

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

JULIANA MACIEL PINTO

**PRÁTICAS AVALIATIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
a gestão local entre reprodução e inovação**

PORTO ALEGRE

2011

JULIANA MACIEL PINTO

**PRÁTICAS AVALIATIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
a gestão local entre reprodução e inovação**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiana Engel Gerhardt

PORTO ALEGRE

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Maciel Pinto, Juliana
PRÁTICAS AVALIATIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: a
gestão local entre reprodução e inovação / Juliana
Maciel Pinto. -- 2011.
138 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RE, 2011.

1. Gestão em Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3.
Planejamento em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5.
População Rural. I. Engel Gerhardt, Tatiana, orient.
II. Título.

JULIANA MACIEL PINTO

Práticas avaliativas na Atenção Básica à Saúde: a gestão local entre reprodução e inovação.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de agosto de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt:

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima:

Membro – PPGENF/UFRGS



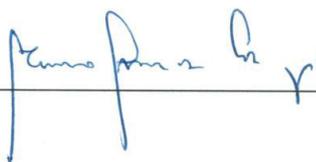
Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda:

Membro – EENF/UFRGS



Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior:

Membro – UFF



DEDICATÓRIA

Dedico este estudo ao ensino público e de qualidade, que tem a potência de transformar cotidianos aparentemente simples em sonhos coletivos perseguidos com esperança e dedicação... e aos idealizadores do Sistema Único de Saúde que, ao concretizá-lo, me permitiram direcionar sonhos de sociedade ao estudo e à ação no campo da saúde coletiva.

AGRADECIMENTOS

Com a alegria e o sentimento de missão cumprida agradeço à minha família, toda, pela amizade e pelo carinho com que me ensinaram a encarar os desafios e as “surpresas” da vida. Afinal de contas, se nos colocam alguns desafios, é por que precisamos e estamos dispostos a encará-los – com o carinho e com o apoio dos entes queridos.

Obrigada minha querida e amada mãe, pela tua vontade de vida. Por não desistir e por me ensinar e fazer acreditar que, “se eu comecei e provoquei, eu tenho que resolver”. Obrigada por estar sempre por perto, minha melhor amiga. Meu pai, tão diferente e tão parecido ao mesmo tempo. A tua vontade de estudar, de falar, de conversar sobre tudo na vida me ajudou a chegar até aqui, sabia? Da mesma forma, Aninha e Gabriel, minhas fontes inspiradoras, meus artistas.

Gabi e Guto, manos, é bom saber que se tem pedacinhos de nós em outras formas de ver o mundo, e agora apresento-lhes a minha parte. Ser irmãos-amigos é compreender a diferença desde dentro de casa. Por nossas andanças, em caminhos distintos, eis aqui o que eu percorri durante estes últimos dois anos.

Isaqui, meu companheiro desses dois anos de mestrado. Que bela boa nova que tive ao ingressar na Pós. Eu não imaginava que contaria com uma pessoa tão querida próxima de mim durante todo esse período. Obrigada pelo carinho e pela amizade.

Meus amigos e amigas, de anos e de meses, da vida, da Escola de Enfermagem, do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva e da Secretaria de Saúde, obrigada por me comporem com um pouquinho de cada um de vocês.

Meus novos e velhos amigos e amigas da Secretaria Municipal de Saúde, em especial Gerci e Marcelo, obrigada pelo apoio e pelos bons conselhos nesses 8 meses de vivência cotidiana na gestão. Certamente vocês fazem parte deste estudo.

Por fim, minha amiga e orientadora Tatiana, a tua sensibilidade, paciência e compreensão do tempo do outro me permitiram chegar até aqui. Tenho sempre o orgulho de dizer, por onde passo, que tive a grande sorte de te ter ao meu lado durante esses últimos 5 anos. Grande pesquisadora e, antes de tudo, grande pessoa. Obrigada por me guiar nesse caminho da pesquisa qualitativa, por me acalmar e me redirecionar aos nossos objetivos no tempo e momento certos.

RESUMO

O estudo envolve as práticas avaliativas desenvolvidas e executadas pela gestão da Atenção Básica à Saúde (ABS) nos municípios de Camaquã e Canguçu, no Estado do Rio Grande do Sul (RS). Consideram-se práticas avaliativas em saúde as ações motivadas para o desvelamento de alguma necessidade de saúde, exercidas no cotidiano dos serviços e não esgotadas pelas ferramentas tecnológicas já existentes, nem pretendendo se tornar necessariamente técnicas a serem compartilhadas. O objetivo do estudo foi analisar a gestão municipal da ABS a partir das práticas avaliativas em saúde desenvolvidas em dois Municípios da região sul do Estado do RS. É um estudo qualitativo, do tipo estudo de casos múltiplos. Os dados foram coletados nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Camaquã e Canguçu, no RS, por meio de observação participante, entrevistas semi-estruturadas e documentos da gestão municipal, como Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão. As categorias temáticas, organizadas com o auxílio do software NVivo8[®], incluíram a estrutura organizacional das SMS, a formação profissional, as concepções dos gestores quanto aos temas em estudo, os agentes avaliadores, os tipos de práticas avaliativas e as dificuldades na sua execução. A análise temática dos dados apontou para sistemas municipais de saúde baseados na demanda espontânea, com predomínio de práticas avaliativas cotidianas desenvolvidas por atores de representatividade política comunitária e por profissionais das SMS. Aponta, também, à avaliação pontual e normativa estimuladas por atores externos ao contexto municipal, como órgãos fiscalizados do Sistema Único de Saúde (SUS). À consideração do diagnóstico do Programa Interdisciplinar de Pesquisa, foi evidenciada a dinamicidade de transformações no SUS em Canguçu e de estagnação em Camaquã, relacionados às mobilizações e às persistências nos modelos tecno-assistenciais vigentes nas SMS. Essa realidade expõe, respectivamente, as capacidades de inovar e de reproduzir no cotidiano gestor. Como reprodução, esse estudo evidencia que outras lógicas, não instrumentais, permeiam as práticas avaliativas no SUS municipal. A necessidade de atores diversos em incidir seus interesses sobre as SMS atenta para o desafio posto aos gestores enquanto mediadores implicados na condução e no desenvolvimento inovadores do SUS na esfera municipal.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Avaliação em Saúde. Planejamento em Saúde. População Rural.

ABSTRACT

The present study approaches evaluation practices developed and implemented by the management of Primary Health Care (PHC) in the municipalities of Camaquã and Canguçu, in the State of Rio Grande do Sul (RS). It is considered evaluation practices for health actions motivated by unveiling some needs in the health area which are carried in daily services and not exhausted by the existing technological tools, nor intended to necessarily become techniques to be shared. The aim of this study was to analyze the municipal management of PHC from evaluation practices for health developed in two municipalities in the southern region of Rio Grande do Sul. It is a qualitative and of multiple case study. Data were collected at Municipal Health Secretaries (MHS) of Camaquã and Canguçu, in RS, through participant observation, semi-structured interviews and documents of the municipal administration such as Municipal Health Plans and Management Reports. The thematic categories, organized with the aid of the software NVivo8[®], included a) the organizational structure of the MHS; b) vocational trainings; c) conceptions of managers with regard to the themes under study; d) the evaluators; e) the types of evaluation practices; and, f) the difficulties in their implementation. The thematic analysis of the data pointed to municipal health systems based on spontaneous demand, with a predominance of everyday evaluation practices developed by the actors who represent community policies and by professionals of MHS. It also points to a timely and normative assessment stimulated by actors who are external to the municipal context as bodies which monitor the Single Health System (SHS). Considering the diagnosis of the Interdisciplinary Research Program it was evidenced the dynamics of transformations in the SHS in Canguçu and its stagnation in Camaquã, related to the persistence and mobilizations in techno-welfare models at the MHS. That reality exposes, respectively, the capacities to innovate and reproduce in the daily management. As a reproduction, this study reveals that other non-instrumental logics permeate evaluation practices at SHS. The need that various actors of the MHS have of focusing on their interests alert us to the challenge managers, as mediators involved in the conduction and innovative development of the SHS in the municipal sphere, face.

Keywords: Primary Health Care. Health Management. Health Evaluation. Health Planning. Rural Population.

RESUMEN

El estudio involucra las prácticas evaluativas desarrolladas y ejecutadas por la gestión de la Atención Básica a la Salud (ABS) en los municipios de Camaquã y Canguçu, en el Estado de Rio Grande do Sul (RS). Se considera prácticas evaluativas en salud las acciones motivadas para el desvelamiento de alguna necesidad de salud, ejercidas en el cotidiano de los servicios y no agotadas por las herramientas tecnológicas ya existentes, ni pretendiendo tornarse necesariamente técnicas a ser compartidas. El objetivo del estudio fue analizar la gestión municipal de la ABS a partir de las prácticas evaluativas en salud desarrolladas en dos Municipios de la región sur del Estado de RS. Es un estudio cualitativo, del tipo estudio de casos múltiples. Los datos fueron colectados en las Secretarías Municipales de Salud (SMS) de Camaquã y Canguçu, en RS, por medio de observación participante, entrevistas semiestructurada y documentos de la gestión municipal, como Planes Municipales de Salud e Informes de Gestión. Las categorías temáticas, organizadas con el auxilio del software NVivo8[®], incluyeron la estructura organizacional de las SMS, la formación profesional, las concepciones de los gestores cuanto a los temas en estudio, los agentes evaluadores, los tipos de prácticas evaluativas y las dificultades en su ejecución. El análisis temático de los datos señaló para sistemas municipales de salud basados en la demanda espontánea, con predominio de prácticas evaluativas cotidianas desarrolladas por actores de representatividad política comunitaria y por profesionales de las SMS. Señala, también, a la evaluación puntual y normativa estimulada por factores externos al contexto municipal, como órganos fiscalizados del Sistema Único de Salud (SUS). A la consideración del diagnóstico del Programa Interdisciplinar de Pesquisa, fue evidenciada la dinamicidad de transformaciones en el SUS en Canguçu y de estagnación en Camaquã, relacionados a las movilizaciones y a las persistencias en los moldes tecno-asistenciales vigentes en las SMS. Esa realidad expone, respectivamente, las capacidades de innovar y de reproducir en el cotidiano gestor. Como reproducción, ese estudio evidencia que otras lógicas, no instrumentales, permean las prácticas evaluativas en el SUS municipal. La necesidad de factores diversos en incidir sus intereses sobre las SMS atenta para el reto puesto a los gestores en cuanto mediadores implicados en la conducción y en el desarrollo innovadores del SUS en la esfera municipal.

Palabras-Clave: Atención Primaria de Salud. Gestión en Salud. Evaluación en Salud. Planificación en Salud. Población Rural.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	17
2.1 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1.1 O direito à saúde no SUS: municipalização da gestão do cuidado na Atenção Básica à saúde.....	17
2.1.2 Um olhar sobre a gestão pública no planejamento em saúde.....	26
2.1.3 Desenvolvimento e institucionalização das formas de avaliar em saúde: programas e práticas.....	32
2.1.4 Problematizando o estudo sobre práticas avaliativas: a gestão da abs voltada a residentes rurais e DCNT em dois municípios do Sul do RS.....	38
3 OBJETIVO	47
3.1 OBJETIVO GERAL.....	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4 METODOLOGIA.....	48
4.1 TIPO DE ESTUDO	48
4.2 CAMPO DE ESTUDO	49
4.3 GERAÇÃO DE DADOS.....	49
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	54
4.5 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	56
5 INSTRUMENTOS PARA PENSAR AS PRÁTICAS AVALIATIVAS NA GESTÃO EM SAÚDE: ESTAGNAÇÃO E DINAMISMO TECNO-ASSISTENCIAL	58
5.1 O TRABALHO GESTOR NA SMS DE CAMAQUÃ/RS: PERSISTÊNCIA NO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL E INDIVIDUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO	58
5.2 MUDANÇA TECNO-ASSISTENCIAL E APOIO TÉCNICO INTERGESTOR NA GESTÃO DA SMS EM CANGUÇU/RS.....	68
6 PRÁTICAS AVALIATIVAS EM SAÚDE: REPRODUÇÃO E INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MUNICIPAL	73
6.1 QUEM AVALIA (N)A SMS?.....	73
6.1.1 Camaquã: Hierarquização e fragmentação das práticas avaliativas na gestão municipal em saúde	73
6.1.2 Canguçu: mediadores avaliadores e o reconhecimento das práticas avaliativas enquanto práticas que devem ser compartilhadas	75
6.2 TIPOLOGIA DAS PRÁTICAS AVALIATIVAS EM SAÚDE NA ESFERA MUNICIPAL DO SUS	78
6.2.1 Tipos de práticas avaliativas para o caso de Camaquã/RS	79

