vão muito mais além do simples “emprego de uma técnica”. Dentre as inúmeras definições de qualidade, no contexto da avaliação em saúde, há autores que

situam a qualidade em interface com a subjetividade. A subjetividade pode ser definida “como o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como “território existencial” auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva”, considerando a subjetividade tanto na esfera individual quanto na esfera coletiva. (UCHIMURA; BOSI, 2004, p. 92-93).

A definição de um método de investigação, necessariamente, leva em conta várias questões. Os aspectos citados logo a seguir destacam a importância de considerar o objeto estudado em seu contexto mais amplo: “1) a pergunta ou objeto da investigação; 2) uma determinada postura teórica ou epistemológica e 3) correspondente estratégia para a obtenção das informações e suas análises.” (MERCADO-MARTINEZ, 2004, p. 34). A pesquisa qualitativa aprofunda-se no universo dos significados das ações e relações humanas, uma visão que não cabe ser compreendida com variáveis, médias e equações. (MINAYO, 2003).

Diante desse complexo universo da abordagem qualitativa, a identidade dessa abordagem, tem como características básicas o dinamismo e a interdependência estabelecida entre o pesquisador e o objeto, o que confere ao pesquisador um papel de sujeito ativo, inclusive com o potencial de dar significado “aos fenômenos interpretados”. (DESLANDES; GOMES, 2004)

O objeto de estudo dessa investigação está inserido no mundo da compreensão das concepções de avaliação e trabalha com motivações, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Deslandes e Gomes (2004) assinalam que o fundamento das abordagens qualitativas é originado em várias vertentes, como por exemplo a Antropologia. Sobre a mesma, discutiremos adiante, e segundo Bosi e Mercado-Martinez (2004), é na Antropologia que se dá o início dessa abordagem, e mais tarde, na Educação, Sociologia, História e em outras disciplinas das Ciências Humanas e Sociais.

Ao observar a definição que o teórico Pierre Bourdieu apresenta de pesquisa qualitativa, no livro de Bosi e Mercado-Martinez (2004, p. 35): “o campo ou arena para onde converge uma variedade de saberes, práticas, agentes sociais e grupos das mais diversas origens”, percebe-se que esse é um campo de encontro de vários autores com as mais variadas leituras, que possibilitam as interpretações e não a interpretação, para a

análise qualitativa. Dentre os enfoques teóricos mais utilizados para a interpretação da pesquisa qualitativa nos serviços de saúde está a fenomenologia.

Para Bosi e Mercado-Martinez (2004) a fenomenologia é a busca por uma via de investigação do humano, sem com isso excluir sua natureza. O método fenomenológico que começa com a abertura da consciência à captação do fenômeno dá conta de uma análise de tudo que se apresenta originariamente.

Na fenomenologia, quando fala em essência, em evidência, em verdade, tudo isso só pode ser entendido como presença, pois o ponto de surgimento da verdade é, seguramente, esta **experiência vivida** onde estes objetos e este mundo estão agora diante de mim sem que eu possa recusar sua presença. (CARVALHO, 2006, p. 85, grifo nosso).

A fenomenologia é, antes de tudo, uma atitude, um processo de pensamento e um meio de reaprender a ver a realidade. A proposta fenomenológica se preocupa com a existência, é uma ciência que busca a **compreensão do vivido** a partir da vivência dos próprios informantes da questão investigada.

Além da compreensão das experiências vivenciadas, a interpretação dos sentidos da ação dos sujeitos é a base para a produção do conhecimento em uma pesquisa qualitativa.

Um dos maiores e mais constantes equívocos dos praticantes da interpretação qualitativa é o de confundir o seu objetivo, pois ela não se direciona à interpretação de fatos sociais mas à interpretação das interpretações dos atores sobre os fatos, práticas e concepções. (DESLANDES; GOMES, 2004, p. 108).

A pesquisa qualitativa permite a interpretação do que os atores participantes do estudo percebem e refletem a respeito do que é posto em questão, ou seja, não se trata apenas de um processo de análise dos fatos.

Analisar as representações na ordem do qualitativo é operar uma “dupla hermenêutica”, ou seja, reinterpretar as interpretações desses sujeitos. (DESLANDES; GOMES, 2004, p. 109).

Para a interpretação nessa abordagem, a antropologia é outra disciplina que dá um bom suporte, porque nessa disciplina, pesquisar pode ser entendido como sinônimo do ato interpretativo. A contribuição interpretativa da antropologia, tal como a fenomenologia encontra-se no espaço da compreensão dos fenômenos diante da multiplicidade de fatores que interagem com o ser humano no seu contexto de vida. Na

área da avaliação em saúde, por exemplo, a interpretação na visão da Antropologia, está na compreensão de como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam a ocorrência da doença, os tratamentos em que acreditam e a quem recorrem ao sentirem doentes. (DESLANDES; GOMES, 2004, p. 111). Um outro aspecto importante na compreensão da saúde, na Antropologia, é o que propriamente associa-se à doença ou à saúde, porque muitas vezes “o que o profissional associa à doença pode ser interpretado como signo de saúde por parte de segmentos sociais específicos”.

No contexto desse estudo e reconhecendo a Avaliação em Saúde como um instrumento de aproximação da realidade da situação de saúde de um grupo social, é explícita a necessidade (necessidade definida como qualidade do que é necessário, do que é essencial) de uma abordagem qualitativa para esse campo de investigação, cabendo a mim como sujeito pesquisador, observar o fenômeno na sua originalidade, interagir com este e por meio de um exercício hermenêutico interpretar as concepções ou as interpretações dos participantes do estudo, dialogando com o referencial teórico que foi construído neste trabalho.

Em se tratando da saúde na atenção básica – lembrando que é a “porta de entrada” do usuário no sistema de saúde, e onde está a maior parcela da população, com as suas necessidades e em um contexto de vida que, muitas vezes, supõe fatores limitantes para o seu bem-estar, compreender o que os profissionais de saúde responsáveis pela avaliação e monitoramento dessas ações compreendem sobre o que é avaliação e suas finalidades, por exemplo, é um exercício hermenêutico que me inclui em um universo bastante amplo. Como parte desse contexto, a atitude mais elementar que exijo de mim mesma é a responsabilidade de me posicionar nessa realidade como um agente de mudanças, o que não condiz com a prática de simplesmente conhecer resultados através de médias estatísticas, para generalizar uma situação, sem pretender retroalimentar novas ações.

5.1 Descrição do Espaço da Pesquisa

Elegemos como espaço de observação, no âmbito deste estudo, o Estado do Ceará.

O modelo de reorganização de saúde do Estado do Ceará é o da regionalização da rede de ações e serviços, como condição para garantia da equidade e

do acesso aos serviços. O espaço territorial do estado está dividido em 3 (três) Macrorregiões (MAPA 1, no ANEXO D), e 21 (vinte e uma) Microrregiões (MAPA 2, ver ANEXO E) são as Células Regionais de Saúde (CERES), que por sua vez, estão subdivididas em 96 (noventa e seis) Módulos Assistenciais e 29 (vinte e nove) Pólos (Microrregionais e Macrorregionais).

Apesar de as regiões e seus municípios não serem um espaço direto de investigação cabe nesse momento definir resumidamente o papel dos níveis de regionalização como as CERES, que é, em si, a operacionalização das microrregionais e suas subdivisões, pois cada espaço dentro desse processo de regionalização corresponde a um “braço” do nível central da SESA - esse é propriamente o espaço estudado.

O Sistema Estadual de Saúde do Ceará é formado por Sistemas Microrregionais de Saúde e por Sistemas Macrorregionais de Saúde. Nas microrregiões de saúde são estruturados os Sistemas Microrregionais de Serviços, que constituem a atenção à saúde básica e a atenção à saúde secundária, aí estão as ações de Saúde Pública e as ações e serviços de apoio que integram esses dois níveis de atenção. As unidades de referência de primeiro nível são os municípios-sede dos “Módulos Assistenciais”, as de segundo nível são os “Pólos Microrregionais” (hospitais de referência dos municípios-pólo) e as de terceiro nível são os “Pólos Macrorregionais.” E nos Sistemas Macrorregionais está a atenção terciária, que é o terceiro nível de referência, e respondem por serviços especializados de alta complexidade e de elevado custo. (NORÕES, 2001).

As CERES são a forma de organização dos municípios e são órgãos de representação da Secretaria Estadual da Saúde nos municípios. Dentre os seus vários papéis, destacamos a organização da atenção primária em cada município, cuja estratégia é o Programa de Saúde da Família (PSF) como já mencionado no Capítulo 2. A; organização da atenção secundária, ou seja, dos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade com especialidades básicas; a Pactuação, que acontece através da formação de uma Comissão Intergestora Bipartite Microrregional, com característica paritária, composta por secretários municipais de saúde e representantes da Secretaria da Saúde do Estado; controle público, onde serão fortalecidos os conselhos municipais de saúde; organização da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, controle de endemias e sistema de informações em saúde; a implementação da assistência farmacêutica, controle e avaliação; apoio diagnóstico e terapêutico na microrregião; a importante ação de

integração, em que os níveis de atenção básica, secundária e terciária, formarão um sistema integrado, dentre esses as centrais de regulação micro e macrorregionais para viabilizarem o sistema de referência e contra-referência de usuários e a mobilização social, onde a população, lideranças e profissionais de saúde deverão ser envolvidos na construção de um processo participativo da rede de serviços.

Vale assinalar que é no sistema de referência e contra-referência que estão as unidades de Módulos Assistenciais que recebem referência da atenção básica e executam ações básicas da atenção secundária e os Pólos Microrregionais executam ações de média complexidade na atenção secundária e recebem a referência dos Módulos Assistenciais e referenciam aos Pólos Macrorregionais na atenção terciária.

Em poucas palavras, podemos dizer que são nesses espaços onde, de fato, as ações acontecem, onde está o campo das relações, por exemplo, usuário/profissional, profissional/profissional, das trocas, das intervenções, enfim, onde usuários buscam atendimento na rede de serviços, a maioria, em nível da atenção básica à saúde, podendo ser atendidos ou referenciados para os locais com as condições de prestar atendimento.

As ações e os serviços Micro e Macrorregionais são operacionalizados por meio de uma Programação Pactuada Integrada (PPI) entre gestores, referendada pelos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e pelas Comissões Intergestores Bipartite, Microrregionais e Estadual. A PPI expressa as responsabilidades do Estado e dos municípios para a assistência à saúde da população, organizada de modo regionalizado, hierarquizado e integrado.

Segundo Ugá et al. (2003), a PPI surgiu na Norma Operacional Básica (NOB/96) e no contexto da regionalização dos serviços de saúde, sendo consolidada na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que regula, atualmente, o processo de descentralização e que tem como principais objetivos o alcance da integralidade e equidade, e o cuidado à saúde da população de um município, no contexto da diversidade das necessidades e da respectiva condição de cada município, ofertar os serviços necessários para a sua população. Em outras palavras, a PPI consiste em acordos que os municípios fazem entre si a respeito das necessidades de cuidados que um grupo de pacientes necessita em um período, realocando recursos para esse fim, com o município pactuado. A pactuação tem o objetivo de equacionar os encaminhamentos e garantir os serviços de saúde que a população necessita, no local mais próximo ao seu domicílio. (BLEICHER, 2003, p. 53).

Por uma série de questões, a PPI não condiz com o que, de fato, ela se propõe nos papéis das leis, quaisquer que sejam estas. O que vemos, na realidade, são os acordos que são elaborados em torno de vantagens políticas partidárias entre os mais interessados no seu próprio bem e não os princípios da equidade e da acessibilidade, sendo postos na prática da vida do usuário que necessita dos serviços de saúde, que, atualmente, constituem-se um direito para todo cidadão brasileiro. Caso a operacionalização da PPI acontecesse na realidade dos municípios do Ceará, certamente não estaríamos diante dos graves problemas de falta de acesso aos serviços de saúde que a população vem enfrentando.

O Estado do Ceará, através da Secretaria da Saúde (SESA), habilitado na Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE), conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001 e 2002), tem como missão “garantir a gestão plena do sistema estadual de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população”. (UNIVERSIDADE..., 2004, p. 13). No período 1999/2002, a SESA teve sua atenção voltada para o desenvolvimento das ações de saúde, cujo foco esteve centrado no alcance das grandes metas governamentais: redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças neoplásicas, acidentes de trânsito e homicídios. Os resultados obtidos nesse exercício representam avanços na melhoria dos indicadores de saúde.

No período seguinte, organizado conforme estrutura própria do Estado, que corresponde ao período de 2004 a 2007, observa-se que a avaliação ainda não está integrada ao processo de gestão. Nesse caso, percebemos a presença do planejamento, considerado uma ferramenta importante no processo de gestão dos serviços de saúde, mas que é integrante de um processo, em que outros componentes como a avaliação e o monitoramento, que são partes fundamentais, para que as ações possam ser observadas na sua amplitude, não são contemplados. Ou seja, a ferramenta planejamento é utilizada para implementar as ações previstas, por um outro lado, o sistema não pode ser retroalimentado sem a presença da avaliação e do monitoramento.

Vejamos os oito focos estratégicos do Estado do Ceará, estabelecidos por meio da estruturação do seu Planejamento Estratégico, para o período já referido. (UNIVERSIDADE..., 2004):

1. Fortalecimento e expansão da atenção do nível primário;
2. Fortalecimento da atenção à saúde dos níveis secundário e terciário;
3. Vigilância em saúde;

4. Controle social e institucional do SUS;
5. Desenvolvimento institucional, humanização da atenção à saúde e qualidade do atendimento;
6. Desenvolvimento de recursos humanos e gestão do trabalho;
7. Ensino e pesquisa em saúde;
8. Ciência e tecnologia em saúde.

Sem pretender apresentar conclusão sobre o assunto estudado, vale destacar que os pontos estratégicos definidos pelo Estado, evidencia a atenção que é direcionada ao processo de execução das ações, nos mais diversos âmbitos do sistema. Contudo, as atividades de monitoramento e avaliação não são evidenciadas como uma ação inerente ao cotidiano dos serviços. Ao passo que o objetivo principal da avaliação é que ela seja usada, e que o valor dessa prática estaria centrado na sua utilidade e aplicabilidade. (PATTON, 1997, p. 63).

Ainda sobre o espaço em que o estudo aconteceu, apresentamos os componentes da estrutura organizacional da SESA:

- 1- Conselho Estadual de Saúde;
- 2- Secretário, Secretário adjunto, Coordenadoria do Gabinete, Controle Interno;
- 3- Assessorias: Jurídica, Comunicação, Educação em Saúde e Articulação às Instâncias Colegiadas, Comissão Intergestores Bipartite e Ouvidoria em Saúde;
- 4- Coordenadorias: Políticas de Saúde, Microrregionais de Saúde, Apoio e Desenvolvimento da Atenção à Saúde, Rede de Unidade da SESA, Vigilância, Controle e Avaliação, Administrativo-financeira, Núcleo e Células.