6.2.1.1 Avaliação cotidiana: descrição empírico-perceptiva das vivências na cidade por gestores, trabalhadores e usuários	80
6.2.1.2 Ou oito ou oitenta: Avaliação pontual como análise emergencial e como cumprimento normativo.....	83
6.2.1.3 Práticas de Monitoramento: regulação do prestador privado e de aplicação orçamentária na SMS.....	85
6.2.1.4 Práticas Avaliativas Normativas: condicionamentos da gestão descendente na rotina da gestão municipal do SUS.....	87
6.2.1.5 “Te faltam”: dificuldades de acesso ao rural, escassez de recursos e falta de apoio técnico gestor.....	89
6.2.2 Tipos de práticas avaliativas para o caso de Canguçu/RS.....	90
6.2.2.1 Identificação das necessidades na vivência cotidiana: a ineficiência do modelo de gestão e o papel dos mediadores rurais na SMS.....	91
6.2.2.2 Avaliações pontuais: estímulos internos e externos na mobilização para a tomada de decisão.....	97
6.2.2.3 Monitoramento enquanto acompanhamento de mudanças instituídas nas práticas assistenciais e de gestão.....	99
6.2.2.4 Práticas avaliativas normativas: adaptações gerenciais para a implantação de Programas de Políticas Públicas no cotidiano municipal	99
6.2.2.5 Dificuldades somativas na efetivação das práticas avaliativas: da urgencialização de tarefas na demanda espontânea à falta de apoio técnico interfederativo	102
7 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE GESTÃO EM SAÚDE: ARRANJOS SOCIAIS E DEMANDAS AVALIATIVAS NA ESFERA MUNICIPAL DO SUS.....	106
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR COMUM ÀS TRÊS ETAPAS DE COLETA DE DADOS (ANÁLISE DOCUMENTAL, ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS E OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE) SOBRE PRÁTICAS AVALIATIVAS DA GESTÃO LOCAL DA ABS PARA A ATENÇÃO E O CUIDADO A RESIDENTES RURAIS EM RELAÇÃO ÀS DCNT.....	128
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS E OBSERVAÇÃO COM PROFISSIONAIS GESTORES DA ABS SOBRE A ATENÇÃO E O CUIDADO A RESIDENTES RURAIS EM RELAÇÃO ÀS DCNT.....	129
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DA GESTÃO MUNICIPAL DA ABS	131
ANEXO – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS.....	132

1 INTRODUÇÃO

O tema de pesquisa proposto neste estudo envolve as práticas avaliativas envolvidas na gestão da Atenção Básica à Saúde (ABS) dos municípios de Camaquã e Canguçu, no Estado do Rio Grande do Sul (RS). O estudo está delimitado às práticas avaliativas que visam à atenção e cuidado às pessoas residentes na zona rural, no que tange às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

As práticas avaliativas serão analisadas enquanto práticas de cuidado integrantes do trabalho na gestão local em saúde. Como as práticas assistenciais, acredita-se que também expressam a atenção à saúde prestada à população. Assim, considera-se práticas avaliativas em saúde as ações motivadas para o desvelamento de alguma necessidade de saúde (seja dos serviços e sistemas de saúde ou dos usuários), exercidas no cotidiano dos serviços e não esgotadas pelas ferramentas tecnológicas já existentes, nem pretendendo se tornar necessariamente técnicas a ser compartilhadas (PINHEIRO; SILVA JR, 2008) e que têm por finalidade aperfeiçoar e direcionar ações, serviços e políticas para promover o direito à saúde.

Pelo objeto em estudo, o presente projeto de pesquisa de mestrado se insere na linha de pesquisa “Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PPGENF/UFRGS.

O interesse pelo estudo sobre práticas avaliativas na gestão local em saúde foi sendo desenvolvido ao longo da trajetória acadêmica da pesquisadora, por meio de estágios curriculares em instituições e serviços públicos de saúde (em especial, em uma unidade de pronto-atendimento, em um Centro de Apoio Psicossocial, em duas unidades de saúde e em uma gerência distrital de saúde) e em uma escola pública de ensino fundamental e médio de Porto Alegre durante a graduação em Enfermagem, e da participação enquanto bolsista de Iniciação Científica (IC) no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Escola de Enfermagem da UFRGS. Assim, a presente proposta de pesquisa de mestrado é fruto da inserção na rede municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo interesses e circunstâncias sociais condicionadas e experienciadas e que, por isso, com razões e objetivos de ser (MINAYO, 2008).

Enquanto atividades desenvolvidas nos projetos de pesquisa da IC, houve a participação no desenvolvimento das pesquisas acadêmicas intituladas *Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade e necessidades em saúde de usuários e novos desafios para a*

integralidade em saúde pública e Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde, bem como em eventos com temas relacionados à produção do cuidado à saúde no campo da Saúde Coletiva a partir da perspectiva da gestão em saúde. Propiciada por essas vivências, a síntese reflexiva resultou na construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Enfermagem, que possibilitou o caminho da pesquisadora na busca pela construção do conhecimento na temática aqui proposta.

Os referidos estudos, realizados em uma região de treze municípios da “Metade Sul” do Estado do RS, se complementaram para gerar conhecimento acerca das necessidades de saúde de usuários e das especificidades dos sistemas locais de atenção à saúde. Com isso, buscaram esclarecer os processos envolvidos na formação de desigualdades sociais e de determinantes sociais de utilização dos serviços de saúde na região em estudo (GERHARDT et al., 2009a; GERHARDT et al., 2009b).

Inicialmente, houve o desenvolvimento de um estudo sobre a oferta e a demanda por serviços da ABS, por meio de dados secundários referentes a consultas, procedimentos e capacidade instalada em serviços dispostos no *site* do Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS, para o período entre 2000 e 2005. Os resultados mostraram situações hipotéticas merecedoras de atenção pelos gestores públicos de saúde, como a insuficiência e/ou ausência de consultas, procedimentos e capacidade instalada em serviços na ABS. Suscitam a possibilidade de incongruências na apresentação dos dados nos sistemas de informações pesquisados, seja por subnotificação ou por problemas estruturais desses sistemas. Além disso, a oferta de serviços de ABS obedeceu à lógica de distribuição e disposição referente aos serviços de média e alta complexidade, no sentido da concentração da oferta de serviços da ABS em municípios maiores e a sua escassez em municípios menores (GERHARDT et al., 2009 c).

Especificamente nessa primeira etapa, quando participei ativamente durante todo o período em que fui bolsista de IC, é que surgiram questões que levaram à construção da problemática do TCC da graduação em Enfermagem, intitulado *O uso da informação na gestão da Atenção Básica à Saúde: informação para que mesmo?* (PINTO, 2008). Tendo como foco de estudo a gestão do cuidado, os resultados evidenciaram as dificuldades dos gestores municipais de treze municípios em conceituar um de seus instrumentos e um de seus objetos de trabalho: a informação em saúde e a ABS, respectivamente.

Ao mesmo tempo em que as dificuldades eram desveladas, como aquelas referentes à complexidade e apresentação pouco clara dos processos de produção das informações em

saúde, os entrevistados as relataram como necessárias à gestão da ABS, sendo utilizadas constante e diversamente, advindas dos diferentes sistemas de informação mantidos pelos municípios, Estado e União. Assim, a elaboração de estratégias locais, como os sistemas de informações mantidos pela gestão municipal e a qualificação da equipe, foi referida como alternativa às dificuldades na utilização dos sistemas de informação disponíveis para o planejamento em saúde (PINTO, 2008).

O referido TCC me instigou à reflexão sobre práticas avaliativas em saúde realizadas na gestão local em saúde, por ter abordado a dimensão do cuidado à saúde da população a partir do olhar na gestão dos serviços. Norteou, assim, a necessidade de aprofundamento do tema e a construção da presente pesquisa de mestrado. Além disso, outras pesquisas (RIQUINHO, 2009; GERHARDT et al., 2009d) desenvolvidas no âmbito dos projetos acima citados complementam os resultados até aqui apresentados.

Tendo como área empírica a comunidade de Rincão dos Maia, no município de Canguçu, estes estudos trazem importantes contribuições acerca da organização e atuação dos serviços de saúde no meio rural e sobre a emergência de reconhecimento das necessidades de saúde dessa população. Ao identificar os serviços de saúde esporádicos na zona rural e sua predominância na zona urbana de Canguçu, constatou que os caminhos percorridos nos itinerários terapêuticos eram plurais, diversos e pode-se identificar relações formais ou informais interessadas (RIQUINHO, 2009). Estas reforçam, muitas vezes, redes complexas de relações de poder assimétricas, assistencialistas e clientelistas nos planos macro e microsocial, representados pelo poder público local (GERHARDT et al., 2009d). Com isso, possibilitou o reconhecimento de que as dinâmicas das pessoas na busca por cuidados de saúde e dos sistemas locais de saúde de sua referência não necessariamente convergem ou resultam em ações conjuntas para o suprimento de objetivos comuns.

Ainda, o inquérito populacional realizado na mesma comunidade chama a atenção para uma expressiva prevalência de doenças crônicas autorreferidas. Especificamente, os problemas cardiovasculares (30,5%), mentais e comportamentais (12%), osteomusculares (10,9%) e endócrinos e metabólicos (8,1%) foram os referidos com maior prevalência (RIQUINHO, 2009). Essa caracterização epidemiológica do estudo aponta que as doenças crônicas chegaram ao campo com intensidade, e podem ser responsáveis por perdas de horas de trabalho e piora da qualidade de vida dessas pessoas.

Contrariamente à maneira como os serviços de saúde foram historicamente organizados no Brasil, com atendimento à população rural somente para as condições de endemias, hoje há a necessidade de um atendimento que acompanhe a transição

epidemiológica dos munícipes moradores de regiões rurais. As doenças crônicas e degenerativas deixaram de ser exclusivas à população de maior renda e residentes nos centros urbanos do país e arredores (LUZ, 2007).

Os estudos apresentados embasam a construção da problemática do presente projeto de pesquisa de mestrado e o inserem no projeto de pesquisa intitulado *Sistemas locais de saúde, determinantes sociais e itinerários terapêuticos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis*.

Este projeto objetiva identificar e analisar as interfaces entre os sistemas locais de saúde e os determinantes sociais de utilização de serviços de saúde, focando as DCNT. Para isso, serão trabalhadas questões relacionadas tanto aos usuários dos serviços locais de saúde como também à organização, rede, oferta e demanda de serviços de saúde (GERHARDT et al., 2009e). A importância da análise da gestão dos sistemas municipais de saúde, neste caso, está relacionada aos seus efeitos no cuidado à saúde.

A área de estudo desse projeto de pesquisa de mestrado, e do projeto base do qual é parte, serão os municípios de Camaquã e Canguçu, pela sua inserção em um Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER) da UFRGS. Em sua etapa atual, o PROINTER tem por finalidade explorar a diversidade de situações e condições^a da população que vive em dois espaços ilustrativos da “Metade Sul” do RS – os municípios de Camaquã e Canguçu.

Para chegar a tal consideração, os pesquisadores do PROINTER realizaram um diagnóstico inicial de uma região de oito municípios da “Metade Sul” do Estado do RS (Arambaré, Camaquã, São Lourenço do Sul, Cristal, Chuvisca, Canguçu, Encruzilhada do Sul e Santana da Boa Vista). Essa região foi escolhida, dentro da dita “Metade Sul”, por apresentar estagnação e declínio econômico e impacto ambiental, e por apresentar uma diversidade de grupos sociais e sistemas produtivos e em interação (descendentes de quilombos e assentamentos, p. ex.) (BECK et al., 2008).

Entendeu-se que Camaquã e Canguçu representam situações distintas e exemplares (de dinamismo e de estagnação, respectivamente), e por isso merecem atenção especial pela possibilidade de estudo das dinâmicas determinantes das desigualdades na região estudada⁽¹¹⁾. Assim, o projeto de pesquisa de Gerhardt et al. (2009e), sobre sistemas locais de saúde,

^a Segundo Beck et al. (2008), as **condições** são fatores e mecanismos de natureza diversa, que se impõem aos atores sociais na qualidade de “dados” (como renda, saneamento, acesso a serviços de saúde, presença de um processo de patologização, uma religião, p. ex.). Já uma **situação** é a modificação da condição como resultado da (re) ação dos atores sociais, que a reinterpretem e a remanejam, reconfigurando a realidade com sua atuação.

determinantes sociais e itinerários terapêuticos, tem como área empírica aquela diagnosticada para a segunda etapa (e atual) de estudos do PROINTER.

Por esse envolvimento no PROINTER, e pelo compartilhar, entre os pesquisadores do GESC, da concepção de que há uma complexidade envolvida nos processos de vida das pessoas e das desigualdades que os permeiam, considera-se que o desvelamento das diferentes situações de vida dos usuários e de trabalho em saúde pode possibilitar maior compreensão sobre o cenário de práticas e políticas em saúde presentes na região em estudo (GERHARDT et al., 2009e). Especificamente, essa compreensão deve focar na busca por serviços e saúde, nas vivências e concepções de saúde e adoecimento das pessoas/usuários de serviços de saúde, nas dinâmicas envolvidas nos processos de trabalho e nas concepções de saúde e adoecimento dos profissionais de saúde^b.

A escolha dos municípios de Camaquã e Canguçu para o presente estudo contribuirá para saber se, como polos representativos de dinamismo e estagnação na região Sul do RS, respectivamente, as práticas avaliativas desenvolvidas na gestão da ABS desses dois Municípios são concordantes com os diagnósticos realizados pelo PROINTER. Como já referido, é reconhecida a atuação controversa do Município de Canguçu na ABS, uma vez que é organizada para atender a partir de um pronto-atendimento localizado na sua sede. Essa conformação também lhe confere caráter de referência microrregional a municípios vizinhos. Já os seus serviços de ABS da região rural são, na maioria, postos avançados que atendem em dias específicos e com um cardápio limitado de oferta de serviços (como consultas clínicas, distribuição de medicamentos do programa de hipertensos e diabéticos – HiperDia/SUS) (RIQUINHO, 2009).

Quanto ao município de Camaquã, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado do RS (PDR/RS), é referência microrregional para consultas e procedimentos de média complexidade, atendendo a outros municípios arredores (GERHARDT et al., 2009a, ROESE, 2005). Com isso, importa-se em saber, entendendo-se ABS como uma responsabilidade executiva exclusiva do Município, se a gestão local de saúde de Camaquã está identificando e atendendo às necessidades de saúde da sua população na esfera da ABS.

As contribuições do presente estudo serão importantes na medida em que a compreensão das práticas avaliativas, desenvolvidas no sistema municipal de saúde para a gestão da ABS, possibilita: 1) reconhecer que a busca por cuidados de saúde vai além do

^b Entende-se como **profissionais de saúde** todos aqueles que têm como objeto de trabalho e objetivo final de estudo a atenção e o cuidado à saúde humana. Entre estes **profissionais** estão os assistenciais (enfermeiros,

conhecimento normativo repassado às equipes de gestão municipal em saúde pelas demais esferas de gestão do SUS, que têm capacidade de ação e resolutividade limitados no meio rural e local; 2) reconhecer que há potencialidades e limitações no uso de instrumentos de gestão disponíveis para atendimento à população em estudo e para a reflexão sobre o trabalho na gestão municipal da ABS. Nessa perspectiva, fala-se também em reconhecer com os profissionais de saúde gestores as suas necessidades para realizar a atenção e o cuidado à saúde, o que imprime e amplia a pertinência do estudo sobre as práticas avaliativas realizadas na esfera local.

Essas proposições, por conseguinte, permitem o questionamento de como as gestões locais em saúde (dos municípios) se organizam para receber as pessoas e o que pensam seus integrantes quanto à possibilidade de incluir, nos espaços de gestão, outras formas de reconhecimento das situações e condições de vida e de saúde dessa população. Além disso, o estudo das relações dos profissionais da gestão da ABS com as práticas avaliativas busca a compreensão dos cenários e desenhos locais de gestão, incluindo as estratégias utilizadas para a melhoria da atenção e do cuidado à saúde da população rural e minimizar os agravos causados pelas DCNT nessa população.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Para desenvolver uma reflexão acerca da problemática de estudo proposta, a revisão teórica dos temas descentralização e municipalização do SUS, planejamento e avaliação em saúde foi necessária. A revisão teórica contribuiu no desenvolvimento do estudo sobre práticas avaliativas na gestão local ao alinhar os distintos assuntos de maneira a harmonizar a leitura e imprimir o direcionamento pretendido e exposto na problematização do objeto em estudo. O contorno epistemológico dessa reflexão terá a pretensão de permitir um conhecimento-síntese aproximado, por meio do exercício da apreensão, da compreensão, da crítica e da dúvida (MINAYO, 2008).

2.1 REVISÃO DE LITERATURA

Os assuntos discutidos nessa revisão da literatura objetivam: a construção sócio-histórica e conceitual do objeto de estudo, em *“O direito à saúde no SUS: municipalização da gestão do cuidado na Atenção Básica à Saúde”*, *“Um olhar sobre a gestão pública no planejamento em saúde”* e *“Desenvolvimento e institucionalização das formas de avaliar em saúde: programas e práticas”*; e o direcionamento e caracterização peculiares ao contexto pesquisado, desenvolvidos em *“Problematizando o estudo sobre práticas avaliativas: a gestão da ABS voltada a residentes rurais e DCNT em dois Municípios do Sul do RS”*.

2.1.1 O direito à saúde no SUS: municipalização da gestão do cuidado na Atenção Básica à Saúde

Desde a consolidação legal do SUS, por mais que as discussões sobre a sua efetivação tenham sido crescentes, ampliando e definindo significativamente o seu arcabouço teórico, conceitual e legal, muitos desafios ainda se mostram latentes. As dificuldades na execução de suas normas operacionais e programas de atenção demonstram a exigência de um (re) posicionamento a favor da valorização do diálogo entre os diferentes profissionais de saúde (formadores, gestores e assistenciais) e entre estes e a população.

Neste ano de 2011, o tema da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tenta fortalecer a imagem do SUS universalista, de conquista e patrimônio da população brasileira, dando um passo na direção da discussão sobre a qualidade do acesso ao Sistema. Tenta, com isso, reposicionar as discussões do Sistema em discussões de interesse de todos os brasileiros enquanto cidadãos com responsabilidades políticas, individuais e coletivas, pelo seu aprimoramento e efetivação. A apresentação dessa necessidade evidencia que a lógica de desenvolvimento instrumental e tecnológico é importante, mas que não é capaz, por si mesma, de incorporar significados e relações construtivos e mobilizadores entre os diferentes atores do Sistema.

O SUS nasceu como resultado e expressão do movimento da Reforma Sanitária brasileira iniciado na década de setenta (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2009), obtendo consolidação legal na Constituição Federal 1988 (CF/88) e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Neste período, a Reforma Sanitária brasileira foi impulsionada pela municipalização da saúde discutida na 3ª CNS, pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, pelo movimento de municipalização da saúde (que acontecia com encontros nacionais de secretários municipais de saúde) (SILVA, 2001) e, associado a isso, pelo inconformismo com a centralização de poder do Estado brasileiro no período da ditadura militar.

A Reforma Sanitária brasileira tem como campo de estudos e atuação a Saúde Coletiva. Esse campo de estudos surgiu como uma corrente de pensamento desenvolvida nas reformas sanitárias das nações latino-americanas, resultado da crítica aos movimentos e projetos de reforma da saúde desenvolvidos em países capitalistas (como a medicina comunitária norte-americana) e sua implantação nos países latino-americanos, que à época eram caracterizados como capitalistas dependentes e subdesenvolvidos. Com isso, propiciou uma construção teórico-epistemológica própria e uma produção científica atrelada às ciências sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2009).

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária brasileira é um movimento social e político que, influenciado pelos movimentos de democratização na América Latina (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2009), buscou rediscutir e reorientar o setor saúde desde os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o escopo para além do biológico e do econômico, incluído as condições sociais e políticas vividas pela população.

Emergiu do cenário de um sistema previdenciário conduzido por uma política de compra de serviços privados de saúde apenas para a camada produtiva e assalariada (carteira assinada), que teve seus recursos desviados para finalidades diversas que não propriamente a

saúde ou a previdência social, a constituição de um sistema excludente, centralizado, oneroso e injusto (CONH; ELIAS, 1999). Além disso, a separação entre a assistência médica prestada pelo setor saúde dentro da previdência e a saúde pública (preventiva) prestada pelo Ministério da Saúde acentuava as iniquidades entre a camada assalariada e o restante da população.

Na década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária brasileira foi reconhecido pela sociedade por ir ao encontro da redemocratização do país. Pelo contexto já descrito, alguns dos seus princípios legais se constituíram em verdadeiras ‘bandeiras de luta’, como a *descentralização político-administrativa com ênfase nos municípios*, a *regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde*, e a *integralidade de assistência* (SILVA, 2001; MATTOS, 2006; BRASIL, 1990). Lembra-se, ainda, que a descentralização da saúde já havia sido discutida na 3ª CNS 1963 (SILVA, 2001; BRANCO, 2006) e que, talvez também por esse motivo, ganha destaque no cenário da instituição do SUS.

Por esses motivos, os referidos princípios foram destacados para dissertar sobre a condução do processo de gestão dos sistemas municipais de saúde do SUS. O objetivo não será esmiuçá-los individualmente, mas favorecer a reflexão sobre a apropriação na realidade da gestão dos sistemas municipais e, em especial, nos casos aqui estudados.

Esses princípios legais enfatizam um modelo de atenção à saúde que não deve se restringir apenas à urgência que a pessoa tem em acessar um serviço devido à gravidade de sua patologia, mas que, além disso, também atenda-a em suas necessidades de saúde (considerando o seu julgamento sobre o que é uma necessidade de saúde) nos diferentes níveis de atenção do sistema – desde a promoção até o restabelecimento e recuperação da sua saúde. Assim, entende-se o cuidado à saúde não somente como a assistência individual ou o encontro físico/presencial profissional-usuário, realizada a partir da percepção de um problema (eminente ou potencial) relacionado à saúde, mas uma tecnologia que concerne a todas as dimensões do sistema de saúde (PINHEIRO, 2005) e suas ações, incluindo política, gestão e assistência.

Com vistas a possibilitar esse ‘modelo ideal’ no sistema de saúde brasileiro, a *descentralização político-administrativa* pode ser potencial para o cumprimento gestor do objetivo da efetivação do direito à saúde. Neste ponto, as responsabilidades colocadas aos gestores do Sistema incluem a tomada de decisão considerando a diversidade cultural e as desigualdades sociais existentes no país – com a população, com os próprios sistemas municipais, estaduais e federal e entre os profissionais de saúde.

A descentralização, por se configurar em princípio complementar à regionalização na organização do sistema de saúde, é importante diferenciá-los.

A descentralização político-administrativa dos municípios é parcial, em relação às demais esferas de gestão (Estado e União). Mesmo sendo a esfera de gestão com maior potencial de identificar as necessidades populacionais e do sistema de saúde de sua abrangência e cobrir financeiramente parte significativa dos investimentos em saúde dos seus municípios, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dependem de habilitação em blocos predefinidos de financiamentos e respectiva comprovação de execução às esferas de gestão de origem dos recursos.

Além disso, como a condução do SUS no município também inclui a relação com outros órgãos imbricados no Sistema, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde e os serviços privados de saúde suplementar, a dependência municipal para a efetivação da atenção à saúde é dificultada pela lógica de mercado historicamente estabelecida nessas relações.

Pelo desentendimento na atuação pública sob duas lógicas de funcionamento – pública e privada – e a conseqüente dificuldade de compreensão do papel atribuído aos gestores públicos a partir da instituição constitucional do SUS, as disputas de poder e as dificuldades de entendimento e acordos entre gestores são uma realidade. A atuação com uma responsabilidade compartilhada e em rede sobre o Sistema de Saúde escolhido para o país é novidade desafiadora.

Mesmo os municípios estando mais próximos da população e tendo que investir na organização prática e adequação do sistema municipal para atender às demandas populacionais em saúde, têm menos governabilidade sobre a condução das políticas públicas e prioridades na atenção à saúde. A crítica que se faz sobre a municipalização da saúde está justamente na polarização da autonomia na gestão. Essa polarização é caracterizada por uma ‘responsabilidade solitária’ dos municípios na ABS, com um tratamento do tipo *laissez-faire* dos demais níveis de gestão (Estado e União) sobre as necessidades e capacidades gestoras e um descarte da intermediação proveniente dos acordos intergestores que incluía as regiões de saúde e os Estados brasileiros nesse nível de atenção (SILVA, 2001).

Essa polarização desconsidera a relevância da ABS no impacto sobre a saúde e os limites intermunicipais que, junto à falta de serviços de saúde próximos às residências e/ou a baixa resolutividade destes nos municípios de origem, possibilitam acesso diverso ao programado municipalmente. Nessa situação, acredita-se que espaços de discussão intergestores podem facilitar a troca de experiências sobre questionamentos e problemas na ABS e, com isso, proporcionar melhorias nas redes de ABS para além do seu acesso no âmbito municipal, tendo a gestão Estadual um papel importante como mediador nesse processo (PINHEIRO, 2005).

É importante lembrar que, mesmo para a ABS, a relação de interdependência entre gestores também é preconizada para o desenvolvimento do SUS, tendo os diferentes níveis de gestão que compartilhar de políticas e estratégias para garantir o direito à saúde da população. União, Estados e Municípios devem manter uma “autonomia relativa” entre si, visto que, a partir da organização constitucional do SUS, há uma união indissociável entre esferas de governo e estas devem ser, ao mesmo tempo, autônomas entre si e dependentes de princípios e diretrizes legais (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2003). Importante, então, é encontrar um equilíbrio entre a dependência e a independência entre as esferas governamentais (Município-Município; Município-Estado; Estado-União; Município-União; e Município-Estado-União).

Sabe-se que burocracias atreladas a objetivos cobrados pelos governos Estadual e Federal assumem uma parcela significativa da atenção dos gestores municipais. O aumento das suas responsabilidades obriga-os a organizar-se para dar conta das responsabilidades constitucionais e legais a eles atribuída. Admite-se, com isso, a dificuldade e a necessidade de ser uno e múltiplo ao mesmo tempo, ou seja, de pensar micropoliticamente e agir pela saúde conforme as necessidades vividas no dia-a-dia do trabalho e, ao mesmo tempo, de pensar macropoliticamente sob normas e responsabilidades constitucionais e legais. A esfera municipal agora atua, simultaneamente, com a desconcentração (assume tarefas sem poder decisório) e com a devolução (transferência de poder de decisão – descentralização territorial) (SILVA, 2001).

Esses desafios na gestão em saúde são reconhecidos pelo nível central que, visando auxiliar e estimular as SMS na identificação das características de suas regiões e se responsabilizar por elas, estabelece estratégias, como a formulação de indicadores básicos de saúde. Criados a partir de 1999, os indicadores básicos tiveram por objetivo impulsionar o processo de avaliação e monitoramento da ABS pelas SMS. Como resultado para a descentralização do sistema, esses indicadores tem o objetivo de impulsionar a utilização de instrumentos de gestão, como os dados dos SIS, e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria da qualidade dos dados informados localmente (BRASIL, 2003).