O organograma dessa estrutura pode ser observado no ANEXO B.

A área da Atenção Primária situa-se na Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde (CODAS), onde está situado o Núcleo de Apoio à Organização dos Níveis de Atenção à Saúde /Atenção Primária (NUORG). Veremos adiante que este será o grupo estudado.

Por outro lado, o gerenciamento dos sistemas de informação oficiais está sob a responsabilidade de uma outra Coordenadoria da SESA, que é a Coordenadoria de Políticas em Saúde (COPOS) - Área de Informação em Saúde do Núcleo de Epidemiologia.

A articulação da área de Informação em Saúde com a de Atenção Primária se dá para informar essa segunda área quanto à situação de alimentação dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), porque em caso de falta desses dados por mais de 60 dias (que é um critério, segundo portaria ministerial) há uma suspensão da transferência de recursos para a atenção básica, cancelamento da certificação da epidemiologia e controle de doenças e uma conseqüente suspensão de recursos para a Área de Epidemiologia também. (BRASIL, 2004c).

Nesse contexto, onde não é clara a inserção das práticas avaliativas no serviço da atenção básica à saúde, e que a avaliação e monitoramento das ações estão na visão que o SIAB pode suportar, o Ministério da Saúde dá início ao Projeto de Expansão do Saúde da Família (PROESF). Com o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde subsidiado com recursos, fonte de empréstimo internacional com o Banco Mundial, dá início ao PROESF, em todos os estados, que está estruturado em três componentes: 1): Conversão e Expansão Municipal do PSF; 2): Desenvolvimento de Recursos Humanos do PSF e 3) Monitoramento e Avaliação. Vale destacar que a avaliação está inserida no componente 3 e suas ações têm como objetivo a institucionalização da avaliação na atenção básica, por meio do fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação das secretarias estaduais de saúde.

A avaliação está inserida no Componente 3, porque o projeto PROESF tem como objetivo que, as ações de monitoramento e avaliação, enfim, possam fazer parte do cotidiano dos profissionais e gestores dos serviços de saúde e uma das propostas desse componente do Projeto é a elaboração de um “instrumento de avaliação e monitoramento” que seja operacionalizado no interior dos serviços da atenção básica à saúde. (BRASIL, 2004c). É no componente 3 que está inserido o “plano estadual para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica no estado do Ceará”, projeto já referido anteriormente, que é desenvolvido em parceria com o Centro Colaborador e constitui uma experiência concreta, na qual encontra-se nosso objeto de estudo.

5.2 Critérios de Amostragem e Escolha do Grupo da Pesquisa

A escolha dos informantes se fundamentou nos princípios da tradição

qualitativa, na qual não se confere relevância à representatividade estatística da amostra, no sentido de possibilitar a generalização dos achados. (TRIVIÑOS, 1987; PATTON, 1987; MINAYO, 1998). Nestes termos, a amostra foi dimensionada a ponto de permitir a “[...] exaustão, ou seja, a recorrência das categorias no material coletado” (BOSI, 1996, p. 30) e a subsequente compreensão, em profundidade, da produção subjetiva emergente na relação com os grupos/atores investigados.

Para tanto, Minayo (1998) propõe alguns critérios básicos para a amostragem:

- 1- Definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação;
- 2- Não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa;
- 3- Embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva, encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria;
- 4- Prever uma triangulação, isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de abordagem.

Quadro 2 – Critérios Básicos para a Amostragem

Segundo Minayo (2004, p. 102) a amostragem qualitativa: 1- privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; 2- considera-os em número suficiente para permitir uma reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; 3- entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; 4- esforça-se para que a escolha do grupo de observação e informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Com base nesses critérios da amostragem qualitativa, os informantes-chave deste estudo são os técnicos de nível superior da Secretaria da Saúde do Estado, nível central, atuantes no Núcleo de Apoio à Organização da Atenção Primária (NUORG), inserido na Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento a Atenção à Saúde.

O critério principal para entrar nesse grupo focal era fazer parte do NUORG, pois consideramos que os 06 técnicos e a coordenadora dessa unidade nos forneceriam as informações centrais para compreendermos as concepções sobre avaliação da atenção básica em saúde; um outro critério foi a escolaridade, que para garantir a homogeneidade convidamos os técnicos de nível superior, uma vez que pressupõe-se que estes estão numa mesma linha de atuação, desenvolvendo atividades semelhantes.

Foi realizado um contato com a coordenadora do núcleo para prever data e horário que garantissem a participação de todos os membros de interesse, para esse grupo focal. No segundo momento, retomamos o contato para confirmar a data prevista pela coordenadora, para ambas as partes, após a coordenadora ter consultado todos os membros da equipe (total de 07) e o “centro colaborador” organizar-se quanto à participação dos membros envolvidos, observando a viabilidade da infra-estrutura necessária para um bom desempenho do grupo.

Vale lembrar que essa atividade da pesquisa fez parte de uma experiência concreta do “centro colaborador” e que a equipe do NUORG também tinha interesse de participar do grupo focal, porque estávamos construindo conjuntamente, uma proposta do plano de monitoramento e avaliação. A perda amostral de um informante ocorreu dada a ausência de uma técnica da entidade, devido a problemas de saúde que impossibilitaram sua participação.

Essa experiência faz parte da execução do componente 3 do PROESF – SESA, em parceria com o centro colaborador, conforme descrito anteriormente, e trata-se de uma experiência em que estive como membro participante do grupo de pesquisadores do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará. A escolha e a organização do grupo focal foram realizadas pelos coordenadores do projeto e por mim, cabendo assinalar que os coordenadores são os orientadores neste estudo.

5.3 Construção das Informações

Para apreensão das narrativas que compõem o quadro empírico, foi utilizada a técnica de Grupos Focais. Segundo Morgan (1998a) e Cotrin (1996) o grupo focal é uma técnica de pesquisa de coletar informações de natureza qualitativa, em discussões de grupo. Ainda segundo Morgan (1998a) vale destacar que os grupos focais configuram-se ocasiões próprias e especiais para obter informações a respeito de questões específicas que se pretende pesquisar.

Um bom grupo focal é aquele em que tanto os participantes quanto os facilitadores têm interesse no assunto discutido. (MORGAN, 1998a). Pode ser considerada uma entrevista de grupo (COTRIN, 1996) e é denominado “focal” porque a discussão está focada em um tópico específico.

Morgan (1998a) ao discutir o método do grupo focal assinala que a diferença desse método de construção da informação de qualquer outro método é a “discussão de grupo”. Demonstrando a riqueza da interação que ocorre na discussão de grupo, no grupo focal, Morgan (1998a, p. 32) afirma o seguinte: [...] *during the discussions in a focus group, you learn a great deal about the range of experiences and opinions in the group.*

Portanto, foi utilizado o grupo focal, e não as entrevistas individuais a fundo, porque a primeira técnica, além dos aspectos já mencionados, apresenta características importantes para o objetivo deste trabalho, dentre elas: 1) interação em grupo: a discussão em grupo, já discutida antes, permite a interação entre os membros do grupo e, a partir daí, ocorrem trocas de informações, fomentando respostas mais ricas e idéias próprias do grupo. Além disso, esses aspectos podem apontar a discussão para uma nova direção, com questões que dizem respeito à realidade vivenciada no contexto e no tempo em que o grupo está situado; 2) observação: a técnica do grupo focal permite também a observação direta das pessoas, porque os grupos focais são ocasiões em que se criam situações reais da prática de um grupo em que se pode perceber suas atitudes, comportamentos, percepções a respeito de algo e até mesmo a interação entre eles, porque através do debate que vai acontecendo a partir do desenvolvimento da discussão há maior aproximação dos membros do grupo uns com os outros e com o tema abordado; 3) tempo e recursos: o grupo focal requer menos tempo para obter mais informações, porque em uma só ocasião é possível propiciar o debate com a presença de todos os informantes-chave, portanto, representam também menos custos que realizar uma série de entrevistas individualmente. (DEBUS, 1988; MORGAN, 1998a).

Observa-se que o grupo focal é um método em que é possível acessar informações para o bom êxito de uma pesquisa, entretanto, tudo depende de uma cuidadosa preparação de todos os aspectos que são parte desse minucioso processo de obtenção de informações.

Segundo Morgan (1998b) os pontos essenciais para a organização de um grupo focal são: planejamento das ações, recrutamento ou seleção dos participantes, moderação ou condução do grupo focal e análise dos dados. O planejamento e a operacionalização de um grupo focal são uma parte que requer muito empenho e atenção a todos os detalhes que podem comprometer o todo de uma pesquisa.

As decisões básicas do processo de planejamento vão desde a definição dos objetivos e resultados do projeto, passando pelos papéis de cada participante, assim

como a escolha do local, data e duração das sessões, indo até elementos específicos da análise para elaboração do relatório final. Como assinala Morgan (1998d, p. 5) *It all depends on what you want.*

A seleção dos participantes é uma etapa de grande importância na organização do processo e precisa ter definido e claro o que se quer estudar, porque é necessário:

- 1) Definir os informantes que são centrais para a discussão do assunto estudado - seus segmentos e características que definirão a composição e os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, assim como a formação de cada grupo;
- 2) Fazer um contato inicial com os participantes em potencial, deixando claro a importância do ponto de vista deles para o objetivo do estudo e,
- 3) Determinar como proceder com os convidados que estarão presentes.

Segundo Morgan (1998a) e Cotrin (1996) o grupo focal, em si, já tem início com a recepção dos participantes que devem ser cordialmente recepcionados e convidados a aguardar em um ambiente agradável, com a presença do moderador e seus auxiliares, incentivando uma conversa informal, abordando temas do cotidiano comuns a todos, como por exemplo: o clima, o trânsito, alguma notícia do momento, tudo isso para criar um ambiente de descontração. Assuntos referentes ao tema central do grupo focal devem ser evitados.

A condução do grupo focal geralmente é feita pelo pesquisador e auxiliada por seu (s) assistente (s), e é necessário que o moderador se apresente e brevemente exponha os objetivos do encontro, de maneira clara e objetiva. Segundo Morgan (1998c) colocar-se como aprendiz no processo é uma inteligente forma de introduzir um grupo focal. O segundo passo é deixar clara a forma de funcionamento do grupo, como horário, utilização dos microfones e seu objetivo e os aspectos éticos da pesquisa, apresentando o “Termo de Consentimento”, explicando e deixando claro que não são obrigados a participar da pesquisa, ressaltando o sigilo da pesquisa e a não utilização de nomes, inclusive não sendo necessário, em momento algum, se referir a nomes dos membros.

Uma regra que precisa ser enfatizada é que o grupo não necessita ter respostas prontas para as questões e que não se busca consenso naquele momento, ressaltando a importância das divergências e que a multiplicidade de concepções é bem

aceita e favorável para a construção do conhecimento, reforçando-se esse princípio até mais de uma vez, caso necessário no decorrer da discussão. Segue-se, então, com uma rodada de apresentação que pode conter, por exemplo, formação, tempo de experiência, enquanto o nome é uma informação opcional, que pode ser substituída por um apelido.

A condução do grupo focal pode ser classificada segundo a técnica de interrogatório, que pode ser “diretiva” ou “não diretiva” e, segundo, o estilo do grupo focal: “estruturado” ou “não estruturado”. (DEBUS, 1988, p. 38). A técnica “diretiva” utiliza perguntas dirigidas e limita as respostas em direção às especificidades que se pretende obter, enquanto a técnica “não diretiva” (opção deste estudo) lança para o grupo perguntas abertas, permitindo que os participantes expressem seus sentimentos, desejos, aspirações, e demonstrem suas atitudes de maneira mais próxima à realidade. Essa é a melhor técnica para realizar grupos focais.

Quanto ao estilo do grupo focal, em um “grupo focal estruturado”, o moderador trabalha o grupo com um guia de temas onde serão abordadas perguntas de áreas específicas em que se pretende obter as respostas de uma temática previamente definida; em um “grupo focal não estruturado” utiliza-se um guia de temas, porém, os próprios participantes determinam o conteúdo da discussão do grupo. Nesse caso, a figura do moderador não intervém e a direção das respostas vai no sentido das significações relevantes para os participantes.

Geralmente, os grupos focais utilizam a técnica “não diretiva” e, na prática, são “semi-estruturados”, ou seja, o moderador utiliza uma pergunta norteadora, inserida em um roteiro norteador, que contém entre 2 e 5 tópicos (COTRIN, 1996) e mantém uma discussão em que se tratam os temas na medida em que flui o debate, e que novos temas emergem. (DEBUS, 1988, p. 39).

Uma característica importante do grupo focal é a homogeneidade dos membros do grupo em termos de características que interfiram na percepção do assunto em foco, para conferir um ambiente confortável e produtivo em que os membros não se sintam intimidados para expor seu ponto de vista e nem “que o grupo resulte em incontornáveis discussões frontais ou em uma recusa sistemática de omitir opiniões”. (COTRIN, 1996, p.287). No caso de não se ter um grupo homogêneo, faz-se necessário que o moderador reconheça as diferenças que caracterizam o grupo e, conseqüentemente, organize essas diferenças, de modo a não interferir na condução do grupo, para que a discussão possa acontecer.

As técnicas de análise também devem considerar as diferenças na

composição do grupo, de modo a que se possa até fazer comparações entre as diferentes categorias de participantes e conhecer o perfil dos membros de cada categoria. (MORGAN, 1998b). As informações obtidas por meio de grupos focais são de natureza qualitativa e isso implicará a adoção de um processo indutivo, onde as categorias se formam a partir das informações já citadas.

Morgan (1998b) descreve que, em geral, um grupo focal é mais bem conduzido quando coincidem os interesses dos participantes com o do pesquisador.

No âmbito deste estudo, o planejamento do grupo focal foi realizado em reunião no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, com a participação dos dois professores coordenadores do projeto, três professores participantes do Núcleo de Estudos e duas alunas da pós-graduação, dentre estas eu e uma colega que vimos trabalhando com pesquisa qualitativa, definindo os pontos citados acima que compuseram a etapa do planejamento.

Os objetivos do trabalho e resultados que pretendíamos obter com o grupo focal foram definidos de acordo com o projeto frente a SESA. Quanto aos papéis dos participantes, os dois coordenadores conduziram o grupo focal e as alunas, dentre elas a pesquisadora, assumiram o papel da observação.

Os grupos focais tiveram duração de, aproximadamente, 2 horas. Na qualidade de assistente, anotei aspectos da discussão, como observadora, pois na observação, que também é uma estratégia para obter informação, foram captadas as falas analógicas como gestos e interrupções de falas, realizado o fluxograma das falas, para verificar a detenção da informação que ocorre entre os membros do grupo. Ainda a respeito dos papéis da equipe auxiliar, a técnica de gravação das discussões foi realizada pela secretária do Curso de Especialização em Epidemiologia do mesmo Departamento da Universidade.

O dia e horário do grupo foram consensuados entre os membros do centro colaborador e os membros do NUORG, acordando-se em dia útil, o local previsto de realização, foi a Sala de Grupo Focal instalada no Departamento de Saúde Comunitária.

Um outro papel que assumi foi a organização do grupo, executando e coordenando ações como o contato com os participantes, agendamento e confirmação da participação dos membros convidados, organização da infra-estrutura do local, pois a Sala de Grupo Focal foi montada para essa atividade, além da organização dos equipamentos como microfones, gravadores e mesa de amplificação, que contou com a colaboração da secretária do curso de especialização, já referido anteriormente.

Nessa experiência, o grupo focal aconteceu segundo o priorizado por Morgan (1998a): iniciou com a recepção aos participantes que foram convidados a aguardar a atividade em uma sala vizinha com um ambiente agradável e informalmente uma conversa entre pesquisadores e convidados. Com o início da atividade, o coordenador do projeto saudou a todas (no gênero feminino porque o grupo era composto exclusivamente por mulheres, com exceção do coordenador). Com uma breve apresentação relatou sua formação profissional, o que, na prática, era dispensado, devido ao conhecimento que o grupo já tinha acerca do referido profissional, os objetivos do encontro e mencionou a equipe auxiliar do processo de condução do grupo focal, além de convidar o grupo a participar da discussão com informalidade e dinamismo.

Logo em seguida, a facilitadora do grupo apresentou-se, reforçou os objetivos do encontro, e apresentou as “regras do jogo” – na perspectiva do diálogo, da construção conjunta, da valorização das diferenças e das singularidades e da importância de cada membro no referido processo, além de um breve relato sobre a desconstrução das definições prontas e das fórmulas do “certo” e do “errado”. Logo depois, foi sugerido que o grupo se apresentasse, enfatizando a formação profissional e o tempo de experiência no NUORG, enquanto que a identificação por meio do nome era optativa.

Nessa ocasião, foram ressaltados os aspectos éticos da pesquisa, conforme já mencionado, destacando o anonimato dos informantes, o sigilo das informações e solicitando a autorização para gravação das falas e divulgação dos resultados da pesquisa, através de um Termo de Consentimento, que se encontra no APÊNDICE A, deixando claro que os informantes eram livres em optar por participar ou não da pesquisa.

Todo o conteúdo das discussões foi gravado em fitas cassetes, após consentimento dos participantes. O projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), seguindo as recomendações contidas na resolução 196/96 – sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos; aprovado com parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa, vide ANEXO C. Por sua vez, adotamos no capítulo interpretativo, a utilização de nomes fictícios, como forma de preservar a identidade dos informantes, atribuindo, assim, um nome de cidade da Itália a cada informante.

O instrumento utilizado para a obtenção do material foi um eixo com algumas perguntas condutoras, descritas a seguir:

Quando eu falo em avaliar, ou quando vocês falam em avaliar, o que é que vocês entendem por esse conceito? O que é avaliar para vocês, como vocês poderiam, de algum modo, definir isso pra gente? O que significa isso para vocês? (Facilitadora do Grupo Focal).

Nesse momento, a facilitadora destacava que não era necessário ouvir definições bem elaboradas, porque o que, de fato, interessava era o sentido atribuído à avaliação, tal como eles a percebiam. Dessa forma, tentava estimular a verbalização e a interação entre os participantes do grupo focal.

As perguntas condutoras iam sendo desdobradas em novas perguntas, à medida que o grupo expressava opiniões, sentimentos e ocorria a interação entre os membros, promovendo, então, discussão e os novos aspectos que saltavam das falas eram agregados, de modo a que todos os membros tivessem oportunidade de expressar seu pensamento.

Uma consideração importante a respeito desse grupo foi a presença de técnicos e coordenação no mesmo espaço de discussão, o que poderia configurar uma heterogeneidade e impedir a participação de todos os membros. Entretanto, a facilitadora mediou o grupo com uma estratégia de contato com os informantes que evidenciou e tornou possível trabalhar a assimetria existente no grupo, reproduzindo o mundo real das relações institucionais da SESA, com a lógica de poder no interior do próprio grupo, em que os aspectos a seguir ilustram essa situação:

- 1) Clima tenso no grupo, apesar das informações necessárias serem obtidas;
- 2) Tempo de fala sempre maior da coordenadora do grupo;
- 3) A coordenadora assume uma postura de permanecer de costas para o grupo e de frente para os facilitadores;
- 4) Coordenadora do grupo manda que um membro fale;
- 5) Coordenadora incomoda-se com alguns movimentos dos membros e,
- 6) Maioria dos membros do grupo complementam a fala da coordenadora, apenas um membro apresenta discordância expressiva das suas opiniões.

Vale ressaltar que o clima tenso, em que esteve o grupo por alguns momentos, não foi um fator limitante para obter as informações necessárias para o

desenvolvimento da pesquisa, pois a técnica utilizada pela facilitadora permitiu interação e trocas entre os participantes na maior parte do tempo de discussão do grupo.

A transcrição das fitas das gravações da discussão do grupo focal foi realizada com a supervisão e o apoio da pesquisadora. Essa é uma fase da pesquisa em que transpomos para o papel todas as falas de maneira literal, ou seja, tal como estas se apresentam na gravação. Apreendemos o fenômeno tal como ele é, com a originalidade que é própria, assim como permitindo uma interação entre o pesquisador e o “objeto pesquisado”.

5.4 A Organização e Análise dos Dados

Uma realidade em relação às técnicas de análise de informações qualitativas é que a bibliografia é apresentada de maneira vaga. E os estudos de natureza qualitativa também não demonstram como ocorreu a interpretação das informações.

Entretanto, no presente estudo, o plano de análise que utilizamos dialoga em vários momentos com a Fenomenologia / Hermenêutica numa perspectiva crítica.

“A hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. A linguagem constitui o núcleo central da comunicação”. (MINAYO, 1998, p. 220).

A análise dos dados qualitativos é caracterizada por Patton (1990, p. 381) como um “processo criativo”. “É também um processo que demanda disciplina intelectual, rigor analítico e bastante trabalho”.

Uma questão inerente a esse processo de análise, é a dinâmica da interpretação. Cabe esclarecer que a mesma teve início já na etapa da construção das informações, no momento da discussão dos grupos focais, quando de maneira ainda incipiente vislumbrávamos os sentidos que eram atribuídos às falas dos informantes.

Após a transcrição das falas, passei para o momento final da organização das informações; em etapa posterior, foram realizadas leitura das anotações de campo e a leitura transversal das transcrições, repetidas vezes, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação das “unidades de significação”, expressa nos vários “temas” presentes nas narrativas e que constituíram o eixo da análise empreendida. (UCHIMURA, 2001).

Um aspecto importante é que as várias leituras das transcrições do grupo

focal e das anotações de campo da pesquisadora permitiram “uma visão da informação em seu conjunto, dos temas emergentes, de seu alcance e do enfoque do estudo”. (MERCADO-MARTINEZ, 2004, p. 147).

Na seqüência da leitura transversal, surgiram os vários “temas” percebidos nas falas dos membros do grupo focal, observando estes no contexto em que estão inseridos. Sendo assim empreendida, a análise das informações foi estruturada, inicialmente, em torno de quatro temas centrais, a saber: Concepções de Avaliação; Finalidades da Avaliação; A Experiência com Avaliação; O Espaço da Qualidade na Avaliação.

Após organizar os quatro temas com as suas respectivas dimensões, observou-se uma estreita relação entre as narrativas, no que diz respeito aos temas: Concepções de Avaliação e Finalidades de Avaliação, tornado os mesmos um só tema, redefinido como: Natureza e Finalidades da Avaliação.

A partir da organização e análise das informações, procedemos a interpretação das informações e à construção da “rede interpretativa”. (GODOY; BOSI, 2004).

Em relação à compreensão da “rede interpretativa”, é importante ressaltar que essa sistematização em torno de “temas”, no entanto, “não expressa uma autonomia de cada tema (e de suas dimensões) em relação aos demais; trata-se, antes, de um recurso de exposição que, na medida do possível, buscará revelar o entrelaçamento entre eles, daí a idéia de rede”. (GODOY; BOSI, 2004, p. 247).

Portanto, a análise deste estudo foi empreendida em torno de três temas, quais sejam:

- 1) Natureza e Finalidades da Avaliação;**
- 2) A Experiência com Avaliação e,**
- 3) O Espaço da Qualidade na Avaliação.**

Posteriormente, com base no referencial teórico construído e nas categorias analíticas que fundamentam o estudo, foi realizado um diálogo entre os planos empírico e teórico, caracterizando o exercício pretendido.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A análise das informações qualitativas obtidas neste estudo compreende a interpretação das percepções dos informantes a respeito da temática avaliação. Com base na fenomenologia-hermenêutica, essa análise não apenas implica na identificação das informações relativas à avaliação, mas também envolve a interpretação tanto de quem descreve suas próprias experiências como a do investigador. (MERCADO-MARTINEZ, 2004).

Os temas centrais que emergiram das falas dos entrevistados foram os que seguem:

- **Natureza e finalidades da avaliação;**
- **A experiência com avaliação e,**
- **O espaço da qualidade na avaliação.**

Esses temas constituem o eixo central da nossa análise. Os mesmos foram estabelecidos para se complementarem as dimensões que emergiram das falas dos informantes. Assim, foi possível estabelecer a dinâmica das relações, iniciando-se o exercício interpretativo por meio do diálogo com o referencial teórico.

As dimensões encontradas referentes ao tema “Natureza e Finalidades da Avaliação” são:

- a) **O lugar da avaliação em um projeto:** que corresponde ao lugar da avaliação na execução das ações no serviço de saúde, relacionando-o com o processo de gestão na saúde, bem como o lugar das práticas avaliativas em um serviço, que podem configurar a avaliação como uma importante ferramenta do processo gerencial. Também, nessa dimensão, é discutida outra concepção de avaliação, que corresponde à mensuração de resultados no final das ações de programas específicos de saúde;

- b) **Mudança de comportamento:** que compreende uma breve discussão sobre a necessidade de uma mudança de comportamento, dos atores do serviço, para que a avaliação possa ser percebida como um processo inerente às ações do próprio serviço de saúde;
- c) **Objetivos e finalidades da avaliação:** que nos permite a compreensão da importância da avaliação ter seus objetivos e finalidades evidenciados no serviço. De forma que a avaliação possa apresentar resultados e que esses sejam utilizados para dinamizar e propor mudanças para os serviços e programas de saúde.

As dimensões encontradas no tema “A Experiência com Avaliação” são:

- a) **Avaliação no NUORG e na SESA:** onde discutimos uma estrutura organizacional institucional em que a avaliação é realizada individualmente em cada setor e, por fim, a avaliação não apresenta a capacidade de articulação e mobilização do serviço da atenção básica;
- b) **Modelos de avaliação:** que compreende experiências de avaliação de primeira geração, com ênfase na medição dos fenômenos avaliados e uma dissonância em relação à utilização de métodos de investigação e a natureza do objeto que se pretende conhecer;
- c) **Acerca dos enfoques e abordagens, e complexidade da avaliação de serviços de saúde:** onde apresentamos uma discussão acerca dos fatores que implicam na dificuldade de operacionalizar a avaliação nos serviços de saúde;
- d) **avaliação quantitativa e a utilização do sistema de informação** que corresponde às experiências de avaliação centradas na abordagem quantitativa com a utilização do sistema de informação que subsidia processos burocráticos e uma experiência de avaliação verticalizada, baseada em critérios e normas desconhecidos pelos atores do processo avaliativo.

As dimensões encontradas no tema “O Espaço da Qualidade na Avaliação” são:

- a) **Concepção de qualidade:** que nos permite o entendimento da polissemia do termo qualidade, assim como as dimensões que o mesmo assume no campo da Saúde Pública, evidenciando os equívocos quanto a sua utilização. Também assinalando a utilização de métodos de pesquisa que não têm a capacidade de dar respostas a uma avaliação da qualidade de programas de saúde;
- b) **Avaliação da qualidade *versus* avaliação qualitativa:** que nos permite evidenciar que o método utilizado em um processo avaliativo está estreitamente relacionado com a natureza do objeto que pretendemos estudar.

TEMAS CENTRAIS	NATUREZA E FINALIDADES DA AVALIAÇÃO	A EXPERIÊNCIA COM AVALIAÇÃO	O ESPAÇO DA QUALIDADE NA AVALIAÇÃO
DIMENSÕES	O lugar da avaliação em um projeto	Avaliação no NUORG e na SESA	Concepção de qualidade
	Mudança de comportamento	Modelos de avaliação	Avaliação da qualidade <i>versus</i> avaliação qualitativa
	Objetivos e finalidades	Acerca dos enfoques e abordagens e complexidade da avaliação em serviços	
		Avaliação quantitativa e a utilização do sistema de informação	

Quadro 3 – Modelo Esquemático da Análise Empreendida

Vale ressaltar que o processo de análise deste estudo não dá conta de todos os aspectos que merecem ser abordados na temática avaliação; no decorrer das falas dos participantes do grupo focal obtive um leque de informações, todavia, discutimos, aqui, interpretação das informações de maior importância ante os objetivos da presente pesquisa.

Na análise que iremos empreender a seguir observamos que a fala dos informantes trata, na maior parte das vezes, de experiências muito concretas, de maneira extremamente viva, real, abordando sentimentos, vivências profissionais e pessoais,

partilhas de vida, até mesmo sonhos e desejos profissionais. Essa realidade evidencia que a avaliação de programas e serviços faz parte do cotidiano desse grupo que trabalha na atenção básica à saúde.

O tema “A Experiência com Avaliação” acaba por englobar uma diversidade de informações que, em certos momentos, pode coincidir com os outros temas, daí enfatizarmos a noção de Rede Interpretativa, conforme descrito anteriormente.

6.1 Natureza e Finalidades da Avaliação

6.1.1 O lugar da avaliação em um projeto

Observamos que na experiência prática dos informantes, o lugar da avaliação nas ações dos programas, nos quais eles tiveram experiências anteriores ao trabalho no NUORG, está definido como a última etapa do processo, ou seja, no final da execução das atividades de um serviço.

[...] porque sempre fica pro final, na etapa final, e, de repente, a gente não conclui por uma série de outras coisas ou não faz de uma forma bem feita [...] (Veneza).

Entretanto, na concepção dos informantes, a avaliação deveria ser contínua e ser desenvolvida no decorrer das ações programáticas do serviço. As denominações usadas para definir a avaliação durante o processo aparecem, como:

Avaliar por etapas [...] (Bolonha).
Avaliar de maneira contínua [...] (Veneza).
[...] avaliar como uma espécie de planejar. (Florença).