Apesar de dados absolutos serem mais fáceis de obter pelos SIS e indicarem a cobertura de acesso aos serviços e ações de saúde, o fato de haver oferta de serviços de ABS não atesta a sua eficácia na melhora da saúde e na qualidade de vida das pessoas. Outras estratégias com caráter avaliativo também podem contribuir para o reconhecimento dos gestores sobre a importância dos dados e informações para a descentralização e a municipalização da ABS.

A efetivação do direito à saúde não é resultado simples da disponibilidade de serviços em um município, mas inclui: a disposição geográfica e funcional no município para garantir esse tipo de acesso; a suficiência de recursos materiais e humanos nos serviços de saúde; a ética, a responsabilidade e a capacidade técnica dos profissionais de saúde para o cuidado à saúde das pessoas; o tipo de relação estabelecida por profissionais gestores e assistenciais na escuta das necessidades da sua população (relação entre si e com a população); e o reconhecimento da necessidade de trabalho em conjunto e intersetorial, visando à integralidade e à promoção da saúde.

A garantia do direito à saúde ultrapassa os acordos macropolíticos feitos pela União ou Estado com os municípios, inclui a mobilização do sistema social local no sentido de como trabalhar localmente para efetivá-lo, com todas suas particularidades. Entende-se, com isso, que as macropolíticas têm um cunho principalmente norteador e organizacional no sistema de saúde brasileiro e que sua eficácia esbarra na capacidade limitada de especificar as necessidades locais dos diferentes grupos populacionais que compõem o país.

Outro problema é a capacidade de o sistema de saúde nacional reproduzir fielmente informações sobre as populações adscritas em sistemas municipais e microrregionais de saúde, como acontece historicamente com sub-notificações e sub-registros dos dados de interesse à saúde em países em desenvolvimento, como o Brasil (PINTO, 2008; COHN; ELIAS, 1999; ROUQUAYROL; BARRETO, 2005). Assim, considera-se que há certa efetividade na atuação da esfera federal de gestão do SUS, conforme o seu potencial e limitações em promover a saúde.

Cabe desenvolver as possibilidades dos sistemas municipais em suprir tal necessidade, no seu microespaço sociopolítico e também complementando o sistema estadual e nacional de saúde. Acredita-se que um caminho no sentido de um trabalho em equipe estendida (interesferas de governos e intermunicipal), e a consciência desse trabalho pelos atores envolvidos nesse processo, seja a alternativa às dificuldades na implantação da descentralização interinstitucional devolutiva na esfera municipal.

Associado ao exposto, os desafios dos profissionais de saúde implicados no processo de implantação do SUS não são menores. Além da complexidade imposta pela sua dimensão e organização constitutiva, acontecimentos adversos no cenário político e econômico brasileiro freiam o desenvolvimento do SUS desde a sua instituição legal.

O sucateamento progressivo de aparelhos federais e estaduais do setor saúde, com a não-reposição de servidores públicos na área e a desvalorização financeira dos valores pagos aos serviços supletivos (SILVA, 2001), também associados à descrença em sistema nacional

de saúde equânime e resolutivo por parte dos servidores públicos da área e da população, levaram a uma crise na década de 90. Com isso, atenta-se sobre uma reflexão acerca da humanidade dentro do SUS, uma vez que o sistema não existe em si, é composto e (re)produzido por pessoas.

Lembra-se que, junto à estrutura e capacidade instalada de recursos não humanos, a efetivação dos planos e programas de saúde, como elaborações humanas, depende de profissionais de saúde comprometidos e implicados a agir em saúde, com a produção de novas relações entre trabalhadores e entre estes e usuários, em todos os espaços onde essa relação se concretiza (MERHY; ONOCKO, 2007). A implicação social no sistema de saúde – com capacidade de proceder como sujeitos sociais em distintas situações no serviço e com plasticidade às diversas realidades brasileiras – tem potencialidade para superar a visão normativa de meros ‘recursos’ humanos passíveis de manejo conforme a política do serviço (CAMPOS, 1994a). Assim, mesmo com a possibilidade de não agirem exatamente conforme os preceitos do sistema público de saúde, a capacidade reflexiva e decisória dos profissionais de saúde deve ser considerada, como portadores de racionalidades próprias e potencializadores/inibidores de projetos que (des) acreditam.

O desafio da aplicabilidade do SUS, ao considerar a implicação pessoal (ética e moral) e subjetiva dos seus profissionais, se relaciona aos tempos de uma sociedade neoliberal. Nesse contexto, muitos tem dificuldade e medo em se responsabilizar e fazer parte de movimentos que supostamente possam lhe trazer algum dano pessoal. As conseqüências em comprometer-se com um direcionamento ético e moral explícito são vistas como resultantes de responsabilização ‘individual’. Por serem sentidas de forma desproporcional, atrofiadas, levam à busca por proteção e prevenção contra qualquer atitude pública que possa lhes trazer riscos e acarretar em sentimentos de medo, julgamentos e solidão (BAUMAN, 2007).

No quadro de uma sociedade neoliberal, essa ligação com o Estado, por sua responsabilidade coletiva *a priori*, é dita como limitante da liberdade individual (BAUMAN, 2000), e a recondução e posicionamento de sujeitos em atores sociais públicos pode ser compreendida como individualmente danosa (comprometendo relações sociais que possam ser estabelecidas visando benefícios individuais). Essa realidade se projeta na conduta dos profissionais dos serviços públicos de um sistema de saúde que, mesmo que lhes pareça invisível, é onipresente e onipotente pelas suas características de interdependência, puxando todos os que dele fazem parte para a responsabilidade na sua condução e realização.

Também é de considerar que o que aparentemente é uma saída à suposta responsabilização ‘individual’ apenas se parece benéfico. As marcas do excesso de proteção

social legal não mútua e descontextualizada, característica também do neoliberalismo, podem traduzir-se em não reconhecimento e incompreensão sobre as dificuldades e limitações individuais, mas também profissionais e contextuais que não estão dispostas no âmbito legal (HONNETH, 2009).

Em síntese, no caso dos profissionais de saúde, o não reconhecimento das suas singularidades os expõe a mecanismos de defesa social marcados pela imobilidade de ação e de capacidade criativa nos espaços cotidianos ao mesmo tempo em que os muni de mecanismos legais de proteção individual.

Arelado a essa realidade, o reconhecimento Estatal das necessidades de universalizar o acesso aos serviços básicos e melhorar índices de saúde acordados mundialmente, no Brasil optando-se pela diminuição da responsabilidade executiva dos gestores dos níveis centrais (Estados e União) e da ampliação das responsabilidades de gestão e execução pelos Municípios, levou a um importante esforço para a consolidação da descentralização político-administrativa, da regionalização e da hierarquização de ações e serviços de saúde. Houve, nessa situação, um reconhecimento de interesses distintos de diferentes atores políticos, que se somaram a finalidade de possibilitar o movimento da descentralização dos serviços de saúde.

Essa incoerência, entre modelo de sociedade que temos e o modelo de Estado proposto na CF/88, traz impasses e resistências à efetivação do SUS. Por conseguinte, como menor ente federativo, molecularizado, a implicação dos municípios no planejamento e execução de políticas públicas locais ainda demanda reflexão sobre a sua aplicabilidade e efetividade, em especial na compreensão profissional sobre as suas contribuições e as suas possibilidades de agir dentro dos espaços intra e intermunicipais do SUS.

Atuando regulatoriamente, a tendência de racionalização gerencial de cunho hegemônico sobre as reformas administrativas de governo são incoerentes com as propostas de políticas públicas (LOTUFO; MIRANDA, 2007), no qual a área da saúde é um exemplo fiel com um direcionamento pela eficiência (custo-benefício) na alocação de recurso e escolha de ações, serviços e programas.

A dependência por apenas alguns modelos de organização e de instrumentos de gestão, como os indicadores básicos de saúde, e a incapacidade técnica de prover uma gestão municipal em saúde que inclua as ações de avaliação e planejamento locais é uma realidade que impede a efetivação de outros princípios do SUS, como a atenção integral e a universalização. Apesar de conhecida a necessidade da descentralização político-administrativa e devolutiva, gestores locais se deparam com ‘o que fazer’ e ‘como fazer’,

acentuados pelos obstáculos da insuficiência teórica e prática da descentralização no campo da Reforma Sanitária (SILVA, 2001). Esse problema limita a efetivação do princípio da universalização do acesso às ações e serviços de saúde, resultando em um direcionamento da atenção enganado pelo desconhecimento das necessidades de saúde.

Repensando essas limitações gestoras persistentes, o Pacto pela Saúde (composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS, e Pacto de Gestão) possibilita institucionalizar, no nível da dimensão da negociação e colaboração política, as discussões de questões que impedem o desenvolvimento pleno do SUS. Para isso, o Pacto pela Saúde define como eixo central a regionalização do SUS.

O Pacto pela saúde é uma possibilidade de radicalização da Reforma Sanitária que visa à repolitização do debate do Sistema de Saúde brasileiro, à qualificação do controle social e à afirmação dos princípios constitucionais da saúde. Como também há a eleição nacional de alguns indicadores base, no Pacto pela Saúde Estados e Municípios elegem indicadores e questões importantes à realidade regional para a atenção à saúde, norteando-se pelos Planos de Saúde e Relatórios de Gestão (SCHNEIDER, 2009).

Especificamente, o Pacto de Gestão tem o seu direcionamento para a efetivação da descentralização e regionalização da saúde. Pretende acabar com o ‘empurra-empurra’ de responsabilidades (mal definidas entre os sistemas municipais e regionais de saúde) com os serviços e ações na atenção à saúde da população (SCHNEIDER, 2009). Essa situação, como já descrita nessa revisão de literatura, é um problema até agora não solucionado com a forma como os diferentes entes federativos se relacionam entre si, o que até então propiciou um escamoteamento quanto às responsabilidades sobre a saúde dos cidadãos em todo o país.

A ABS, como o nível de atenção que mais se aproxima da realidade vivida pela população, é um dos temas que compõe o Pacto pela Saúde por entender-se que seu desenvolvimento pleno, apoiado pela Estratégia de Saúde da Família, pode mudar o modelo de atenção à saúde no país e qualificar o reconhecimento sobre as necessidades de saúde das pessoas. Seu desenvolvimento deve ser apoiado pelas três esferas de governo: Federal, com a definição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e com o repasse financeiro necessário; Estadual, com o apoio técnico e financeiro; e Municipal, com a definição, implementação e organização de uma ABS com qualidade, com a definição de políticas públicas locais a partir da política nacional (SCHNEIDER, 2009).

Pensar um sistema de saúde como o SUS requer ir além da concretização teórica dos modos de executá-lo; requer uma implicação pessoal, integração interpessoal e um entendimento e reconhecimento de ser do outro e dos coletivos. Esse direcionamento

reflexivo, no sentido da apropriação do direito à saúde e sua universalização, remete ao questionamento de como e quais as estratégias que os diferentes atores sociais atuantes no cuidado à saúde, em seus diferentes ambientes de trabalho (gestão, assistência, ensino e pesquisa), se utilizam para efetivar os princípios constitucionais da saúde no dia-a-dia do trabalho. Entende-se, assim, que a garantia do direito à saúde firmada pela CF/88 depende também de profundas mudanças culturais (SCHNEIDER, 2009) , bem como mudanças estruturais e ideológicas nos órgãos gestores (PINTO, 2008).

Identificada como estratégia de estimular a integralidade das ações e serviços de saúde, bem como a efetivação da descentralização e da municipalização, acredita-se que avaliação em saúde implica, em especial, nas necessidades de compreensão das condições e situações de vida das pessoas, para tentar ordenar os serviços em sua conformidade e do sistema de saúde, com vistas a promover a organização e a utilização adequada e ótima de recursos (humanos, materiais, políticos, e todos os outros recursos disponíveis ao trabalho gestor em saúde) nos serviços de saúde. Acreditando na potencialidade das práticas avaliativas que podem ser realizadas pelos gestores locais de saúde como meio catalisador na construção do SUS, a reflexão sobre essa estratégia de cuidado e seu desenvolvimento na realidade brasileira é discutida a seguir.

2.1.2 Um olhar sobre a gestão pública no planejamento em saúde

A lógica do planejamento de sistemas e serviços de saúde no Brasil nem sempre obedeceu (e em muitos casos ainda não obedece) diretamente às necessidades de saúde dos grupos populacionais. Até a década de oitenta, a atenção à saúde estava voltada à capacidade produtiva das pessoas para o desenvolvimento econômico do país, obedecendo à lógica de mercado. Por conseguinte, quando realizado, o planejamento em saúde era majoritariamente pensado ao nível macropolítico e econômico, seguindo os interesses produtivos (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989).

A forma de agir em saúde estava diretamente ligada aos déficits e dívidas econômicas geradas pela negociação desigual entre os países latino-americanos e os países desenvolvidos. Essa realidade culminou em um pensamento estratégico Estatal para proteção econômica dos países latino-americanos, baseado na crença da planificação como a forma possível de garantir desenvolvimento (TESTA, 1992). Data dessa época, e especificamente do pós-guerra da Segunda Guerra Mundial, a avaliação como um conceito no campo dos serviços públicos,

advindo da necessidade de otimizar e garantir eficácia na aplicação dos recursos estatais (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; UCHIMURA; BOSI, 2007).