Ou seja, a avaliação, necessitaria ser um processo inerente ao serviço e que fizesse parte da operacionalização das atividades de um programa ou do próprio serviço de saúde.

Eu acho assim que a avaliação não é você fazer um projeto e no final você avaliar Cada etapa que você vai fazendo daquele projeto, você tem que fazer uma avaliação pra ver se tem que modificar aquele projeto, se ações que você está fazendo estão dando certo, se está tendo algum resultado. Avaliou e não deu certo, então vamos mudar esse projeto. Eu acho que avaliação é isso, é você estar sempre avaliando as ações que está fazendo pra mudar e chegar a um resultado positivo. (Veneza).

[...] eu acredito no processo e que a gente começa avaliar por etapas, e não só no final; não é uma coisa que é finalizada, é uma coisa contínua, que a gente tem sempre que estar se auto-avaliando, avaliando as equipes para o crescimento dos projetos, dos programas, até do próprio contexto da saúde como um todo. Eu acho que avaliar é contínuo, não é aquela etapa final. (Assis).

A prática de situar a avaliação como uma etapa final de um projeto, é relacionado com a dificuldade que o serviço tem de avaliar suas ações. Porque como uma etapa isolada, a avaliação não terá a capacidade de redirecionar as ações para atingir os objetivos previstos no seu planejamento, e o monitoramento das ações cotidianas não serão úteis para o serviço de saúde. Assim como não terá o caráter útil de melhorar o programa, de forma a aplicar o resultado da avaliação, conforme assinala Aguilar e Ander-Egg (1994).

Avaliar um programa não é algo que se possa fazer em qualquer tempo e lugar, ou seja, não é algo que se possa realizar apenas porque se decide fazê-lo, são necessárias condições para que a mesma possa ser desenvolvida no interior do serviço, pelos atores do processo. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Enfim, podemos perceber que, na prática vivenciada pelos informantes, no NUORG, em geral, a avaliação não é realizada.

Avaliar. Sempre colocamos nos valores do projeto e nos preocupamos com as várias etapas dele e, a última etapa sempre está lá, avaliação. E muitas vezes no “fazendo” do processo a gente esquece no final de fazer avaliação. Você vai fazendo, vai adaptando, vai encaminhando, vai indo, e, às vezes, não pára pra avaliar como está esse processo; o que é que você precisa reformar, quais as idas e vindas que você tem que ter e atropela muitas vezes esse processo de avaliação Então é como eu considero hoje o PSF. (Bolonha).

Então, o próprio fazer do dia-a-dia, tem ação pra desenvolver; tem que consultar a regional pra poder supervisionar os PSFs e acabamos fazendo processos distantes e não propriamente avaliando o serviço e tomando decisão em cima disso. (Florença).

As concepções que os informantes apresentam sobre avaliação não estão relacionadas às experiências dessas práticas no cotidiano das ações no serviço de saúde. Ou seja, eles formulam uma concepção de avaliação como um processo contínuo, mas não operacionalizam essa visão na prática do serviço. Por fim, a avaliação não está interligada ao processo gerencial do NUORG.

Dessa forma, percebe-se que o lugar onde está prevista a execução das práticas avaliativas diz respeito a se a avaliação realmente, fará parte, ou não, das atividades do serviço. Patton (1997) relata sobre a importância da avaliação como uma ferramenta de gestão, e para isso, a avaliação precisa estar integrada ao processo gerencial, ou seja, ser compreendida na visão dinâmica de um processo gerencial, em que as suas diferentes dimensões se interligam entre si e co-dependem umas das outras, como segue a FIGURA 2 abaixo.

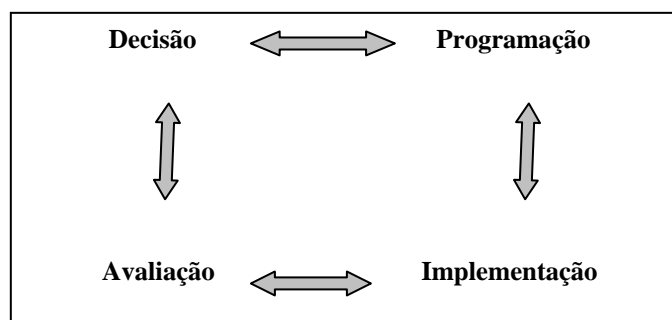


Figura 2 – Modelo Esquemático da Análise Empreendida

Dessa forma, “a avaliação se justifica pela capacidade de retroalimentar a gestão de uma organização”. (SERAPIONI, 2006b, p. 6). A avaliação deve ser utilizada durante o processo de negociação e acomodação das políticas, contribuindo no processo gerencial dos serviços de saúde e reduzindo o grau de incerteza dos gestores, quanto à aplicação de recursos, estruturação do orçamento financeiro e articulação com o planejamento das atividades do serviço. (SERAPIONI, 2006a).

Ainda Tanaka; Melo (2004) assinala que a avaliação em serviços de saúde necessita vir a ser um procedimento habitual e que faça parte do cotidiano na gestão, cujos elementos devem ser “articulados” com as ações e técnicas administrativas. “A avaliação é assim considerada como um campo de aplicação de outras áreas do conhecimento e outras ciências” (TANAKA; MELO, 2004, p. 124) em que no plano

teórico e metodológico é devedora por outras disciplinas como: Economia, Sociologia, Epidemiologia, entre outras.

Conforme descrito anteriormente, em geral, as práticas avaliativas não são realizadas no NUORG. Portanto, nas experiências de avaliação realizadas de maneira verticalizada, a partir do nível federal, as práticas de avaliação estão centradas na abordagem quantitativa.

A concepção da tradição quantitativa está centrada em mensuração de resultados e nas medidas de eficiência e eficácia dos programas de saúde. O contexto atual tende a massificação da pesquisa em avaliação, justamente, utilizando essas medidas para avaliar programas de saúde, tal questão merece reservas por parte dos avaliadores. (HARTZ, 1999).

Quanto às medidas de avaliação, Tanaka e Melo (2004) faz uma relação com a avaliação de programas específicos que estão ligados a financiadores externos, e estes, por sua vez, exigem a avaliação dos mesmos “em busca de resultados objetivos, portanto, quantitativos, capazes de revelar a capacidade de produção dos programas avaliados, de acordo com a inspiração do novo gerencialismo e das regras oriundas do mercado”. (TANAKA; MELO, 2004, p. 124).

Nessa visão, a avaliação tem o que podemos chamar de lugar definido na perspectiva de apresentar resultados no final de um programa, baseados em medidas de eficiência e eficácia. Com a finalidade, simplesmente, de quantificar resultados e compará-los com os recursos financeiros destinados a determinados programas.

[...] a questão do indicador se está positivo, se está negativo porque tem que alcançar a meta pactuada e o indicador não pode estar negativo [...]
(Bolonha).

Então, esse tipo de avaliação não interfere na dinâmica de funcionamento da gestão. Neste estudo, a avaliação com essa concepção chega apenas a ser informada a um gestor local, inclusive, na forma de publicação. Percebemos, então, que essa avaliação não tem qualquer pretensão de formular um juízo de valor com a capacidade de intervir e melhorar o sistema de saúde.

[...] tinha que fazer essa avaliação muito longa, muito cansativo, mas fizemos e mandamos para o Ministério, foi uma avaliação que foi publicada e poucas pessoas tiveram acesso a leitura, a publicação [...] foi dito ao secretário.
(Florença).

Então, é notória a influência do Banco Mundial, por exemplo, na execução das ações de programas de saúde. Esse financiador tem, justamente, a concepção de avaliação, baseada em medidas de eficácia e eficiência, ou seja, de resultados centrados na lógica da abordagem quantitativa, que, por sua vez, permitam comparações entre “diferentes programas e intervenções”.

Recentemente, nós fizemos também muito pobre um questionário que, pra mim, foi muito pobre; é como ela diz estar funcionando, está trabalhando as quarenta horas [...] (Veneza).

Por sua vez, a maioria das ações de saúde desenvolvidas pelo grupo estudado tem como fonte financiadora o Banco Mundial.

Portanto, por meio dessa importante ferramenta, que é a avaliação de serviços de saúde, as medidas do Banco Mundial “[...] têm por finalidade uma forma de controle político das instituições e dos sistemas, sendo, no caso, fundamental para fortalecer a função controladora do novo Estado avaliador”. (TANAKA; MELO, 2004, p. 12).

Não podendo, neste momento, adentrar nas questões inerentes ao neoliberalismo econômico a que estamos sujeitos, herança deixada pelos governos à economia, à educação e à saúde do cidadão brasileiro, cabe ao menos referir um vínculo com o histórico da avaliação.

Os empréstimos com o Banco Mundial para os programas de saúde no Brasil implantam no cotidiano da nossa vida e nos serviços de saúde, no caso, os propósitos neoliberais, baseados numa ideologia que justifica e defende os princípios do capitalismo, baseado na propriedade privada, na liberdade de empresa, o que significa nenhuma intervenção do Estado, onde seu objetivo principal é o lucro individual. (ALMEIDA, 2002). Um cenário extremamente crítico e dissonante, para a execução de políticas de saúde baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que implicariam diálogo com os atores envolvidos.

Entretanto, apesar da relevância da discussão e da crítica que emerge, não temos o intuito de aprofundar esta discussão. Cabe-nos, no presente momento de construção do conhecimento no campo da avaliação em saúde, assinalar a presença dessa lógica de pensamento nas políticas de saúde, o que se evidencia pela presença do Banco Mundial no financiamento de programas de saúde, bem como em suas

concepções de avaliação, centradas na eficácia e na eficiência, que nos colocam diante de questões de natureza política e ideológica.

Importante evidenciar toda lógica de mercado contida nas práticas avaliativas dos programas de saúde e que conferem a um agente externo (Banco Mundial) a função de controle das políticas de saúde do Estado. Nada poderia ser mais devastador para um pesquisador crítico, mas pode-se idealizar uma superação da ingenuidade que poderia fazer parte da visão de qualquer ator no processo de avaliação de programas e serviços sociais; esse é um dos pontos que precisam ser considerados no desenho para o desenvolvimento de uma avaliação no interior dos programas de saúde no Brasil.

Para os fins já mencionados, segundo a concepção quantitativa, a avaliação é realizada sem incluir a visão dos atores do serviço de saúde ou usuários, enfim, o que importa aos que encomendam esse tipo de avaliação são os resultados financeiros que um determinado programa pode trazer aos financiadores dos mesmos. O foco do programa passa a ser o lucro e o rendimento, e não o bem-estar da população.

[...] a avaliação não retorna assim pra gente na forma de como interferir nas ações do serviço. Ela é feita, mostra os números em publicações, mas os resultados não chegam até os municípios. (Pádua).

6.1.2 Mudança de comportamento

Percebe-se, também, que o momento, ou o lugar em que ocorre a avaliação num serviço, foi relacionado à mudança de comportamento. Com o sentido da avaliação passar a ser uma atividade contínua e inerente ao serviço de saúde, uma vez que a atividade avaliativa, na prática do grupo, operacionalmente, é prevista sempre no final das ações e essa é percebida como um momento isolado do serviço, em que, no geral, a avaliação não ocorre porque não está na linha das prioridades. E diante das muitas demandas do serviço, uma ação é sempre ligada a várias outras e, em caso de não prever a avaliação no planejamento das ações, será difícil beneficiar o serviço com a avaliação.

Eu acho até uma mudança de comportamento das pessoas em relação avaliação, uma mudança no sentido de ser contínua e não uma etapa final. (Florença).

6.1.3 Objetivos e finalidades

No cotidiano do serviço de saúde é de grande relevância que desde o planejamento das atividades, passando pelo monitoramento das mesmas, os objetivos e finalidades da avaliação sejam evidenciados e compreendidos pelos atores integrantes desse processo. Portanto, se a avaliação não tem objetivos e finalidades claros, conseqüentemente, não tomará seu devido espaço, não representará importância no serviço e ocorre que, na prática, torna-se uma atividade inoperante, sem a capacidade de dinamizar o serviço e produzir mudanças no seu cotidiano.

Nós temos dez anos de PSF no estado do Ceará e eu não sei se existe uma avaliação concreta desses dez anos do processo de PSF, de que forma foi que ele cresceu, de que forma que ele se desenvolveu, qual a necessidade que ele tem de mudança. Nós continuamos com a preconização técnica e mínima iniciada há dez anos atrás e será que essa equipe satisfaz? E temos também esse trabalho no município. Será que o município faz a sua avaliação e consegue trabalhar no seu dia-a-dia, fazer o seu planejamento em cima de uma avaliação? [...] (Bolonha).

E daí, a avaliação passa a ser percebida como um termo esgotado, porque está sempre presente nas ações do serviço, mas com outros fins, como veremos adiante, e não no sentido de dinamizar o serviço e facilitar a execução das ações no serviço de saúde como ferramenta do processo de gestão.

[...] nós não paramos às vezes pra avaliar aquele processo que a gente está trabalhando, por isso que eu digo que a palavra acaba se tornando, no meu entender, se tornando gasta pelo desuso e, na realidade, você fala a palavra, mas você não usa o verdadeiro sentido da palavra, o aplicar avaliação, o parar pra pensar avaliação, o avaliar o trabalho, o planejar em cima dessa avaliação. Então, avalia por avaliar. (Florença).

Além disso, nas experiências com processos de avaliação verticalizados, os atores diretamente envolvidos com a operacionalização das ações do serviço, não são integrados ao processo de discussão e formulação da proposta de avaliação. Resultam que os instrumentos de avaliação são aplicados junto ao público, e não apresentam as respostas necessárias para melhorar o programa de saúde.

[...] agora no processo de trabalho, no processo do grupo, de uma equipe, que é o caso da atenção primária, ela se desgastou muito porque sempre alguém está pensando em fazer um instrumento de avaliação e a gente sempre aplica, mas a gente nunca vê o resultado e como vai acompanhar isso, generaliza e pronto. (Bolonha).

Possivelmente, devido à riqueza das experiências dos informantes, evidenciou-se que estes apresentam nas falas as várias finalidades de uma avaliação de programas e serviços, onde percebem, assim, a sua importância e a riqueza dos resultados que as práticas avaliativas podem trazer ao serviço.

[...] avaliar como se fosse assim uma espécie de planejar pra tentar melhorar o processo [...] é o resultado se foi atingido realmente aquele objetivo; ter um resultado no que pode melhorar. (Veneza).

Conhecimento da situação, melhoria do processo de desempenho. Queremos avaliar o ponto que deve melhorar. (Assis).

Intervenção. Quando eu falo intervir, eu falo para o serviço: é o conhecer a realidade, o avaliar; é o conhecer o processo que está dando certo ou de intervir em área A, B ou C, dependendo das falhas em que elas vão apresentando ou fazendo oposições, mas sempre oposições de intervenção, de manutenção ou não, mas sempre de intervenção. (Bolonha).

Obtenção de resultados. (San Giovanni Rotondo).

Porém, o que observamos é um sentimento de impotência e desestímulo dos informantes diante das práticas avaliativas, porque o objetivo principal, que seria segundo Patton (1997) que “a avaliação seja utilizada”; não é alcançado na prática do serviço, pois no serviço não se avalia por um claro sentido utilitário e prático: aplicar os resultados da avaliação. “Produzir dados é uma coisa! Fazer que esses dados sejam utilizados é outra coisa!”. (PATTON, 1997, p. 72).

Então, o que os autores preconizam para a existência de uma avaliação, que é a sua real utilização no serviço, não é observado no interior do serviço onde estão os informantes deste estudo.

Além disso, conforme veremos adiante no tema: “a experiência com avaliação”, os informantes passaram por processos de práticas avaliativas verticalizadas, conforme a “avaliação de primeira e terceira geração”, discutidas por Guba e Lincoln (1989). Esse enfoque da avaliação tem a perspectiva da mensuração dos resultados e do julgamento, de acordo com padrões preestabelecidos, respectivamente. Distantes,

portanto, do enfoque da “avaliação de quarta geração”, que prevê a participação dos diferentes atores envolvidos no serviço e que esta é percebida como “um processo de negociação”.

As expressões utilizadas pelos informantes nos apresentam a situação de desconforto em que aqueles se encontram em relação às práticas avaliativas:

Nós, técnicos, eu me sinto muito impotente nessa coisa, às vezes eu tento e fico meio desestimulada porque vem muita coisa [...] vamos fazer uma avaliação, vamos descer nos municípios, vamos às CERES e o retorno é muito pouco e é uma cobrança que, às vezes, também o próprio grupo está impotente [...] (Florença).

[...] o fator avaliação um vazio, aquele vazio, nós estamos com um espaço que não está preenchido, ele existe, é imposto, eu tenho a sensação incômoda [...] (Bolonha).

6.2 A Experiência com Avaliação

As experiências dos informantes em relação à avaliação de programas e serviços nos remetem a refletir a respeito da marcante presença da abordagem quantitativa nas práticas avaliativas, com a leitura da realidade, a partir de uma ótica objetiva, mensurável e calculada com o auxílio das médias e inferências da estatística. Não é nosso objetivo, neste momento, apontar críticas à pesquisa quantitativa, porque a pergunta fundamental sobre um método não é o quanto ele é verdadeiro, e sim, o nosso juízo sobre o valor do método deve ser relacionado quanto a sua capacidade de responder ao objeto que se pretende estudar, ou seja, sobre a natureza do problema que queremos investigar. (SERAPIONI, 2000).

Nesse segundo tema, exploraremos um pouco mais as conceituações e terminologias utilizadas nas práticas avaliativas, relacionando-as com as experiências relatadas pelos informantes.

6.2.1 Avaliação no NUORG e na SESA

As ações da atenção básica à saúde no nível central da SESA são operacionalizadas no NUORG. Na estrutura organizacional da instituição, o NUORG é definido pelos informantes como um setor que não está articulado com os demais para desenvolver a avaliação da atenção básica. A avaliação na SESA é desenvolvida no Núcleo da Epidemiologia, no Núcleo de Análises e Tendências e nos núcleos específicos, como por exemplo, os da atenção à criança, atenção ao idoso, ou seja, fora do NUORG. Na realidade, observamos que cada “setor” faz sua avaliação individual, e os informantes percebem que os dados são soltos, portanto, desarticulados do contexto e não trabalhados para transformá-los em informações que possam retroalimentar o serviço de saúde.

[...] as ações dos serviços e decisões acontecem sem os resultados da avaliação [...] o espaço da avaliação é um vazio e a informação não passa onde precisa passar [...] (Bolonha).

A estrutura organizacional da SESA (vide ANEXO B), onde estão inseridas as chamadas “caixinhas” e “caixotes”, contribui para essa realidade na área da avaliação na atenção básica e o NUORG não tem acesso aos dados que geram informações.

O núcleo, ele é hoje uma caixa solta na Secretaria, nós temos, na realidade, como eu falei no início, o Núcleo de Organização da Atenção Primária, mas, na realidade, a parte da avaliação está [...] está sob a responsabilidade dos núcleos de atenção da criança, do adulto, quer dizer [...] estão fora da organização da atenção primária. (Florença).

[...] nós vamos ter sempre conhecimento do dado, mas trabalhar o dado quer dizer: nós somos conhecedores da informação, mas trabalhar o dado antes dele se transformar informação, isso é uma coisa que a gente vai ter que arrancar. (Bolonha).

Essa interpretação reforça a discussão empreendida no tema anterior “Natureza e Finalidades da Avaliação” quanto à importância da inserção da avaliação no processo gerencial, assim como, quanto à evidência do NUORG não desenvolver práticas avaliativas no serviço. Compreendendo a avaliação como um instrumento de

gestão, percebemos na experiência do NUORG, que a avaliação não se configura como esse instrumento e, conseqüentemente, não alimenta o sistema de saúde.

O setor de análise e tendências, de três em três meses, ele manda uma avaliação do município, quer dizer, com aquele dado, podemos ver se o município alcançou ou não a meta, ou como é que está, e de três em três meses a gente recebe via *e-mail* o resultado do pacto, dos indicadores, até aquele momento. Mas, não existe uma discussão de você estar acompanhando mais de perto e até pra estar discutindo isso com a regional, até pra estar chamando atenção da regional, no encontro microrregional, que é mensal e que ela esteja estimulando aquele município quanto aos indicadores dele [...] (Bolonha).

6.2.2 Modelos de avaliação

Percebemos também que as experiências de avaliação do serviço do NUORG possuem fortes características de “avaliação de primeira geração”. Conforme já assinalado, esse é um modelo de avaliação caracterizado pela forte preocupação de medir os fenômenos avaliados, sendo a avaliação um processo de mensuração. (TANAKA; MELO, 2004).

De acordo com o que vimos, um avanço desse modelo é a “avaliação de segunda geração”, centrada na descrição dos fatores que podem interferir no objeto estudado; na “terceira geração” inclui-se o julgamento e na “quarta geração” temos a participação dos diferentes atores interessados na avaliação, que segundo Tanaka e Melo (2004, p. 122) “contribui para a inclusão das diferentes perspectivas no processo de avaliar”.

O resgate desses vários modelos de avaliação nos insere no “processo evolutivo” em que se encontra a avaliação dos programas e serviços de saúde, no contexto da investigação, e que no presente estudo nos leva à inquietação e ao questionamento sobre os motivos da tradicional utilização do modelo de avaliação centrado unicamente na medição dos componentes do fenômeno.

Nas narrativas, percebemos que quando a avaliação é realizada no serviço de saúde, há um predomínio da abordagem quantitativa no contexto estudado, e o alcance das respostas que esse método consegue dar ao pesquisador, ou seja, mede, contabiliza, mas, não responde o que o pesquisador ou o serviço precisa saber. A

carência de informações sobre o significado de uma estratégia de intervenção como PSF é uma questão presente no serviço de atenção básica à saúde.

[...] se você hoje me perguntar [...] tudo sobre a realidade do PSF, eu vou lhe apresentar o número de equipes existentes, eu vou lhe dar o percentual a nível de estado, mas vou lhe dizer o número de médicos, de enfermeiros, mas números, eu não vou estar lhe dando, assim [...] num distrito tal conseguiu avançar [...] está com 100% de PSF e não conseguiu avançar, por exemplo, imunização; não conseguiu avançar no controle da hanseníase, o pré-natal está baixo, eu não vou saber lhe dizer esses dados assim, se esse 100% de PSF corresponde a 100% de eficiência, de eficácia no município, se a estratégia está dando certo, ele pode estar lá como número, ele pode estar lá como recurso financeiro para o município [...] (Bolonha).

Recentemente, nós fizemos também muito “pobre” um questionário que, pra mim, foi muito pobre; é como ela diz, está funcionando, está trabalhando as quarenta horas, isso pra mim é muito inconsistente, eu queria também vê a ação. (Veneza).

Um modelo de avaliação centrado na medição dos fenômenos não tem a capacidade de alcançar as respostas que se pretende para entender a extensão da atuação da Atenção Básica à Saúde. O que efetivamente se espera de uma avaliação nesse programa não é apenas a medição de alcance ou contabilização de recursos para se chegar a determinados resultados e, sim, a capacidade de explicar significados dos resultados e atender as expectativas dos diferentes atores envolvidos na atenção básica à saúde.

Observamos que o serviço apresenta uma grande dissonância, no que diz respeito à avaliação, porque existe a necessidade concreta de se obter respostas a partir de um problema, utilizando um método que não tem a capacidade de responder o que se pretende, ou seja, o método quantitativo não se coaduna com a natureza das questões que precisa compreender.

[...] eu não sei dizer se a estratégia está dando certo, ele pode estar lá como número, ele pode estar lá como recurso financeiro para o município, mas como está na realidade, eu não sei. (Bolonha).

6.2.3 Acerca dos enfoques e abordagens e complexidade da avaliação em serviços

A avaliação em serviços de saúde é compreendida como uma atividade eminentemente especializada, o que atribui aos profissionais de saúde uma visão de complexidade dessa prática e, por sua vez, uma atividade distante de ser executada pelos próprios atores do serviço.

A abordagem quantitativa está centrada na utilização do método científico positivista, que constitui uma herança para as práticas avaliativas que são utilizadas nos serviços de saúde. Portanto, observa-se a predominância das medições, quando as avaliações são executadas nos serviços. Segundo Tanaka e Melo (2004, p. 123) “o rigor formal adotado através dos pressupostos do método científico levou a que se compreendesse a avaliação como uma intervenção possível de ser feita exclusivamente por especialistas”.

Compreendemos que essas duas questões estão estreitamente inter-relacionadas, porque a rigidez do método herdada da forte presença da abordagem quantitativa no campo científico confere à prática avaliativa um caráter de especificidade em que apenas profissionais com qualificação própria para essa atuação, podem corresponder e desenvolver qualquer tipo de avaliação em um serviço de saúde. Acontece que, essa situação constitui uma barreira, quase intransponível, para a operacionalização da avaliação no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde. Então, a avaliação é percebida como uma “atividade assustadora”, porque está ligada a idéia de controle e a uma atividade tipicamente especializada. Uma das dificuldades de operacionalização da avaliação em serviços de saúde diz respeito ao domínio teórico de métodos e técnicas especializadas para esse fim. (TANAKA; MELO, 2004).

[...] eu vejo sempre o centro colaborador que vai lá puxando o grupo pro próprio fazer da avaliação; nós precisamos disso, nós estamos cada uma com os nossos saberes, cada uma com a nossa forma de pensar, cada uma com as nossas inquietações; nós estamos extremamente inquieta [...] então nós estamos inquietas quanto a esse processo, porque é uma expectativa [...] (Florença).

Uma outra questão que também podemos relacionar com a dificuldade de operacionalizar a avaliação no interior dos serviços de saúde é quanto à formação dos profissionais dos serviços de saúde. Bosi e Mercado-Martinez (2004) assinalam que a

incipiente formação epistemológica dos profissionais de saúde acaba por interferir diretamente na forma como os mesmos constroem sua visão de mundo. De maneira que não os possibilita entender o estatuto das Ciências Humanas e nem os aspectos de uma ciência como a Sociologia. Conseqüentemente, impedindo que os próprios atores da atenção básica à saúde percebam-se como sujeitos de um processo avaliativo, capazes de compreender os objetos de estudo, a partir da interpretação dos fenômenos do processo saúde-doença da população, por exemplo. E o grupo estudado é constituído por profissionais de saúde com a formação tradicional centrada no modelo biomédico.

Portanto, a deficiência da formação dos profissionais de Saúde na Área das Ciências Sociais, que é o fundamento dos estudos qualitativos, impossibilita a inserção das práticas avaliativas centradas na abordagem qualitativa nos serviços de saúde.

Também, por conta disso, percebemos a escassez de práticas avaliativas no interior do serviço da atenção básica à saúde, porque são, geralmente, percebidas como atividades especializadas atribuídas, exclusivamente, a experts na área, externos ao serviço de saúde, conforme mencionado anteriormente.

6.2.4 Avaliação quantitativa e a utilização do sistema de informação

Percebemos que na SESA, nos espaços em que são realizadas práticas avaliativas, a utilização de um sistema de informação - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que armazenam taxas, indicadores e metas a alcançar. O SIAB pressupõe coleta de dados e demonstração de uma realidade a partir desses dados numéricos e mensuráveis. Representa uma ferramenta em que sua alimentação com os dados do serviço de saúde pode gerar informação que, dentre outros objetivos, no decorrer do processo, pode subsidiar uma avaliação, ainda que seja uma avaliação baseada em expressões numéricas.

A situação assume um grau de complexidade maior, quando nos aproximamos da realidade da operacionalização desse sistema de informação em que, na prática do cotidiano do serviço, os dados do sistema de informação alimentam processos burocráticos para repasse de recursos. Noutras palavras, o SIAB é uma poderosa fonte de repasse de recursos financeiros para os municípios, sob a penalidade

de suspensão dos mesmos, no caso do sistema não ser alimentado em tempo e prazos verticalmente estabelecidos.

[...] assim, uma figura que sempre tive isso na minha cabeça e quando eu penso nisso, vem a mesma figura, que é aquele disquete voando aqui da sala da Secretaria de Saúde Municipal, onde chega aquele monte de papel de cada equipe do PSF. Aí é digitado no Sistema de Informação, o SIAB. Aí a garotinha pega o disquete e coloca no envelope e manda o motorista ir correndo pra regional, porque tem que entregar até o segundo dia útil do mês [...] aí ele corre com esse disquete pra entregar na regional, a regional, por sua vez, manda pra SESA, a SESA transforma em alguma informação e passa pro Ministério. Se você chegar no município e disser assim: o que é que você faz com o dado que você tem aí no sistema de informação do SIAB? Nós vamos ter alguns municípios bem organizados e tem aquela equipe que depois que digita esses dados, tira um relatório, analisa aquele relatório e vai agir em cima daquele relatório, em cima das áreas, vai discutir com as equipes, mas isso é um número muito pequeno dos municípios. Mas, a maioria é a figura do disquete, ou seja, o dado vem de baixo pra cima, vai lá pra cima e **quando ele chega lá em cima a pessoa determina se eles vão receber dinheiro ou não**, aí o dinheiro é determinado pelo seguinte: se o médico e o enfermeiro estão no serviço ou se o número de famílias cadastradas é o mesmo número de, no mínimo, 95% de famílias acompanhadas; se esse número está errado, aí o município não vai receber dinheiro, então **o SIAB, na realidade, ele se transformou numa fonte de recursos**; ele é uma fonte riquíssima de informação, de análise e se transformou simplesmente numa fonte de acreditação de recurso. (Bolonha, grifo nosso).