Acompanhando os movimentos que estavam na agenda dos acontecimentos no continente, o Brasil tem seus antecedentes da planificação da saúde a partir da segunda metade da década de 1950 (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989). Nessa época, a programação em saúde do Estado brasileiro priorizou: as estratégias de campanhas, coordenadas pela Fundação SESP; os movimentos da medicina preventiva e da medicina comunitária, advindos de uma proposta dos Estados Unidos da América; e a administração hospitalar, necessária para reduzir custos dos atendimentos prestados nos hospitais. Com isso, essas estratégias obedecem à concepção desenvolvimentista de saúde, que considerou a produtividade e a eficiência dos recursos (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989) e secundarizaram um planejamento a partir da identificação e avaliação das necessidades de saúde sentidas pela população.

Neste quadro, a idéia de planificação da saúde nos países da América Latina foi vista como uma alternativa tangível com a instituição do método CENDES-OPS (Centro Nacional de Desenvolvimento – Organização Pan-americana da Saúde), traduzido, em 1965, pelo documento *Problemas conceptuales y Metodologías de La Programación de la Salud* (TESTA, 1992). Assim, os Estados nacionais latino-americanos, com a liderança da OPS, deveriam se comprometer com a elaboração dos planos de saúde e das unidades de apoio à formulação de estratégias de planificação, visando exclusivamente à eficiência (custo-benefício) das ações e serviços de saúde e à diminuição da mortalidade (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989; TESTA, 1992).

Com suas avaliações do tipo ‘caixa preta’, que consideravam apenas a intervenção artificial dos programas estatais na realidade em detrimento do contexto social e sua influência nos resultados dessas intervenções (DENIS; CHAMPAGNE, 1997), houve conseqüente fracasso na execução e eficácia nas distintas realidades dos países em que foi aplicado. Apesar desse direcionamento, a idéia de planificação da saúde instituída pelo método CENDES-OPS possibilitou que os Estados latino-americanos iniciassem um processo de comprometimento com os níveis de saúde da população.

Mesmo assim, até a segunda metade da década de sessenta houve planejamento e investimento intenso, porém pouco exitoso, para o aumento da capacidade produtiva nos países latino-americanos. Esse insucesso influenciou o início do desenvolvimento de políticas de cunho social, que eram pré-requisito para a facilitação de empréstimo financeiro internacional aos países subdesenvolvidos (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989).

O caráter vigente de planejamento em saúde começou a se modificar a partir do início da década de setenta, quando a medicina social e o desenvolvimento das ciências sociais na saúde possibilitaram a emergência do campo da saúde coletiva (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Mesmo assim, a herança do enfoque centralizador na gestão dos sistemas de saúde do método CENDES-OPS e o advento da ditadura militar limitaram, até a década de oitenta do século findo, o desenvolvimento de reflexões sobre questões relacionadas às necessidades reais e locais da população nos municípios brasileiros e que fossem para além de um enfoque utilitarista mercadológico.

Lembra-se que, na história do método CENDES-OPS, as necessidades locais (dos municípios) eram simplesmente somadas às necessidades estaduais, e estas às federais, resumindo-se a algumas questões ordenadas e priorizadas pela gestão federal conforme o seu impacto financeiro (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989). Ao se considerar uma “soma de necessidades” em níveis hierárquicos, advém que as particularidades das necessidades específicas são encobertas se não forem equivalentes às demais. Além disso, como havia um horizonte economicista neste método, era de se prever que as necessidades de saúde condicionadas aos interesses das esferas com poder decisório sobre os recursos disponíveis também prevaleciam.

A planificação da saúde implica uma atuação e uma visualização global ou setorial, que deve ter instrumental apropriado para, metodologicamente, dar conta de políticas, prioridades e gestão (RIVERA; TESTA; MATUS, 1989). Esse referencial sugere que a planificação forçou os países latino-americanos a pensarem estrategicamente seus setores sociais no sentido do alcance de algumas metas, iniciando, assim, um processo de planejamento e programação que continua sendo desenvolvido e aprimorado na atualidade.

A crítica ao pensamento desenvolvimentista que disseminou a planificação como estratégia viável e eficiente aos governos estatais está no seu caráter predominantemente normativo, instrumental (TESTA, 1992). Para Testa, uma ferramenta criada para uma sociedade socialista, com um governo centralizado e compartilhado, não dá conta de uma realidade capitalista, com governos que representam grupos sociais distintos e que atuam para a manutenção e ampliação de poder sobre os demais grupos sociais. Neste caso, o planejador (gestor) é parte de um grupo, com determinada força social que utilizará a planificação como instrumento de luta para ampliar o poder do grupo ao qual pertence (TESTA, 1992).

Admitindo que a planificação é normativa, mas que, ao mesmo tempo, também representa interesses sociais, as prioridades impressas na planificação podem ser diversas, desde aquelas com um enfoque sociocultural e contextual até aquelas com enfoque

estritamente economicista mercadológico. O caráter mercantilista, hegemônico no direcionamento do Estado brasileiro no setor saúde, dificultou o desenvolvimento de estratégias de gestão concernentes à realidade do país (CAMPOS, 1994b).

É da década de oitenta o surgimento das AIH (Autorizações de Internações Hospitalares), em que parâmetros assistenciais de atendimentos médicos foram utilizados para uma avaliação com os moldes do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) – pagamento de procedimentos específicos por produção. A partir daí, houve uma *desconcentração*, com a delegação de responsabilidades de alguns serviços sem o acompanhamento da descentralização do poder decisório aos Estados e municípios brasileiros (SILVA, 2001).

Em decorrência do caráter centralista da assistência à saúde desenvolvida no país, a capacidade dos profissionais de saúde em abarcar politicamente as suas decisões operacionais locais estava relacionada à ousadia e à insistência frente à conformação política vigente. Ao corporificarem o movimento da Reforma Sanitária brasileira e proporem uma ação transformadora no quadro social e político instalado no país, possibilitaram o amparo legal para a produção de saúde com novas ferramentas de gestão.

Seguindo o preceito político que se inseria e como norteador do gerenciamento em saúde, o planejamento deveria ser retomado com a função de desvelar as deficiências e potencialidades dos serviços de saúde e permitir o reconhecimento das reais necessidades de saúde da população, indo além da condução tradicional limitada ao orçamento, organização e legislação sanitária (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Havia uma realidade que solicitava novas formas de se relacionar entre profissionais, com as pessoas que atendem e também com a estrutura de serviços que precisava e que começava a ser modificada. As múltiplas dimensões e relações que se concretizam no trabalho e na produção de saúde (MINAYO, 2001) começavam a ser visibilizadas.

Entre os instrumentos capazes de dar conta da visualização e esclarecimentos sobre as condições de vida e saúde da população, a epidemiologia foi reconhecida como capaz de diagnosticar a saúde de coletivos populacionais e também capaz de estabelecer diálogo entre o saber técnico e a população. Serviria como um princípio orientador do sistema de saúde brasileiro.

A ‘eficácia’ foi proposta como critério analítico para descrever a capacidade dos serviços em resolver os problemas de saúde da população, substituindo a conhecida categoria analítica ‘eficiência’, que se limita a relacionar custo e benefício para escolher qual o serviço

dispor à população. Para essa mudança de perspectiva no trabalho em saúde, a elaboração de planos e o planejamento de ação em saúde continuavam sendo essenciais (CAMPOS, 1994b).

Reconhece-se a necessidade de ‘inventar a mudança’ na forma de administrar o setor público de saúde, uma vez que os modelos existentes e vigentes não davam conta das responsabilidades atribuídas ao Estado brasileiro. A Reforma Sanitária brasileira, por ser um ‘sujeito coletivo’ com história, contexto social e político próprio, não poderia se eximir da responsabilidade e da necessidade de, por meio da sua própria realidade, elaborar formas de trabalhar condizentes com o que as mudanças sanitárias suscitam (CECÍLIO, 1994a).

É reconhecida, ainda, que a gestão em saúde inclui a forma que seus atores envolvidos se relacionam entre si e como agem frente à ideologia hegemônica e vigente (e que tenta ordenar o pensamento e o agir das pessoas), o que vai além das já reconhecidas estruturas materiais e formais constituintes (CECÍLIO, 1994b). Acredita-se que, mesmo o sistema de saúde instituído direcionando a ação dos trabalhadores da gestão à planificação, essa relação não é direta.

Por admitir as potencialidades individuais dos profissionais de saúde, a ação gestora voltada para o planejamento em saúde pode ser facilitada por um contexto onde estes atores estiverem ideal e burocraticamente amparados para realizá-la, facilitando as mudanças desejadas nos serviços de saúde.

As iniciativas em avaliação na saúde já têm três décadas, e começaram com a avaliação de serviços e estabelecimentos de saúde (PAIM, 2005). Também data da mesma década a pesquisa de avaliação de políticas de saúde no Brasil, tanto acadêmicas como na administração pública (UCHIMURA; BOSI, 2007). Já com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) houve certa valorização da avaliação por meio do uso dos primeiros planos estaduais e municipais de saúde, na década de oitenta, mesmo não tendo avançado com a força merecida para o desenvolvimento do SUS.

O que se pode considerar é que, desde a instituição do SUS, muitos estudos voltam-se para discutir e desenvolver métodos de trabalho na gestão e planejamento dos serviços e sistemas de saúde. Havia, e ainda há, uma necessidade de incluir esses métodos no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde e a capacidade reflexiva (política e ideológica) que eles exigem (MERHY, ONOCKO, 2007). Justifica-se, pois, a racionalidade administrativa, normativa e gerencial predominante é limitada para compreender a complexidade do trabalho em saúde com profissionais de saúde caracterizados como produtores de serviços de saúde e atores políticos (CAMPOS, 1994a).

Com a ampliação do conceito de saúde, novos questionamentos são postos àqueles que atuam na gestão dos serviços, como a definição do que seria objeto de avaliação para medir a eficácia dos serviços de saúde. Antes voltada à cura como variável desfecho na atenção prestada (modelo biomédico), o cuidado foi incluído também como uma variável importante na avaliação dos serviços de saúde (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992).

Cuidado inclui acolhimento, vínculo, tratamento condizente com as necessidades reclamadas, e permite uma abordagem mais global da saúde que inclua o seu processo de produção – desenvolvida conceitual e teoricamente na Saúde Coletiva. Amplia, assim, o foco da avaliação dos serviços de saúde e envolve também os profissionais assistenciais sobre a situação de saúde da população que assistem.

Considera-se que a avaliação em saúde revela uma polissemia de focos avaliativos, que vão desde o provimento de recursos materiais suficientes nos serviços de saúde, o interesse dos profissionais e do serviço no desfecho das suas condutas e cuidados à saúde da população, e o acesso aos serviços de saúde e seus determinantes. Inclui, ainda, os aspectos relacionados com a situação de saúde da população assistida, como as suas formas de reprodução social (trabalho, educação, família, grupos de amigos e de vivência, e outros) e sua relação com a própria saúde.

Ao reconhecer a possibilidade de modificar um caminho pouco efetivo ao mesmo tempo em que se executa o trabalho em saúde, os profissionais de saúde podem se beneficiar com a valorização da sua *práxis* cotidiana e com perspectivas de melhorias nas suas condições de trabalho e nas condições de saúde daqueles que atendem. Nesse contexto, avaliar significa questionar-se na busca por saúde e qualidade de vida e também valorizar a capacidade produtiva dos profissionais de saúde. Na gestão e no planejamento em saúde, avaliar possibilita aos profissionais visualizar o impacto e o direcionamento das suas ações, planejadas ou não.

Diferente do início da planificação em saúde no Brasil, hoje as práticas de avaliação são estimuladas pelo Ministério da Saúde devido à crescente responsabilização entre os técnicos e dirigentes do órgão e esferas descentralizadas – Estados e Municípios – e não simplesmente como exigência de financiadores externos (PAIM, 2005). Ao valorizar essa importante etapa do planejamento no SUS, incluindo o Pacto da Saúde e o foco na descentralização político-administrativa, as teorias e estudos sobre a avaliação em saúde emergem aos gestores locais e regionais para trilhar o pensamento da necessidade de reinventar o espaço público em que atuam.

O reconhecimento dessa forma de trabalhar em saúde pelos gestores municipais, que são maioria nessa categoria profissional do SUS, pode ser uma oportunidade para renovar a crença em um Estado capaz de perseguir valores e ideais coletivos. Pode minimizar os efeitos adversos de uma sociedade caracterizada pela descrença nas possibilidades de mudanças estruturais na conduta e na capacidade dos segmentos públicos e entes estatais para realizá-las. Nesta perspectiva, a liberdade individual (com cidadania, respeito às diferenças e direitos sociais como à saúde) só pode ser produzida como fruto da crença e ação no trabalho coletivo (BAUMAN, 2000), advindo de uma importante capacidade de auto-preservação da espécie humana.

2.1.3 Desenvolvimento e institucionalização das formas de avaliar em saúde: programas e práticas

Na história da institucionalização da avaliação realizada no sistema de saúde brasileiro, que não é incipiente, há o predomínio da avaliação do tipo normativa, incluindo as avaliações do tipo somativa e formativa. A avaliação normativa envolve o julgamento sobre uma intervenção quanto aos recursos empregados, à organização, serviços e bens produzidos e resultados obtidos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997), constituindo-se em uma realidade predominante no SUS. A avaliação somativa é a realizada ao fim de um programa, para verificar seus resultados e prestar contas. Já a avaliação formativa é aquela que, desenvolvida ao longo do programas, visa acompanhar o seu desenvolvimento (VIEIRA-DASILVA, 2005).