Essa evidência empírica nos permite perceber um grande distanciamento entre os objetivos e finalidades da avaliação e as práticas desenvolvidas no serviço de saúde. Uma vez que compreendemos a avaliação como um processo pelo qual estima-se mérito ou valor aos serviços e programas de saúde, visando à sua aplicação e utilização, seja para retroalimentar o sistema gerencial, ou para utilizar seus resultados nas diversas ações do serviço de saúde, conforme a “Avaliação Centrada na Utilização”, de Patton (1997).

A experiência de uma avaliação do PSF, realizada pelo nível federal, Ministério da Saúde, relatada pelos informantes, não levou em consideração o contexto local e foi realizada de maneira verticalizada, sem discussão e sem participação dos atores envolvidos no processo e sob o peso da punição “pós-julgamento”, utilizando a aplicação de pena com corte no orçamento financeiro, prejudicando o serviço de saúde no seu aspecto geral, na sua estrutura, na execução das ações e nos resultados dos seus serviços, quando, na realidade, o fim de um processo avaliativo deve ser “a eficácia dos

programas e serviços de saúde e orientar as decisões das futuras programações”. (PATTON, 1997, p. 57).

O Ministério fez a pesquisa, mas o Ministério não devolveu a cada secretário de saúde o perfil do seu município [...] (Veneza).

[...] o instrumento já veio pronto [...] a pessoa chegou do Ministério, entrou lá na Secretaria só pra dizer assim: “estou chegando e quero uma pessoa que me oriente pra implantar o plano”, e acabou. De lá, preencheu e foi embora, não fez pergunta nenhuma, não falou nada, ele disse que queria ir na equipe, e só, e também na volta nem pra dizer assim “tchau, obrigada! Estou indo embora”. Então, quer dizer, entra no seu município e só passa pela Secretaria porque não vem com uma pessoa pra orientar sobre o município, porque senão entrava e você não tomava nem conhecimento que passou alguém lá. (Bolonha).

E a intervenção só no sentido do corte financeiro, não na intervenção de uma ação pra melhoria do sistema, mas a intervenção foi no corte financeiro, ou seja, você não está com a equipe completa, então corta o seu dinheiro. Simplesmente eles entraram na casa, viram o que faltava e não estava do jeito que eles queriam. Então corta, pronto, só isso. (Pádua).

Esse julgamento pode ser resultado de uma avaliação normativa (avaliação com aplicação de critérios e normas) ou de uma pesquisa avaliativa (avaliação que se elabora a partir de um procedimento científico). Nessa experiência, observamos que foi realizada uma avaliação normativa, com critérios e normas, ou seja, uma avaliação centrada, simplesmente, na aplicação de critérios e normas, completamente desconhecidos por todos os envolvidos no processo, com um julgamento sobre uma intervenção: atendimento direto, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços produzidos (processo) e os resultados obtidos. (TANAKA; MELO, 2004). Entretanto, esse é um modelo de análise proposto inicialmente pelo teórico Donabedian para a avaliação da qualidade de serviços de saúde. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

A análise de programas e serviços de saúde ou de seus constituintes independentes de aplicação de procedimentos sistemáticos, constitui uma atividade científica que requer um “determinado rigor metodológico”. (UCHIMURA; BOSI, 2004, p. 79). Entretanto, o rigor do método tem o objetivo de subsidiar o processo avaliativo e não pode comprometer a participação dos diferentes atores envolvidos no serviço de saúde.

Nesse caso independente da questão metodológica, ou seja, quer se refira a pesquisa avaliativa ou a uma avaliação normativa, observamos que o modelo de análise utilizado na avaliação do programa de saúde especificado não correspondeu aos propósitos da avaliação, uma vez que, em uma análise, os instrumentos a serem utilizados precisam estar em consonância com a natureza do objeto a ser avaliado. (UCHIMURA; BOSI, 2004)

De início, já questionamos a perspectiva do processo avaliativo utilizado pelo Ministério da Saúde (autoritário e centrado no que apenas o avaliador pensa) uma vez que a evolução das gerações dos modelos de avaliação evidencia a importância da participação e do envolvimento direto de todos os interessados na avaliação. Além disso, observamos que já não cabe mais uma abordagem centrada unicamente nos aspectos quantitativos, uma vez que esta não possui as especificidades próprias da abordagem qualitativa para apresentar ao avaliador as questões que são problematizadas em uma avaliação de programas e serviços de saúde, em particular, na atenção básica.

A complexidade que está estabelecida nesse campo da atenção básica à saúde, com todas as suas nuances e particularidades de um modelo de atenção à saúde que na sua essência rompe com um modelo hegemônico, tradicional, centrado na Biomedicina, caminha em direção à necessidade da incorporação da subjetividade ao processo avaliativo.

A experiência da construção de um processo avaliativo com o Ministério da Saúde, em que se dá a parceria do Estado com a Universidade Federal do Ceará, por meio do seu Departamento de Saúde Comunitária, conforme explicado anteriormente, como centro colaborador, apesar de todas essas características de promoção de diálogo e de uma perspectiva construtivista, ainda apresenta traços da herança do regime autoritário em que se davam certas relações entre as três instâncias de governo. Também com uma visão redutora do processo de avaliação, em que não caberia articulação, inserção, diálogo, compreendendo a avaliação no nível da informatização do ambiente de trabalho e da elaboração de documentos formais para a operacionalização do processo.

Desse modo, fundamenta-se em uma visão quantitativa, de mensuração de resultados, que precisam ser apresentados mediante o destino de um recurso, ou seja, a eficiência dos programas, independente do contexto em que o programa está inserido, os

atores que fazem parte deste contexto – seus papéis e funções e da necessidade que o serviço apresente em relação ao que se pretende avaliar.

A sala com computador e um técnico para operá-lo e a criação de uma portaria formalizando uma “equipe de avaliação” não condiz com um processo dialogado e de negociação que necessita acontecer para operacionalizar uma boa avaliação:

A colocação que foi feita por aquelas duas técnicas, comigo, quando elas chegaram aqui no estado, com uma visão, até que me surpreendeu, porque elas disseram assim: “não porque a gente, porque o estado tal já fez uma salinha e botou um computadorzinho e tem lá uma pessoa que fica” e eu disse: gente! Eu não vou fazer isso aqui, “ah! Mas, você tem que fazer”; não, eu não quero fazer. Aí depois ela disse: “o secretário tem que fazer uma portaria criando essa equipe da avaliação” e eu disse: não! O estado não vai fazer a portaria, “mas tem que fazer”, e eu disse: pra satisfazer o Ministério a gente faz, agora que vai pra execução, não vai, ou seja, mais uma coisa vindo de cima pra baixo, quando a nossa necessidade não é um computador, porque computador a gente tem lá e graças a Deus ela saiu pelo ladrão, e nós temos técnicos bons que ninguém vai botar em frente ao computador pra ficar lá e nós tivemos o serviço e que nós precisamos realmente ativar, como se uma portaria só colocar o nome das pessoas no papel, isso formasse um grupo e tornasse um trabalho efetivo. (Bolonha).

Uma outra questão importante que emergiu na fala dos informantes foi quanto ao tempo em que se discute a operacionalização da proposta do projeto de avaliação: “plano estadual para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica no Estado do Ceará”. O projeto foi elaborado em abril de 2004 e desde lá, já foram realizados diversos planos de repasse dos recursos financeiros, contrato assinado por ambas as partes envolvidas no processo de formalização da proposta e esse processo está diante de uma forte burocratização do Estado e que no decorrer desses dois anos, as justificativas apresentadas para que o repasse do recurso previsto para a execução do processo de avaliação não tenha sido operacionalizado, demonstram com clareza que avaliar não é uma prioridade das políticas de saúde nas diferentes instâncias de governo.

[...] expectativa que, desde abril do ano passado, nós estamos há mais de um ano e é a primeira vez que discutimos isso há um ano, Ricardo, nós discutimos isso no dia 29 de abril do ano passado e não morreu, graças a Deus! Está com um ano que a gente ficou nessa expectativa de que [...] aí o Ministério atçou e aquela coisa toda e parou e o processo, a gente pensou que tinha morrido e, graças a Deus! Estava só adormecido e foi agora reativado e eu acho que a gente precisa disso, como ele ficou morno e ficou assim uma pessoa que fica aí vendo o que vai acontecer e o grupo tocando pra frente as ações, então, essa coisa meia que adormeceu e eu mesma pensei

que a coisa não ia mais acontecer e que o Ministério tem isso e não vem o recurso, então, não prossegue. (Bolonha).

Diante dessa hierarquia que ainda persiste entre as esferas federal e estadual, observamos também um estado de conformismo dos membros da equipe quanto ao que lhes é imposto pelo Ministério. Ao passo que os modelos de avaliação que partem do nível federal, são verticalizados, é essa a imagem construída a partir das experiências de avaliação relatadas pelo grupo, e são caracterizados como uma atividade sem participação, ou seja, sem uma construção conjunta ou uma discussão preliminar com o nível estadual.

Entretanto, a operacionalização dessas propostas de avaliação, no cotidiano dos programas de saúde, exige esforços da equipe para inserir novas atividades na rotina de trabalho, ou até mesmo essas práticas avaliativas chegam a modificar, completamente, a prática de execução das ações, para responder a demandas externas. Inclusive com aplicação de instrumentos densos, junto com os municípios, que acabam por serem comprometidos, também, uma vez que se evidencia que os resultados não retornam como propostas de intervenção para melhoria nos serviços de saúde dos municípios e nem para as práticas de gestão do nível central da SESA.

O quadro exposto representa um estado de adequação ao instituído, porque é reconhecido o potencial de implicar mudanças que um sujeito tem quando este se sente protagonista de uma situação e sujeito ativo no processo do qual ele é parte integrante.

[...] as minhas experiências de avaliação pessoais, não foram satisfatórias porque é aquela coisa de fazer e não teve retorno. (Veneza).

[...] porque avaliação tem que pegar instrumento, questionário e ir até as pessoas que estão com a gente e a gente vai aplicar. Às vezes não são nem verdadeiras; a gente nota que não são e será que não são induzidas, já são direcionadas. (Pádua).

A pesquisa do Ministério foi só publicado em literatura, num livro do CONASES e pronto. Poucas pessoas tiveram acesso; foi para a estante e não houve nenhuma intervenção do estado [...] (Bolonha).

Ela vem como informação [...] ela não retorna de uma forma assim da gente trabalhar esse dado pra intervir. (San Giovanni Rotondo).

[...] o Ministério fez a pesquisa, mas o Ministério não devolveu a cada secretário de saúde o perfil do seu município [...] (Florença).

A iniciativa do grupo de realizar a metodologia da “avaliação para melhoria da qualidade” para a avaliação da atenção básica à saúde, não significa uma ruptura com esse modelo vertical de gestão do Ministério e, conseqüentemente, a busca de novos meios de executar uma avaliação mais coerente com as suas necessidades. A referida metodologia corresponde à operacionalização do PROQUALI, como veremos adiante, uma iniciativa do próprio NUORG, ao realizar ajustes de um programa que tinha por objetivo inicial avaliar a saúde reprodutiva no Ceará. Entretanto, muitas questões precisam ser incorporadas às experiências de avaliação para contemplar uma avaliação com a perspectiva construtivista ou uma “avaliação de quarta geração”. (FURTADO, 2001).

6.3 O Espaço da Qualidade na Avaliação

6.3.1 Concepção de qualidade

Ao buscar compreender o espaço da qualidade na avaliação, nesse grupo cujo campo é marcado por particularidades, é necessário considerar o caráter polissêmico da qualidade. É possível identificar na literatura inúmeras definições de qualidade, segundo Uchimura e Bosi (2004) cada definição, elaborada a partir de perspectivas particulares. Vuori (1991, p. 19), assinala que o “conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo. Em geral, o termo qualidade denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados”.

A complexidade do conceito de “qualidade” nos coloca diante do desafio de “interpretar a interpretação” da qualidade na avaliação operacionalizada no NUORG, pois, trata-se de interpretar a qualidade no campo das experiências empíricas, vivenciadas com grande afincamento pelos informantes deste estudo.

Vale ressaltar que a utilização do termo qualidade para esse grupo se evidencia devido à utilização da metodologia da “avaliação da melhoria da qualidade”, por meio da utilização do PROQUALI. Esta é uma metodologia de avaliação realizada pelo NUORG para avaliação da qualidade, utilizando instrumentos padronizados para a avaliação de vários aspectos mensuráveis do serviço de saúde, ou seja, da qualidade formal. (UCHIMURA; BOSI, 2004). Importante destacar que o PROQUALI tem

conferido destaque ao estado do Ceará por desenvolver uma metodologia com o intuito de realizar a avaliação da qualidade do serviço da atenção básica à saúde, como uma proposta, inicialmente, inovadora no campo da avaliação, por ter como objetivo a discussão da qualidade.

Não temos, aqui, a pretensão de esgotar esse tema, destacaremos, apenas, os aspectos mais evidenciados nas falas dos informantes.

Uchimura e Bosi (2004, p. 85) destacam que os termos qualidade e quantidade não suscitam dicotomia, mas correspondem a uma mesma realidade, sendo que “a qualidade aponta para a dimensão da intensidade”. Concordando com Demo (2000, p. 14), Uchimura e Bosi (2004) apresentam a qualidade a partir de duas dimensões distintas: “a dimensão objetiva” e “a dimensão subjetiva”.

A qualidade, em sua dimensão objetiva, é mensurável e, portanto, capaz de ser generalizada, como por exemplo, o número de profissionais que fazem parte da equipe Saúde da Família. Essa generalização e mensuração não são possíveis com a dimensão subjetiva, porque esta diz respeito a vivências, emoções, sentimentos, expressando singularidades, no plano do subjetivo e que não cabem expressões numéricas como respostas às questões dessa ordem.

Entretanto, observamos que a visão da qualidade para os informantes não é clara, não ocorre a distinção entre essas dimensões e a qualidade dos programas se expressa, sobretudo, na dimensão objetiva, imprimindo a perspectiva do modelo quantitativo, ou seja, da avaliação tradicional e centrada nos aspectos normativos, considerando esse tipo de avaliação como “avaliação qualitativa”.

Na fala a seguir, percebemos que o número de atendimento dos profissionais está relacionado à qualidade do serviço de atendimento ao usuário do sistema de saúde.

É, e a gente sabe que isso aí está até descrito. Pra que atenda com qualidade, ele tem que atender, no máximo, 16, mas aí como tem uma demanda muito grande, ele acaba atendendo 80. O gestor quer que o profissional atenda e isso aí não é qualidade, porque o usuário vai entrar e o médico nem vai olhar pra ele e o que é, e vai prescrever e pronto! Manda embora, quer dizer, isso não é o que se deseja, isso aí, pra mim, não é qualidade [...] (Bolonha).

Percebemos que há uma tênue aproximação da interpretação da qualidade com a dimensão subjetiva, porque há referências ao nível dos relacionamentos, das vivências e da interação entre os médicos e usuários. Entretanto, a abordagem da

avaliação utilizada por esse grupo, para avaliar a qualidade do serviço não condiz com o objeto que se pretende avaliar.

[...] qualidade é o usuário entrar e, como ele está na comunidade, acredita-se que ele já conhece, já tem um vínculo com aquela comunidade e que ele atenda pelo nome, ele dê privacidade ao paciente, que feche uma porta, que pergunte o que é que ele tem; ele interage com o paciente; que ele prescreva e explique o medicamento e que o serviço possa ofertar o medicamento, isso aí é qualidade [...] (Bolonha).

A qualidade é avaliada conforme os padrões estabelecidos no instrumento de “metodologia de melhoria da qualidade em atenção primária à saúde”. Enquanto que a padronização de resultados é inserida na ordem do quantitativo e da mensuração. Esse é considerado como mais um meio de imprimir objetividade à qualidade aos componentes do serviço de atenção à saúde. Os informantes apresentam os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade do PSF como segue:

São quatro instrumentos com questões de **padrão**, tem um padrão e a gente vê o padrão e eles vão discutindo como a gente está fazendo aqui. (Pádua, grifo nosso).

O instrumento é em padrões, cada padrão é discutido em quatro instrumentos, um o secretário de saúde responde e discute, o outro coordenador do PSF, o outro o coordenador da unidade, o outro a equipe toda do Programa Saúde da Família e o quinto instrumento só a equipe de nível superior, então foi rica essa discussão. (Veneza).

A partir do enquadramento dos aspectos avaliados, em padrões, a qualidade é reconhecida, inclusive, como “uma busca de perfeição”, ou seja, os instrumentos são elaborados de maneira participativa, com determinados atores do serviço de saúde, com a inclusão dos aspectos considerados ideais para um programa de saúde, porém, na ausência de um desses aspectos, já não há mais qualidade.

É a busca de uma perfeição, você tem os padrões e foi um instrumento construído com as equipes do Saúde da Família, com consultorias internacionais e Secretaria de Saúde, onde a gente padronizou, inclusive, uma consulta da criança. Pra ser de qualidade tem que seguir esses passos [...] (Florença).

[...] o instrumento, ele contempla tudo que for de melhoria da qualidade do serviço pelo qual está passando. Então, a unidade de saúde, ela tem que ter a luz do banheiro, ela tem que ter papel toalha, quer dizer, vai além [...] tem que ter tudo. (Bolonha).

[...] tem que estar funcionando. Então, tem que estar bem e na hora que ele vai querer chamar pra avaliar aquilo dali, vai levando ponto negativo. Se ele tiver **um não é considerado sem ser de qualidade**. (Pádua, grifo nosso).

O pessoal da limpeza, o pessoal da copa, do almoxarifado, gerente, os profissionais, eles contemplam os mínimos detalhes de tudo que for melhoria de qualidade, porque se tiver **um não já não é qualidade** [...] (Bolonha, grifo nosso).

6.3.2 Avaliação da qualidade *versus* avaliação qualitativa

A avaliação da qualidade, em sentido amplo, que inclui a avaliação qualitativa, necessariamente visa à inserção das diferentes visões dos atores participantes do serviço de saúde, e um ator indispensável nesse processo é o usuário. Serapioni (2006a, p. 209) assinala que “o produto nos serviços de saúde é o resultado do contato direto entre profissionais e pacientes e das ações e interações que constituem essa relação”.

Apesar do grupo pesquisado considerar a participação dos diferentes atores do serviço um fator importante, a visão do usuário não é inserida em uma experiência em que há realização de um processo de “avaliação da qualidade”.

Fizeram trinta municípios e estão fazendo a equipe piloto. Construímos o instrumento, discutimos, quer dizer, bem mais, totalmente participativo, diferente desse processo então que a gente conhecia verticalizado. Foi feito o instrumento e ele está sendo testado em trinta municípios do país. No Ceará, foi testado em Aratuba e Sobral, no processo de Aratuba eu também participei; é participativo com todas as equipes de Saúde da Família, é um processo de auto-avaliação. (Pádua).

A equipe faz a avaliação na unidade com os profissionais de nível superior; estão todos envolvidos: agente de saúde, auxiliar de enfermagem, a servente, o dentista, o enfermeiro, o médico, todos envolvidos. (Bolonha).

Um aspecto importante é que, na experiência do PROQUALI, a visão da avaliação da qualidade dos serviços de saúde do grupo está intrinsecamente relacionada a um processo avaliativo de quarta geração. Assim, são considerados pontos essenciais como: o contexto em que estão inseridos os atores participantes desse processo, a

construção coletiva do instrumento de avaliação e a discussão entre os sujeitos envolvidos, a criação de uma equipe multidisciplinar de avaliação, no nível local, a reorganização da equipe em nível central para acompanhar e desenvolver as práticas avaliativas, os próprios técnicos do NUORG realizam a avaliação, não relacionando essa atividade a uma ação de especialistas.

Portanto, podemos considerar o PROQUALI como uma importante experiência no campo da avaliação de programas e serviços de saúde.

Todavia, percebemos que o processo de organização para a execução de uma avaliação em um programa de saúde é operacionalizado pelo grupo, numa experiência que supostamente tinha como objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde. No entanto, os mesmos percebem uma avaliação de programa exclusivamente sob a vertente da “avaliação da qualidade”, por meio da aplicação do instrumento “metodologia de melhoria da qualidade em atenção primária à saúde”. Cabendo apontar um equívoco, pois, conforme já mencionada anteriormente, a abordagem para avaliar a qualidade do serviço precisa corresponder ao objeto que se pretende avaliar, ou seja, não é claro para o grupo a distinção entre a avaliação da qualidade e utilização da abordagem qualitativa como um método de pesquisa. Assim, não há a compreensão da necessidade de utilizar um método com a capacidade de alcance de avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde.

Eu achei assim interessante se começar a discutir com a equipe, porque nós, aqui no Ceará, a metodologia da melhoria da qualidade, o processo é discussão. (Pádua).

Observação do Contexto do Serviço Avaliado

[...] ao mesmo tempo que ele é um projeto animador, ele também tem um complicador que se chama eleição de quatro em quatro anos; esse complicador não é a eleição, a eleição não é o complicador, complicador é a descontinuidade do gestor. Então o gestor que entra, ele desmancha tudo que o outro fez, então, a gente é assim: você vai terminar o processo [...] foi o que aconteceu em Limoeiro. Limoeiro já estava bem avançado um processo e o gestor que perdeu a eleição desmontou o município, demitiu todas as equipes, desmontou o município e hoje o município está montando novas equipes; as equipes não são as mesmas que já foram trabalhadas, então, vai começar de novo o processo. (Bolonha).

Organização de uma Equipe de Avaliação no Nível Local

Quem observa é a equipe de melhoria da qualidade do município. É criada uma equipe no município e essa equipe, ela vai fazer essa observação externa, mas antes disso a equipe tem discutido o instrumento, ela procura fazer a sua consulta com o médico, enfermeira, de acordo com aqueles padrões [...] (Veneza).

No Nível Central: Reorganização da Equipe

Aconteceu a primeira oficina, agora, nos municípios; todo grupo participou das oficinas de Paracuru e, agora, cada um vai começar tomar conta do seu município. Nessa próxima semana, ela vai começar a cuidar [...] (Bolonha).

[...] nós fugimos um pouco daquela divisão [...] quer dizer, fugimos um pouco assim no nome das pessoas, mas, por exemplo, “A” e “B” ficaram com [...] e [...] já a “C” com [...] eu e “D” já ficamos mais no [...] “E” e “F” para [...] e [...] então nós vimos também a questão assim: “E” tem nenê recente e amamenta ainda e ficou num município mais próximo que dá pra ir e voltar; “F” tem problema de ligação de movimentos, então colocamos num município mais perto, então a gente viu assim a adequação em termos da condição do profissional não pegar o seu trabalho. (Bolonha).

Na avaliação da qualidade, na experiência desse grupo, a participação do município no processo passa a ser opcional para o mesmo, enquanto que a avaliação do PSF organizada pelo Ministério da Saúde era verticalizada e com corte de recursos como penalidade, a questão era obrigatória e não passava por processo de sensibilização e adesão dos gestores.

A avaliação é opcional porque eu não posso obrigar o município a ser dessa forma, não posso obrigar o município e dizer pra ele: você vai ter que fazer isso aqui, o seu médico vai ter que trabalhar conforme isso aqui, você vai ter que comprar papel toalha pra colocar aqui, no consultório, porque você não pode impor o município porque hoje o município, principalmente se ele estiver na gestão plena do sistema, ele pode dizer: não entre na minha casa, ele é autônomo, ele assumiu a gestão plena no sistema. Segundo o PSF, eu posso supervisionar. Aí entra na questão punitiva; eu posso supervisionar, mas visão punitiva, eu posso supervisionar pra saber se o médico está trabalhando 40 horas, se o enfermeiro está trabalhando 40 horas, se tem na sala lá da unidade o mapa de abrangência do território. (Bolonha).

[...] a qualidade dentro do que rege como questionamento da acreditação, o hospital não querer se acreditar, então é mais ou menos no sistema de acreditação do serviço. O médico pode dizer “a minha conduta de consulta é essa e não quero que você venha intervir na minha conduta de consulta, a minha conduta é essa, essa e essa.” Então, ele pode não aceitar, porque ele vai ter que seguir aqueles pontinhos lá [...] (Pádua).

[...] ou seja, de levar os municípios se auto avaliarem, mas isso é uma opção do município, ele pode ou não aceitar. No meio do processo, pode dizer que não quer mais participar desse processo [...] (Florença).

Complementando a visão “inovadora”, na visão dos informantes, que a avaliação da qualidade confere ao processo de avaliação do Estado do Ceará, a aplicação do instrumento para a avaliação da melhoria da qualidade, é compreendido como um instrumento com potencial de avaliar a qualidade do PSF.

Já estamos na adolescência, completando 10 anos e nós não podemos dizer está completo, a gente tem que dar o **salto de qualidade**. O Ceará partiu na frente com o agente de saúde, partiu na frente com o Programa Saúde da Família e a qualidade desse Programa? Isso me incomoda ver o município trabalhando nas condições que a gente viu, eu fiquei muito desestimulada quando eu cheguei no município e que vi as condições da estrutura das unidades [...] (Bolonha, grifo nosso).

A polissemia do termo qualidade implica em percebê-la sob diversas visões, entretanto, no campo da Saúde Pública não podemos deixar de assinalar sobre a importância de reconhecer as dimensões que são inerentes ao termo, pois a partir dessa distinção, podemos esclarecer efetivamente o que pretendemos conhecer ao empreender um processo avaliativo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que na experiência prática dos informantes, o lugar da avaliação nas ações dos programas, nos quais eles tiveram experiências anteriores ao trabalho no NUORG, está definido como a última etapa do processo, ou seja, situa-se ao final da execução das atividades de um programa ou serviço. Entretanto, se isto se dá na materialidade das práticas, observa-se que na concepção dos mesmos, a avaliação deveria ser contínua e desenvolvida no decorrer das ações programáticas do serviço. Noutras palavras, a avaliação é concebida como um processo inerente ao serviço e, conseqüentemente, deve fazer parte da operacionalização das atividades de um programa ou do próprio serviço de saúde. Contudo, pudemos perceber que, na prática vivenciada pelos informantes, no NUORG, em geral, a avaliação não é realizada.

As concepções que os informantes apresentam sobre avaliação não estão relacionadas às experiências dessas práticas no cotidiano das ações no serviço de saúde, sendo formuladas em uma concepção de avaliação como processo contínuo, sem, contudo, essa visão se operacionalizar na prática. Por fim, a avaliação não está interligada ao processo gerencial do NUORG, podendo-se afirmar que a avaliação, tal como a definimos, não ocorre.

Evidencia-se, ainda, que nas experiências desenvolvidas de maneira verticalizada pelo Ministério da Saúde, as práticas avaliativas têm uma concepção de medição e mensuração de resultados (quantitativista), em que os resultados das mesmas são, simplesmente, publicados e informados ao gestor local. Percebemos, então, que essa avaliação não tem qualquer pretensão de formular um juízo de valor com a capacidade de intervir e melhorar o sistema de saúde, situando-se fora do escopo de uma avaliação para a tomada de decisão. Na perspectiva em que é tomada, a avaliação é realizada sem incluir a visão dos atores do serviço de saúde ou usuários e o que, enfim importa aos que “encomendam” esse tipo de avaliação são resultados financeiros que um determinado programa pode trazer aos financiadores dos mesmos. O foco do programa passa, então, a ser o lucro e o rendimento, e não o bem-estar da população que deveria guiar a produção do cuidado em saúde.

Nota-se, também, que a avaliação é percebida como um termo esgotado, porque apesar de sempre estar presente nas ações do serviço, não atinge seus objetivos, voltando-se para outras finalidades, não estão focadas no sentido de dinamizar o serviço

e facilitar a execução das ações no serviço de saúde, como ferramenta do processo de gestão.

Além disso, nas experiências com processos de avaliação verticalizados, os atores diretamente envolvidos com a operacionalização das ações do serviço, não são integrados ao processo de discussão e formulação da proposta de avaliação. Resultam que os instrumentos de avaliação são aplicados junto ao público, e não apresentam as respostas necessárias para melhorar o programa de saúde.

Outrossim, as experiências dos informantes em relação à avaliação de programas e serviços, nos remetem a refletir a respeito da marcante presença da abordagem quantitativa nas práticas avaliativas, com a leitura da realidade a partir de uma ótica objetiva, mensurável e calculada com o auxílio das médias e inferências da estatística.

Além disso, na realidade investigada, observamos que cada setor faz sua avaliação individual, e os informantes percebem que os dados são soltos. Logo, são desarticulados do contexto e não trabalhados para transformá-los em informações que possam retroalimentar o serviço de saúde.

A estrutura organizacional da SESA-CE, onde estão inseridas as chamados “caixinhas” e “caixotes”, configura-se como um obstáculo para a incorporação da avaliação no serviço da atenção primária à saúde.

Compreendendo a avaliação como um instrumento de gestão, percebemos na experiência do NUORG, que a avaliação não se configura como esse instrumento e, conseqüentemente, não alimenta o sistema de saúde.

Percebemos também que as experiências de avaliação do serviço do NUORG possuem fortes características de “avaliação de primeira geração”. Esse é um modelo de avaliação caracterizado pela forte preocupação de medir os fenômenos avaliados, sendo a avaliação, portanto, simplesmente, um processo de mensuração de resultados.

Observamos que o serviço apresenta uma grande dissonância, no que diz respeito à avaliação, porque existe a necessidade concreta de se obter respostas a partir

de um problema utilizando um método que não tem a capacidade de responder ao que se pretende conhecer, ou seja, o método utilizado não se coaduna com a natureza das questões que o serviço precisa compreender.