O predomínio dessa realidade avaliativa pode ser uma limitação aos gestores municipais caso a avaliação normativa seja desenvolvida apenas a partir de avaliadores externos e *experts*, ou então com a comparação a parâmetros avaliativos definido *a priori*. O problema é desconsiderar os elementos contextuais da realidade avaliada e não incluir os atores envolvidos na realidade nas reflexões sobre os resultados obtidos e sobre o processo avaliativo em si (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A depender da forma como são instituídas, essas avaliações são capazes (ou não) de conduzir a um processo de conscientização dos gestores municipais sobre a sua importância como auxiliares no direcionamento das ações, melhoria na saúde da população e, com isso, impulsionar o seu uso local. Por serem elaboradas para monitorar programas de saúde construídos na esfera macropolítica, a limitação que as avaliações normativas

tradicionalmente têm sobre as mudanças sociais pode ser justificada ao seu caráter regulatório, normativo, punitivo (BRASIL, 2005a) e tarefeiro.

Não se pode falar em tomada de decisão e intervenção sem, com isso, considerar os diferentes atores envolvidos na realidade que se quer intervir. São eles que particularizam o contexto da intervenção e da avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Nesse ponto, é importante esclarecer os significados dados à avaliação, uma vez que também envolvem motivações subjetivas para que sejam realizadas.

Enquanto práticas, inclui afirmar que avaliações no campo da saúde sempre foram realizadas no Brasil, desde antes da colonialização, pelos diferentes grupos que o compõem. À época Imperial até a República Velha, ou seja, de meados do século XIX até a primeira década do século XX a concepção de saúde até então enfatizada resultou em práticas avaliativas interessadas no desenvolvimento de ações voltadas ao controle de epidemias, com o sanitarismo dos portos e dos centros urbanos e incluindo, somente a partir de meados de 1910, a reflexão e ação sobre a salubridade no interior do país (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A identificação da avaliação enquanto prática humana destaca-a enquanto ação antiga como o mundo, trivial, inerente ao processo de aprendizagem e um julgamento de valor sobre uma intervenção ou qualquer um de seus constituintes para auxiliar em tomadas de decisões⁽³²⁾. Há uma crítica a essa conceituação de avaliação, justificando que ela limita a abrangência da avaliação a uma dimensão meramente instrumental da ação que ela quer atingir. É proposto, para o campo da saúde coletiva, a sua adequação quanto à ‘intervenção’, sugerindo que a avaliação seja um julgamento de valor sobre uma prática social (como o cuidado à saúde) (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Quanto ao julgamento de valor, este pode variar desde quantitativo (percentagens, estatísticas e outros similares) ou qualitativo (bom ou ruim), e até mesmo incluir uma análise do significado do fenômeno/situação em avaliação (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A escolha pelo método depende dos objetivos a alcançar e da capacidade disponível (técnica, financeira e temporal). Em suma, a avaliação é considerada um julgamento sobre uma determinada prática social, que busca responder a questões sobre essas práticas submetendo-as a métodos e técnicas que lhe confira (alguma) objetividade (SILVA, FORMIGLI, 2008). A depender do contexto político em que se insere, a avaliação também pode ser considerada uma ferramenta para a negociação permanente e para a formação profissional mesmo no cotidiano onde as práticas acontecem (BRASIL, 2005a).

Conforme o modelo de gestão adotado e os objetivos institucionais, se inclui o monitoramento (acompanhamento sistemático de alguns aspectos dos serviços ou da população) e a avaliação pontual (avaliação específica da realidade em um tempo limitado e pontual) ⁽⁴²⁾. Já a avaliação administrativa é aquela realizada como meio organizacional dos serviços e que não se configuram em pesquisas avaliativas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Realizar essas avaliações nos serviços não garante a ação direcionada a medidas para melhoria dos mesmos (VIEIRA-DA-SILVA, 2005), porém, acredita-se que são capazes de mobilizar os profissionais, sensibilizando-os quanto aos problemas e potencialidades das situações e condições de vida e saúde das pessoas que assistem e quanto à qualidade dos serviços e cuidados à saúde prestados.

As avaliações com perspectiva de identificação das necessidades, níveis de saúde e qualidade de vida da população vão desde as avaliações cotidianas (do tipo de satisfação de profissionais e usuários que definem uma ou outra ação e serviço como bons e ruins), ausentes de sistematicidade e de delimitação metodológica, até aquelas caracterizadas como uma investigação avaliativa, que utilizam de arsenal metodológico científico para execução e validação (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A dificuldade em realizar essa diversidade de avaliações, com seus diferentes focos e perspectivas, pode estar associada a dificuldades sobre: 1) o campo de atuação dos serviços de saúde; 2) o conceito de saúde (GERHARDT et al., 2009c); e 3) atualmente, sobre o campo de atuação e responsabilidades dos sistemas municipais de saúde dentro da estrutura do SUS. Essas dificuldades, se institucionalmente admitidas, podem mobilizar a elaboração de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde, com definição de responsabilidades e potencialidades avaliativas de cada ente federado e entre os mesmos.

As investigações avaliativas – que são pesquisas acadêmicas com caráter avaliativo de políticas, programas e serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005) – hoje são vistas como uma possibilidade de integrar as práticas avaliativas que se desenvolvem em sistemas municipais de saúde. A exemplo, os Estudos de Linha de Base (ELBs) sobre o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), na medida em que tentaram impulsionar a pesquisa avaliativa no campo da ABS, possibilitaram a vivência de profissionais da gestão e da assistência à saúde com a pesquisa avaliativa, o que pode facilitar o processo de institucionalização da avaliação em saúde (HARTZ, 2008).

Entendendo os esforços dos pesquisadores envolvidos e a importância dos ELBs-Proesf, a presente pesquisa de mestrado foca na visibilidade da capacidade gestora dos

diversos atores locais envolvidos nas questões de saúde. Estes são os que vivem o dia-a-dia do trabalho na gestão, na assistência, no recebimento do cuidado à sua saúde e outros indiretamente.

Sabe-se que as formas normativas e administrativas de avaliação em saúde, se realizadas com referencial pouco discutido e não validado para o contexto que se pretende avaliar, podem identificar erroneamente o quadro de saúde da população e a dinâmica dos serviços. Da mesma forma, acredita-se que a avaliação fundamentada somente em análises macropolíticas, quantitativas, e sem considerar as particularidades da realidade local, pode atrofiar a imagem do objeto pesquisado e limitar as intervenções decorrentes. Estas avaliações se aproximam de um enfoque estruturalista, que consideram apenas os aspectos materiais e estruturais de um contexto social.

As avaliações que excluem os trabalhadores locais do processo reflexivo pouco têm ajudado no empoderamento desses atores por eximi-los da capacidade de reger sua própria realidade, mantendo-os dependentes e passíveis de interpretação e intervenção externa sem maiores discussões sobre de seus reais motivos. Esses problemas no processo avaliativo podem explicar a existência de uma lacuna que persiste entre o conhecimento produzido pelos investigadores (pesquisadores) e a sua incorporação cotidiana pelos profissionais de saúde (da gestão e da assistência) (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Além destas formas de conduzir as práticas avaliativas em saúde, acredita-se em outras possibilidades ainda pouco exploradas no cotidiano da gestão municipal, mas que podem se constituir em um caminho fértil. As práticas avaliativas qualitativas, inclusivas, centradas no usuário (PINHEIRO; MARTINS, 2009a; GERHARDT et al.,2009f), resultantes de ações e esforços intersetoriais (AKERMAN, 2005; ANDRADE, 2006), realizadas pelos próprios profissionais de saúde locais, entre estes e os profissionais de saúde pesquisadores e com valorização do processo reflexivo permanente, são formas inovadoras de visualizar os serviços, os sistemas de saúde e a população.

Estas formas de avaliar podem ser pensadas em se desenvolverem complementarmente às avaliações que predominam o histórico de planificação do sistema de saúde brasileiro. Vislumbra-se um planejamento em saúde para além da doença e que assuma um caráter positivo por meio de um pensar em saúde (TESTA, 1992), ampliando o olhar que até então era voltado para os problemas de saúde e doenças para incluir outras formas de avaliar em saúde.

Acredita-se que a associação e complementaridade das diferentes formas de avaliar em saúde visam formar um mosaico de alternativas para as diferentes situações que envolvem o

trabalho na gestão municipal e local em saúde e a vida das pessoas que buscam por cuidados. A complexidade de uma realidade, assim como as formas de compreensão dela, é qualificada se representada pelo reconhecimento das possibilidades de uso das diferentes formas de avaliação em saúde.

A depender das técnicas e condução da avaliação pode-se enxergar diferentemente o sistema de saúde e a população, conforme a condução dada pelo avaliador (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992). Portanto, nunca será integral no sentido de completude, mas integral na medida em que consiga focar em posteriores tomadas de decisão que alcancem a atenção às necessidades da população alvo da avaliação.

Ao propor a apropriação da institucionalização do uso de práticas avaliativas pelos sistemas municipais de saúde e, com isso, estimular a efetiva municipalização da ABS, sugere-se a criação de sistemas locais sustentáveis do ponto de vista da identificação de necessidades e estratégias e da organização dos serviços para atender às pessoas. Entende-se, assim, que as práticas avaliativas em saúde são um desafio a favor da mudança do modelo tecnoassistencial (PINHEIRO, 2005). Para isso, a institucionalização da avaliação em saúde é uma forma de trazer, ao cenário das práticas de cuidado na gestão, a importância de se planejar e avaliar as ações e serviços visando favorecer as mudanças necessárias ao modelo tecnoassistencial vigente no Brasil.

Acredita-se que a institucionalização da avaliação incorpora-a no cotidiano de gestores e demais profissionais de saúde e orienta a mudança de práticas a partir da estratégia de “acultramento da avaliação”⁽⁵¹⁾. Essa estratégia é justificada pelas dificuldades das equipes locais em se apropriar dos processos avaliativos, seja por desconhecimento de suas abordagens ou por sobrecarga de tarefas exigidas pelos diversos programas e suas coletas de dados (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008). Estas mesmas dificuldades foram identificadas em estudo sobre utilização de sistemas de informação na gestão da ABS (PINTO, 2008), que evidenciou as dificuldades que os gestores municipais entrevistados apresentaram em falar sobre a informação em saúde e sua utilização para avaliar na ABS.

O movimento de institucionalização da ABS, capitaneado pelo Ministério da Saúde (MS), tenta ampliar o escopo avaliativo nas esferas gestoras do SUS e incluir processos avaliativos de manuseio facilitado aos gestores municipais e estaduais de saúde. A *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF)* (BRASIL, 2005b), é uma dessas estratégias, e em seu texto técnico propõe um modelo (DONABEDIAN, 1980) de avaliação que considera elementos das estruturas (insumos, equipes, materiais, recursos humanos, ambiente físico e organização normativa), dos processos (organizativos, técnico-

científicos e interpessoais) e dos resultados (acesso, adequação e efetividade, bem como a mudança/melhoria no perfil epidemiológico da população assistida), tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais na ESF.

Esse programa definiu a gestão e as equipes dos serviços como níveis de análise e, para isso, elaborou arsenal técnico com cinco instrumentos avaliativos quanto à qualidade dos serviços de ESF nas diferentes áreas de atuação (desenvolvimento da ESF, coordenação técnica das equipes, unidades de saúde da família, consolidação do modelo de atenção e atenção à saúde) (BRASIL, 2005b).

Apesar dessa metodologia de avaliação da ESF ainda não considerar a avaliação dos usuários sobre as ações e serviços que utilizam nos seus instrumentos, essa estratégia preconiza a utilização de instrumentos com diferentes focos avaliativos e estimula a gestão municipal na reflexão sobre suas práticas e realidade. A inclusão da perspectiva dos usuários na avaliação em saúde ainda é incipiente, mas de extrema validade para que o sistema de saúde direcione seu foco de ação às necessidades de saúde sentidas pelas pessoas.

Utilizar-se de instrumental teórico proveniente de áreas do conhecimento que considerem os construtos sociais dos diferentes grupos sociais (como a antropologia e a sociologia) mostra-se uma necessidade se o objetivo é compreender a saúde da população a partir de suas próprias percepções, como objetivaram as pesquisas realizadas com pesquisadores dos grupos de pesquisa LAPPIS/UERJ e NUCEM/UFPE, traduzidos no livro *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* (PINHEIRO; MARTINS, 2009b).

Acredita-se que, utilizando-se de estratégias que auxiliem na delimitação do objeto a ser estudado para avaliação, os atores envolvidos na gestão dos sistemas locais de saúde podem se beneficiar com um aprendizado fácil e iniciar seu processo de gestão pautada em necessidades reais da sua população. O objetivo no caminho para o desenvolvimento da planificação da saúde, incluindo a institucionalização da avaliação, deve incluir o enfoque em condições e situações que, como nas questões de pesquisas acadêmicas, facilitam o delineamento do que avaliar nas ações, serviços e programas de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Com isso, pode-se aumentar a efetividade das avaliações normativas realizadas por equipes gestoras dos sistemas municipais.

Tendo como foco as práticas avaliativas realizada pelos atores envolvidos direta ou indiretamente com o sistema municipal de saúde, esta pesquisa de mestrado permitiu visualizar como as formas de avaliar convivem no cotidiano do trabalho na gestão em saúde. A partir desse quadro, sustenta-se que, entre os extremos da avaliação cotidiana e da

investigação avaliativa, há uma diversidade de possibilidades avaliativas para a gestão pública em saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Como a questão central deste estudo foi a diversidade de práticas avaliativas em saúde e os modos de produzi-las, a partir da gestão municipal da ABS voltada à população rural, a problematização do tema é descrita a seguir para incluir o recorte escolhido. Inclui, também, a contextualização dos espaços da pesquisa a partir de estudos já realizados neste estudo.

2.1.4 Problematizando o estudo sobre práticas avaliativas: a gestão da ABS voltada a residentes rurais e DCNT em dois Municípios do Sul do RS

O desenvolvimento das políticas de saúde e o interesse dos pesquisadores da área em elaborar e aperfeiçoar instrumentos capazes de permitir a visibilidade dos acontecimentos que se relacionam com a saúde da população e com o próprio Sistema e entendê-los, evidenciam a importância do estudo sobre as práticas avaliativas realizadas na esfera municipal.

O que se associa a essa realidade é a concretização do papel da gestão municipal no Sistema de Saúde e sua necessária adaptação para atender integralmente à população; ou seja, não só uma ou outra patologia, nem só a patologia, mas também a saúde, e nem uma ou outra população preferencialmente, mas todos os moradores do Município nas especificidades que tem em grupos e também individualmente. Essas questões representam dilemas no dia-a-dia do trabalho na gestão do SUS, tendo em vista que ampliam o escopo de atuação pública e envolve uma diversidade de realidades e estruturas sociais historicamente estabelecidas.

No início da planificação da saúde pelo Estado, lembra-se que o atendimento à saúde estava atrelado à produção industrial, excluindo os demais trabalhadores e a população não contemplada nesse perfil. No máximo, as ações da área da saúde estavam atreladas ao controle das endemias.

As mudanças no sentido da inclusão de outros segmentos da população às ações e serviços de saúde acompanhavam mudanças no perfil das doenças apresentadas pela população e que atrapalhavam o crescimento econômico do país. Nesse contexto, mesmo a população rural sendo a maioria da mão de obra trabalhadora no Brasil do século XX e a sua realidade sanitária já sido sinalizada por pesquisadores de campo do Instituto Oswaldo Cruz a partir do final da década de 1910, seguida de algumas iniciativas pontuais relacionadas à profilaxia (SCOREL; TEIXEIRA, 2008), apenas a partir da década de setenta do mesmo século começou a ser assistida pelo sistema público de saúde, com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (SILVA, 2001). Contudo, a responsabilidade

do Estado com a saúde da população de baixa renda e residente em regiões rurais ainda se limitava a ações preventivas e ao controle das endemias e pestes rurais.

Desde esse período, ocorreram mudanças significativas nas formas de produção social do trabalho e da saúde, com a inserção de novas tecnologias que resultaram em aumento da expectativa de vida ao nascer e em diferentes possibilidades de sobrevivência acometidos por patologias diversas (infecciosas e crônicas). Lembra-se que essa mudança vem acontecendo há cerca de trinta anos e que, de lá pra cá, a modificação do perfil epidemiológico da população residente na região rural do país é lentamente acompanhada pela re-estruturação dos sistemas locais de saúde para atender às novas demandas.

No Brasil e no RS, a quantidade e a qualidade dos serviços de atenção à população rural, justificada pelas dificuldades de acesso dos profissionais a esses locais, muitas vezes se resume a postos avançados de saúde. Postos avançados são aqueles ativados somente em alguns dias da semana, quando os profissionais visitam a comunidade para atendimento assistencial.

Em artigo que analisou o acesso a serviços de saúde no meio rural e urbano no Brasil a partir do PNAD 1998, observou-se iniquidades no acesso e na utilização de serviços de saúde entre os grupos populacionais rural e urbano. Alguns dos resultados desse estudo merecem destaque, como a utilização dos serviços odontológicos, onde 9,2% dos residentes rurais e 2,5% dos residentes urbanos nunca foram ao dentista, e mesmo a maior utilização dos serviços do tipo tratamento ou reabilitação e exames de rotina e prevenção pela população urbana (KASSOUF, 2005). Ao mesmo tempo, o referido estudo mostra que a população rural foi a que mais acessou os serviços do SUS (KASSOUF, 2005), o que sugere que a disposição do sistema público de saúde no meio rural, em 1998, ofertava um cardápio restrito de ações e serviços para a sua população.

Travassos e Viacava (2007) encontraram os mesmos resultados de limitação do acesso à serviços de saúde para idosos rurais. Os autores concluíram que a polarização dos serviços disponíveis aos idosos rurais, entre postos de saúde e hospitais, reflete a carência de serviços de complexidade intermediária pelo SUS a essa população. Essa iniquidade se acentua se pensarmos que a maioria da população rural pesquisada só utiliza o SUS – 58,6% dos idosos rurais conforme a PNAD de 2003 – o que mostra um despreparo do sistema público em relação aos serviços especializados ambulatoriais.

Nesse mesmo sentido há resultados relativos ao acesso ao serviço de emergência de um hospital geral, localizado na sede municipal de Camaquã, em que a população residente na área rural desse município acessou mais este tipo de serviço do que os residentes da sede

urbana⁽¹²⁾. A dificuldade imposta pela moradia na área rural (acesso geográfico), referido no mesmo estudo, pode ser um fator que, associado ao não acesso a outras formas de atenção à saúde pela sua inexistência na zona rural e pelo seu custo fora do SUS (como de serviços básicos e atendimentos especializados ambulatoriais, respectivamente), fez com que a emergência do hospital da sede da cidade fosse alternativa quando a pessoa não consegue mais remediar o problema.

Como evidenciado no referido estudo, o acesso é resultante das características dos serviços de saúde, que podem facilitar ou dificultar a sua utilização. A utilização dos serviços, por sua vez, é compreendida como uma expressão positiva do acesso, uma vez que é entendida como a entrada das pessoas nos serviços de saúde, e que também é influenciada por fatores individuais, como preferências e valores (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

No Município de Canguçu, o atendimento à saúde, mesmo o de ABS, acontece pela disponibilidade de serviços mormente localizados na região urbana. Os serviços que atendem na zona rural do Município têm oferta irregular e esporádica, seja pela organização do serviço no sistema municipal de saúde, seja pela falta de profissionais advinda da fragilidade na contratação destes (RIQUINHO, 2009).

O que não se pode ver, muitas vezes, são os resultados desse tipo de atenção à saúde da população rural. Sem cadastros de usuários e sem acompanhamento sistemático dessas pessoas, os serviços de saúde rurais acabam simplesmente por reproduzir a lógica de atenção à saúde do residente rural sustentada a partir da década de setenta, de atendimento pontual e descontínuo.

Além da complexidade e ampliação das ações e responsabilidades das SMS, há o desafio de gerir um sistema de saúde com essa realidade mutável, que inclua uma reorganização para os processos de patologização prolongados e característicos das DCNT. A transição epidemiológica vivenciada no Brasil resultou em um aumento significativo do número de idosos em contrapartida à diminuição da natalidade e da mortalidade (CESSE; FREESE, 2006). Essa modificação no perfil de utilização dos serviços exige o uso de ferramentas capazes de lidar com essas mudanças, o que fortalece a importância da disponibilidade de dados e indicadores no Sistema de Saúde.

As doenças crônicas ocupam importante lugar na utilização dos serviços de saúde e custam caro ao sistema público, se não forem adequadamente prevenidas e gerenciadas (BRASIL, 2005c). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT incluem doenças cardiovasculares, cânceres, desordens respiratórias crônicas, diabetes, desordens neuropsiquiátricas e dos órgãos da percepção, desordens orais, digestivas, genitais e urinárias,

anormalidades congênitas e doenças de pele (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A OMS ainda refere às DCNT como caracterizadas por uma etiologia incerta, com múltiplos fatores de risco, com longos períodos de latência e curso prolongado, de origem não infecciosa e podendo estar associada a deficiências e incapacidades funcionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Essa etiologia incerta dificulta o acerto e a capacidade de intervenção do Estado, que precisa se valer de inúmeras estratégias para incidir e garantir a eficácia dos tratamentos contra o avanço das DCNT.

Entre as DCNT mais prevalentes mundialmente estão: doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes, seguido de deterioração visual e cegueira, deterioração auditiva e surdez, doenças orais e desordens genéticas. Quanto às mortes, 80% acontecem em países de baixa e média renda, com maior prevalência nos países de média-baixa renda, enquanto que, nos países de baixa renda, as DCNT se aproximam em magnitude das doenças infecciosas, que ainda são as principais causas de morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, segundo o PNAD, 29,9% da população se auto-referiu como portadora de doenças crônicas no ano de 2003 (BRASIL, 2005d). Nesse grupo de patologias, as que atingem o aparelho circulatório, as diabetes e as neoplasias são as mais prevalentes (CESSE; FREESE, 2006). Como acontece mundialmente, também no Brasil ainda há regiões com distintos processos de adoecimento característicos de uma polarização epidemiológica (FISHMANN; MEDINA; SEHN, 2005), devido às diferenças nos modos de vida e condições sociais (trabalho, educação e saúde) nas diferentes regiões do país.

No RS, onde as taxas de mortalidade infantil e natalidade são baixas em comparação a outros Estados do país e, ao mesmo tempo em que se vivencia uma alta expectativa de vida e de urbanização, depara-se com elevadas taxas de morbimortalidade por DCNT, com altos custos assistenciais decorrentes de Doenças Cardiovasculares e Neoplasias (FISHMANN; MEDINA; SEHN, 2005).

Importante ressaltar, quando fala-se em avaliação em saúde, que tanto o perfil epidemiológico da população (demonstrada pelos indicadores de saúde, ou de doenças) como o perfil dos serviços (perfil de utilização, acesso e capacidade instalada, por exemplo) são ‘condições’ populacionais e dos serviços que estão dispostos objetivamente aos gestores para auxiliá-los na tomada de decisões. Tradicionalmente, a partir de um enfoque funcionalista e estruturalista, essas ‘condições’ estão relacionadas às práticas avaliativas realizadas na perspectiva dos serviços, como indicadores de desempenho do acesso e da utilização dos serviços de saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009a). Portanto, fala-se aqui nas ‘condições’

visualizadas setorialmente pelos serviços de saúde, em dados objetivos gerados a partir da presença de patologias e de registro de atendimentos ou referência ao mesmo.

Recentemente, no meio acadêmico tem-se valorizado a inclusão de outras perspectivas no processo avaliativo, como a compreensão qualitativa sobre as ‘condições’ de saúde da população e dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o uso de indicadores quantitativos não é suficiente para a compreensão das necessidades de saúde dos usuários. Torna-se importante a inclusão de dimensões subjetivas que permitam discutir, além do acesso, também a acessibilidade, como o resultado e a resolubilidade do acesso no suprimento das necessidades de saúde sentidas pelos usuários.

A acessibilidade se refere às facilidades e ou dificuldades em obter o cuidado, definido aqui como uma prática não normativa, mas de inter-relação e de intersubjetividades; portanto, acessibilidade significa não só ter acesso ao serviço de saúde, mas também obter a resolução das suas demandas expressas e necessidades sentidas. Tanto acesso como acessibilidade dependem de fatores espaciais, organizacionais, econômicos, sociais, políticos e culturais (PINHEIRO; MARTINS, 2009a).

Desta forma, outros fatores se inter-relacionam e são interdependentes a essas ‘condições’. Ou seja, a vivência com uma patologia que leva a uma condição de cronicidade influencia e é influenciada pelas condições relacionadas ao trabalho, à família, aos amigos, aos serviços de saúde, e suas inter-relações. Com isso, pode-se considerar a saúde como uma tradução do impacto dos problemas condicionais no corpo, permitindo uma interpretação de como as pessoas reagem às condições de vida e de saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009a).

Como o trabalho no campo requer o uso da força e a disponibilidade física para realizá-lo, ao mesmo tempo em que a expectativa de vida aumenta devido às tecnologias que favorecem a sobrevivência de pessoas com processos crônicos de adoecimento, a visualização de outras formas de trabalho no campo pode ser exigida às pessoas que vivem nesse contexto.

O uso e a (re) apropriação das ‘condições’ existentes na vida cotidiana dos indivíduos situam-se ao nível das ‘situações’. Essas ‘situações’ expressam as dinâmicas dos processos de adoecimento crônico em que as disfuncionalidades e patologizações são significadas pelos indivíduos conforme critérios socialmente aceitos, construídos no cotidiano das pessoas e, com isso, passíveis de reconhecimento a partir da contextualização das vivências (PINHEIRO; MARTINS, 2009a).

Considerando-se que as condições de vida extrapolam a condição patológica de adoecimento ou a oferta de serviços de saúde, os significados do adoecimento crônico contribuem no uso dos serviços e em outras estratégias de enfrentamento dos problemas de

saúde. Como exemplo, a categoria avaliativa acesso pode ter maior capacidade analítica se contextualizar, e com isso incluir, além dos aspectos objetivos como a geografia, a funcionalidade e a estrutura dos serviços, também as relações entre profissionais de saúde e usuários (como o acolhimento e vínculo, que podem permitir maior inteligibilidade e reconhecimento recíproco entre as partes), bem como a rede de apoio social de que as pessoas dispõem para favorecer a capacidade de acessar os serviços de saúde.