A avaliação em serviços de saúde é compreendida como uma atividade eminentemente especializada, o que atribui aos profissionais de saúde uma visão de complexidade dessa prática e, por sua vez, uma atividade distante de ser executada pelos próprios atores do serviço.

Conforme procuramos demonstrar, o modelo de avaliação institucionalizado na SESA centra-se na abordagem quantitativa, utilizando um sistema de informação - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), armazenando taxas, indicadores e metas a alcançar. O SIAB pressupõe coleta de dados e demonstração de uma realidade a partir desses dados numéricos e mensuráveis.

Porém, na prática do cotidiano do serviço, os dados desse sistema de informação alimentam, simplesmente, processos burocráticos para repasse de recursos. Em outras palavras, o SIAB é utilizado pelos municípios apenas como fonte de repasse de recursos financeiros, sob a penalidade de suspensão dos mesmos, no caso desse sistema não ser alimentado em tempo e prazos verticalmente estabelecidos.

Essa evidência empírica nos permite perceber um grande distanciamento entre os objetivos e finalidades de um processo avaliativo e as práticas desenvolvidas no espaço focalizado.

Diante da hierarquia que ainda persiste entre a esfera federal e a estadual, observamos também um estado de conformismo dos membros da equipe quanto ao que lhes é imposto pelo Ministério, ao passo que os modelos de avaliação que partem do nível federal são verticalizados e caracterizados como uma atividade sem participação, sem uma construção conjunta ou uma discussão preliminar com os diferentes atores envolvidos.

A visão do termo qualidade para os informantes não é clara, não ocorre a distinção entre suas dimensões e a polissemia inerente ao conceito. A qualidade dos programas se expressa, sobretudo, na dimensão objetiva, imprimindo a perspectiva do modelo quantitativo, ou seja, da avaliação tradicional e centrada nos aspectos normativos, considerando-se, muitas vezes, esse tipo de avaliação como “avaliação qualitativa”. Em síntese, o grupo não percebe a distinção entre a avaliação da qualidade e utilização da abordagem qualitativa como um método de pesquisa. Assim, não há a

compreensão da necessidade de utilizar um método com a capacidade de alcance de avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, N. **O neoliberalismo ou o mecanismo para fabricar mais pobres entre os pobres**. 4. ed. São Paulo: [s.n.], 2002.

ANEXO único: Norma Operacional Básica – SUS 01/1993. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Nova%20Home/CIB/nob93.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2006.

BLEICHER, L. **Saúde para todos, já!**. Salvador: Ètera, 2003.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: MERCADO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006.

_____. Notas para um debate. In: MERCADO-MARTINEZ, FJ; BOSI, M. L. M. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF, 2005. (Documento técnico).

_____. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

_____. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, DF, 2004a. (Série C; Projetos, Programas e Relatórios).

_____. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, DF, 2004b.

_____. **Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica: diretrizes e orientações**. Brasília, DF, 2004c.

_____. **Política Nacional da Atenção Básica: Portaria GM/MS 648**. Brasília, DF, 2006.

CARVALHO, G. **Título**. Disponível em:
<<http://www.idisa.org.br/site/paginas/home.php>>. Acesso em: 19 jul. 2006.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **Mundo da Saúde**, v. 24, p. 72-88, 2000.

CARVALHO, L. B. **Práticas do psicólogo em instituições públicas de saúde: o cuidado para com o outro**. 2006. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

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

COTRIN, B. C. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative e quantitative approaches**. London: SAGE, 1994.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Local de Publicação: HEALTHCOM/USAID, 1988.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. Campinas: Papyrus, 2000.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 165-181, 2001.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. Entre o mito e a ciência: alguns incursões sobre a gravidez não planejada na perspectiva de usuários de um serviço pré-natal. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

GUBA, E; LINCOLN Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

HARTZ, Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

MERCADO-MARTINEZ, F. J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre os serviços de saúde. In: MERCADO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORGAN, D. L.; KRUGER, R. A. **The focus group kit**. Thousands Oaks: Sage, 1998a. V. 1: The focus group guidebook.

_____. **The focus group kit**. Thousands Oaks: Sage, 1998b. V. 3: Developing questions for focus group.

_____. **The focus group kit**. Thousands Oaks: Sage, 1998c. V. 4: Moderating focus group.

_____. **The focus group kit**. Thousands Oaks: Sage, 1998d. V. 2: Planning focus groups.

NORÕES, N. M. R. **A saúde no Ceará**. Fortaleza: SESA, 2001.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park : SAGE, 1987.

_____. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park : SAGE, 1990.

_____. **Utilizations-focused evaluation**. 3 ed. The New Century Text: Sage Publications, 1997.

SANTOS, S. M.; UCHIMURA, K. Y.; LANG, R. M. F. Percepção dos usuários do programa saúde da família: uma experiência local. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 687-704, 2005.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: contribuições para o delineamento de uma proposta multidimensional e correlacional. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006a.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. **Saúde em Debate**, n. 53, p. 81-92, 1999.

_____. **Materiais do curso apresentados na Oficina de Capacitação Avaliação em Saúde**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2006b. Módulo 1.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SOUZA, H. M. **Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do Programa Saúde da Família: um estudo de caso em um estado selecionado**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

TESCH, R. **Qualitative research: analysis, type & software tools**. New York: The Falmer Press, 1995.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

UCHIMURA, K. Y. **O mercado dos pobres**: um enfoque vivencial da utilização de programas sociais de alimentação. 2001. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Plano estadual para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica no estado do Ceará**. Fortaleza, 2004.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 3, p. 17-25, 1991.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando pesquisa e avaliação sobre a Atenção Básica da Saúde no Estado do Ceará. Considerando V. Sa. um(a) ator(a) importante neste processo, pedimos a sua contribuição através de participação como entrevistado, quando abordaremos este tema. Informamos que a sua participação muito enriquecerá o nosso trabalho, na medida da garantia de seu direito em não participar, como em retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Informamos, outrossim, que será garantido o anonimato do(a) entrevistado(a) ao tratar-se de dados considerados confidenciais, como o direito de recusar qualquer informação, gravar voz ou ser fotografado.

Assumimos, ainda, a responsabilidade de estabelecer um retorno de sua participação como entrevistado(a) e solicitamos sua assinatura neste documento, concordando, portanto, com sua participação.

Atenciosamente,

Ricardo José Soares Pontes
Coordenador da Equipe Pesquisadora

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa, aqui referida, nos termos acima explicitado.

Fortaleza, 29 de abril de 2005.

ANEXOS

ANEXO A

PORTARIA GM/MS 648 (DE 28 DE MARÇO DE 2006).

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de

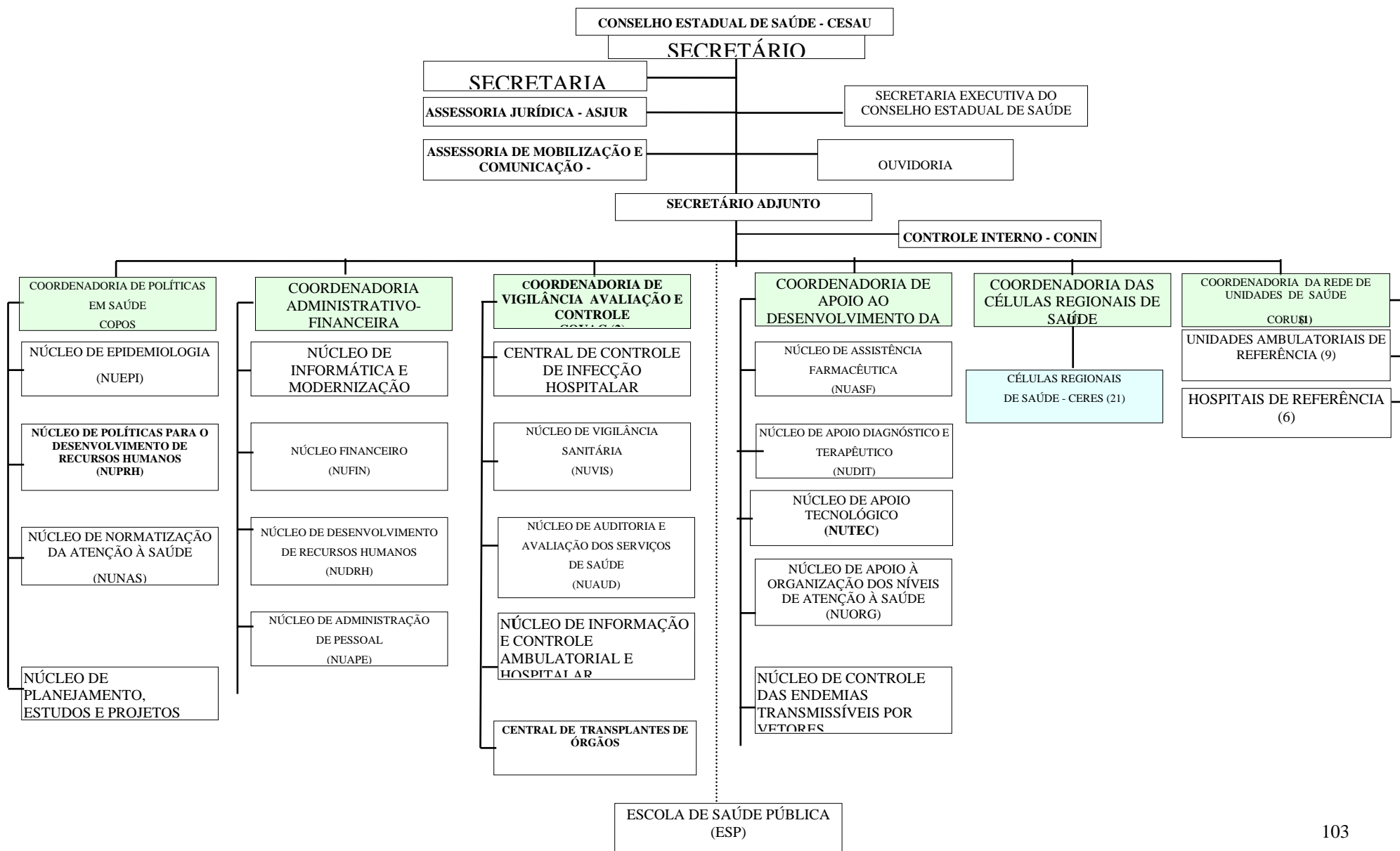
2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005. publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

ANEXO B



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESA



ANEXO C



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 667/05

Fortaleza, 05 de dezembro de 2005

Protocolo COMEPE n° 333/05

Pesquisador responsável: Suziana Martins de Vasconcelos

Dept°./Serviço: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

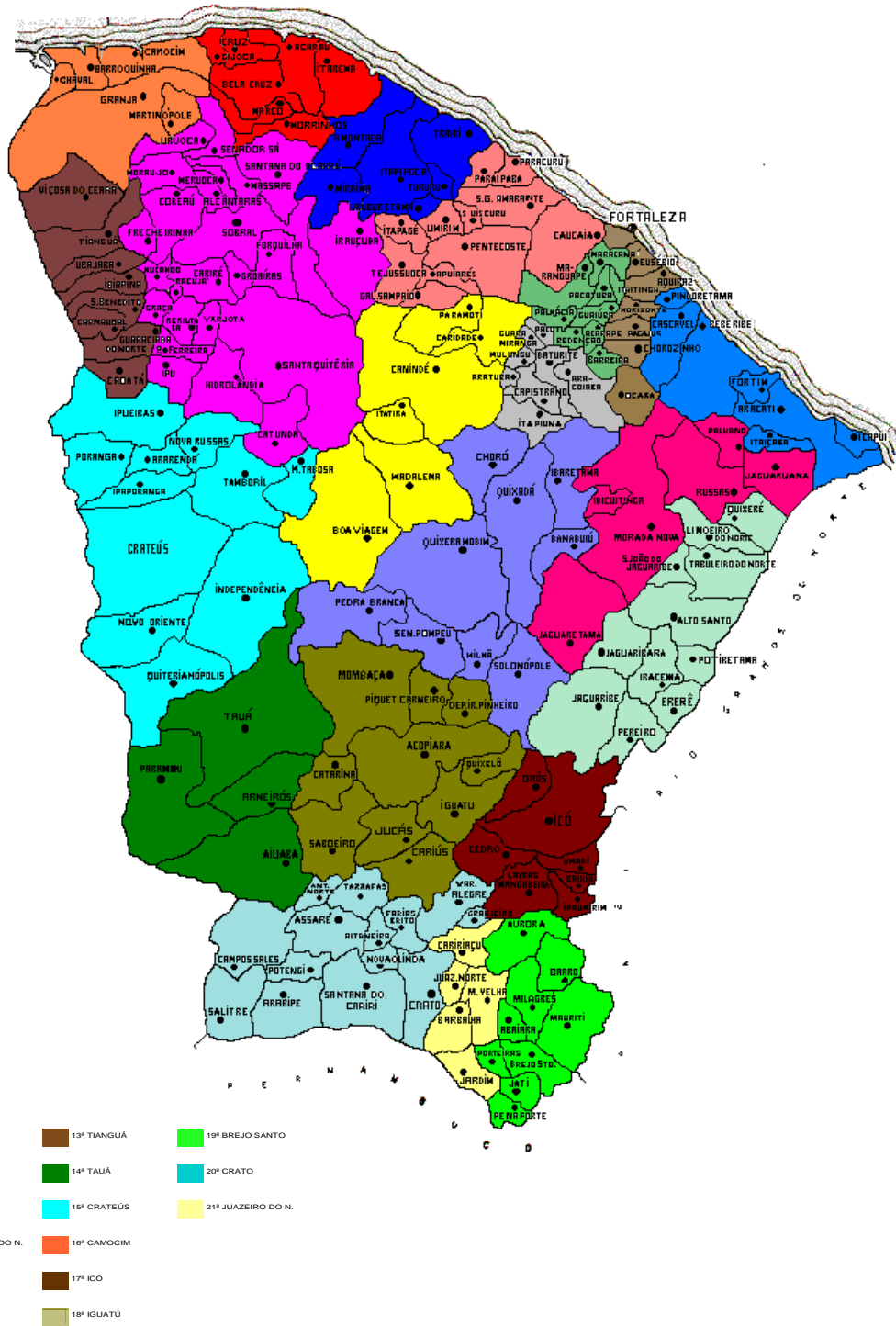
Título do Projeto: "Avaliação da atenção básica em saúde no Estado do Ceará: explorando concepções e propostas metodológicas no nível central"

Levamos ao conhecimento de V.S^a, que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 01 de dezembro de 2005.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

ANEXO E



Mapa 2 - Estado do Ceará, 2005: Células Microrregionais de Saúde e Municípios