Pode-se pensar, também, que as noções de ‘condições’ e de ‘situações’ podem auxiliar na compreensão do trabalho efetuado pela gestão local. Ou seja, para a disponibilidade de ferramentas e material técnico e operacional para a efetivação do trabalho dos profissionais dos sistemas locais de saúde, fala-se em ‘condições’. Por outro lado, as ‘situações’ vividas pelos profissionais gestores, como resultados das suas inter-relações e também construídas social e historicamente, facilitam ou dificultam o trabalho na avaliação em saúde, fazendo com que optem e utilizem um ou outro instrumento de trabalho, delineando, assim, os caminhos percorridos na gestão do Sistema.

Considerando-se condições e situações de vida e trabalho, o contexto atual do trabalho na gestão em saúde requer um reposicionamento dos profissionais de saúde no sentido do entendimento da ampliação da concepção de estar saudável e de adoecer, incluindo as diferentes formas de viver e se reproduzir socialmente (PINTO; GERHARDT, 2009). Tarefa nada simples, para muitos trabalhadores que não vivenciaram a efervescência do movimento da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de oitenta e noventa, pode ser difícil compreender o porquê da necessidade de uma posição proativa a favor de um sistema público de saúde capaz de integrar aspectos outros que não do modelo biomédico, que conduz o pensamento neoliberal vivido em sociedades capitalistas atuais como o Brasil.

Afinal, há uma incoerência entre o modelo de sociedade em que se vive e o sistema de saúde que se pretende ‘único’ no Brasil. O primeiro, uma sociedade de consumo com regras do neoliberalismo, em que vale a regra do mercado para todos os setores, incluindo a poder de comprar a saúde. O segundo, por sua vez, abriga ideais socialistas calcados no movimento de Reforma Sanitária latinoamericana, objetivando à planificação estatal da saúde.

Essa incoerência é marcada, hoje, pela persistência e ampliação do uso de planos de saúde privados (estabelecido como indispensável pelos profissionais da saúde e servidores públicos) ao mesmo tempo em que se tenta ampliar o escopo de atuação do SUS, fortemente alicerçada na compra direta de serviços privados pelo Estado. Ao invés de incoerência, essa realidade parece estar sendo consolidada como a realidade viável ao SUS no contexto

socioeconômico que se insere, exigindo esforços de sobrevivência impensáveis aos idealizadores do SUS.

Posta esta realidade, as capacidades gestoras devem ser descritas em seus contextos sociais, políticos, econômicos, culturais e tecnocientíficos disponíveis (PINTO; GERHARDT, 2009) para que se possa compreender o momento vivido acerca da implantação da avaliação em saúde. Nas inter-relações entre Estado e mercado e entre as diferentes esferas de gestão do SUS, a análise da (não) utilização de práticas avaliativas pelo sistema municipal de saúde pode desvelar o grau de dependência dos municípios com os demais níveis de gestão (estadual e federal) e também o desenvolvimento e uso de estratégias locais para atender à população sob a sua responsabilidade sanitária.

A ampliação do reconhecimento sobre as práticas avaliativas na gestão, considerando seus contextos em interposição e as vivências das 'situações', ainda permanece na dimensão da prática subjetiva e da particularidade que tem com seus espaços de atuação. Já o uso de dados e informações sobre atendimentos e condições de saúde da população tem espaço definido nas reuniões com as coordenadorias estaduais de saúde, quando a pauta do dia refere-se à prestação de contas sobre índices de morbimortalidade acordados nacionalmente, de atualizações cadastrais ou de modificações na estrutura de programas de sistemas de informação.

Como políticas de saúde, a disponibilidade de muitos serviços é organizada em 'pacotes', que ao mesmo tempo em que inclui pessoas pelas suas patologias, exclui todas as demais que não estão adoecidas pelas mesmas condições requeridas pelo programa (GERHARDT et al., 2009d) Exemplo é o programa de hipertensos e diabéticos (HiperDia/SUS), criado para incluir o atendimento a pessoas com essas patologias como forma de garantir o acesso aos serviços de saúde.

Acredita-se que ações prestadas nesses moldes, se caracterizadas por atendimentos pontuais, desalinhadas com a realidade assistida, que não ultrapassam o limite da normatividade regulatória e por vezes obrigatória do sistema nacional de saúde, dificilmente resultarão em um cuidado e atenção caracterizados pela integralidade.

Ao mesmo tempo, exemplo de política de Estado auxiliando no processo de monitoramento e avaliação é a formulação de indicadores da ABS que objetivam o planejamento e a programação do sistema de saúde. Se integrado à realidade local e compreensível aos trabalhadores, o sistema de avaliação pode ter a capacidade de reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2006a). Assim a

pactuação de indicadores pode ser pensada enquanto estratégia governamental para que o processo de descentralização da ABS seja efetivado no país, estimulando a descentralização da avaliação em saúde.

Apesar dessa realidade, estudo realizado em 2007, a fim de conhecer as necessidades e dificuldades dos gestores municipais de saúde no atual processo de implantação do SUS em oito municípios do Estado de São Paulo, chegou à conclusão de que são minoria os municípios que utilizam indicadores para conhecer as necessidades de saúde da população⁽⁶⁵⁾. Para os autores, tais problemas apresentados nos resultados do seu estudo podem ser realidades em pelo menos 75% dos municípios brasileiros, todos eles com uma população menor de 20.000 habitantes, característica dos municípios estudados (CECÍLIO et al., (2007)

Na prática da gestão, essa limitação também pode ser explicada por ser recente o processo de institucionalização do monitoramento e avaliação no SUS. Para além dos indicadores já citados, a institucionalização vem sendo estimulada politicamente pelo Pacto pela Saúde, a partir de 2006, e apoiada por uma série de documentos expedidos pelo governo federal, como o PLANEJASUS, e, recentemente, pela regulamentação da LOS 8080/90, que define as responsabilidades e instrumentos obrigatórios à relação tripartite na gestão do SUS.

A regulamentação da LOS 8080/90, pelo Decreto Presidencial 7508 de 2011, que também versa sobre o planejamento das redes de atenção como uma obrigação dos entes federados, incluindo a identificação da capacidade instalada disponível e dos diagnósticos de saúde populacionais como parte deste processo. Sem aprofundar a discussão sobre maiores ou menores méritos da implementação de uma determinação legal descendente no Sistema de Saúde, a explicitação do planejamento como uma obrigatoriedade dos gestores do SUS evidencia a atualidade do estudo sobre as práticas avaliativas municipais.

Esse esforço legal no SUS, que é corroborado pela existência de sub-utilização do uso dos dados e das informações normativos para o planejamento e tomada de decisões, corrobora com a ideia de que outras práticas avaliativas existam e também sejam realizadas para a tomada de decisões na esfera municipal. Apesar deste esforço em racionalizar a avaliação e a tomada de decisão gestora, a reflexão sobre as dificuldades dessa concretização, enquanto componente de instrumentos normativos, fortaleceu a necessidade de identificar como os gestores municipais agem estrategicamente para atender à saúde dos residentes rurais de dois Municípios de pequeno porte do Sul do RS.

Diante dos elementos apontados até aqui e das características e ambigüidades relativas aos dois municípios foco desse estudo (Camaquã – dinamismo do setor produtivo e acelerado êxodo rural, latifúndios; Canguçu – estagnação socioeconômica e produtiva, alvo de políticas

públicas, grande aporte populacional rural, minifúndios), surgiram as questões norteadoras deste estudo: Quais são as práticas avaliativas utilizadas, construídas e implementadas pela gestão da ABS para o atendimento às pessoas residentes na zona rural e em condição crônica de adoecimento por doenças não transmissíveis? Como essas práticas são formalizadas, institucionalizadas e efetivadas pela gestão municipal em saúde? Qual a percepção dos profissionais da gestão do sistema municipal de saúde sobre o trabalho com as práticas avaliativas no contexto do SUS, Quais as dificuldades e desafios? Como estas questões se expressam nos municípios em estudo, considerando as características sociais e políticas distintas nos dois espaços?

Tentando sistematizar essas questões em forma de objetivos de pesquisa, e contemplá-las, a seguir serão dispostos os objetivos, geral e específicos, do presente estudo.

3 OBJETIVO

Os objetivos foram descritos separadamente, como geral e específicos, uma vez que explicitam, de forma esquematizada como a questão central de pesquisa foi apreendida. Os objetivos são explicitados a seguir.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a gestão municipal da Atenção Básica à Saúde a partir das práticas avaliativas em saúde desenvolvidas em dois Municípios de pequeno porte da região sul do Estado do Rio Grande do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para cumprir o objetivo geral proposto, os objetivos específicos foram:

- Contextualizar o cenário de desenvolvimento das práticas avaliativas em saúde, incluindo os espaços e os atores envolvidos;
- Identificar, descrever e analisar as práticas avaliativas realizadas pela gestão municipal da ABS para a atenção aos residentes rurais, em relação às DCNT;
- Identificar e compreender as concepções dos gestores sobre as variáveis envolvidas nas práticas avaliativas relacionadas à atenção aos residentes rurais em relação às DCNT;
- Identificar as dificuldades e estratégias dos gestores da ABS na utilização das práticas avaliativas para a gestão da atenção aos residentes rurais em relação as DCNT.

4 METODOLOGIA

Com o intuito de contemplar o direcionamento da exposição temática da revisão de literatura e cumprir os objetivos propostos, a realização deste estudo foi composta pela descrição metodológica a seguir.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, do tipo qualitativo (GIL, 2009), com caráter exploratório e descritivo. Os estudos de caso permitem a realização de uma análise da implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997), como é o trabalho com práticas avaliativas na gestão municipal em saúde. Segundo estes autores, como a observação é feita no interior de cada caso, a potência explicativa dos estudos de caso se apóiam na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e das variações dessas relações com o tempo. Com isso, a potência explicativa decorre da profundidade da análise do caso e não da quantidade de casos (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Em se tratando de estudos de casos múltiplos, cada caso é considerado como entidade única, investigado sem agregar os resultados dos outros casos (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). O uso de estudos de casos múltiplos, mesmo se tratando de apenas dois em estudo como nesta pesquisa de mestrado, permite estabelecer contrastes entre os casos estudados (GIL, 2009).

A lógica da escolha dos casos não é a da amostragem estatística, mas o aprofundamento que se quer obter sobre determinado fenômeno (GIL, 2009), seja prevendo resultados semelhantes ou compreendendo os diferentes resultados dos casos pesquisados em decorrência de alguma razão previsível. No presente estudo, a compreensão de diferentes resultados é explicitada pelas diferenças socioprodutivas diagnosticadas pelo PROINTER.

A dimensão de estudo de casos exige abordagem qualitativa, uma vez que seu objeto de estudo é uma unidade social, analisada profunda e intensamente, e pesquisada dentro de um contexto real, onde o pesquisador não tem controle dos eventos e variáveis (DOLL, 2009). Essa abordagem é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais (MINAYO, 2008). Desta forma, tenta-se

compreender os significados e as características situacionais apresentadas pelos sujeitos em estudo quando da entrevista (GIL, 2009) ou das demais interações no cotidiano apreendidas por outras técnicas de coletas de dados – neste estudo, inclui documentos e observação participante.

A qualidade da pesquisa qualitativa depende dela se constituir por critérios próprios que lhe confirmam validade sem diminuir a especificidade e criticidade do pesquisador sobre o caso estudado. Nos estudos de caso, por exemplo, a transferibilidade, que é a validade externa representada pela generalização estatística nos estudos quantitativos, está relacionada à capacidade de generalização analítica. Dessa forma, analiticamente terá a capacidade de identificar e comparar regularidades e contrastes dos casos estudados a uma teoria mais abrangente ou a outros casos pesquisados qualitativamente (GIL, 2009).

Este estudo é também do tipo descritivo, pois visa à observação, descrição e exploração de aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 1995), e exploratório, por aumentar a experiência do pesquisador em torno da problemática estudada (TRIVIÑOS, 1987). A abordagem descritiva e exploratória foi adequada neste estudo de casos, uma vez que os estudos sobre as práticas avaliativas para atender à população rural, executadas no cotidiano do trabalho na gestão e tendo como protagonistas os trabalhadores da gestão e outros constituintes da esfera municipal, são escassos.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas Secretarias Municipais de Saúde de Camaquã e Canguçu, municípios da região sul do RS. Lembra-se que esses dois Municípios foram identificados como polos regionais que concentram cenários de dinamismo e estagnação social e produtiva, conforme diagnóstico do programa “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil” (BECK et al., 2008). Por esse motivo, o estudo sobre práticas avaliativas nesses Municípios possibilitou descrever a convergência ou divergência da gestão municipal da ABS com os diagnósticos do PROINTER.

4.3 GERAÇÃO DE DADOS

O projeto ocorreu em três etapas distintas, porém, analiticamente complementares para a compreensão da realidade explorada e descrita. A intencionalidade na coleta de dados considerou: 1) os documentos municipais que contemplavam o planejamento, monitoramento e avaliação da ABS, emitidos a partir da divulgação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), do ano de 2006, até o momento da coleta dos documentos; 2) o entendimento e as concepções dos decisores das SMS em estudo sobre o trabalho na gestão da ABS para a atenção o cuidado aos residentes rurais em relação às DCNT; e 3) a avaliação em saúde realizada pelas equipes gestoras da ABS para a atenção e o cuidado aos residentes rurais em relação às DCNT.

A coleta dos dados iniciou em Camaquã, no período de março a maio de 2010 e seguiu de junho até setembro de 2010 em Canguçu. Os períodos de vivência em campo foram sistemáticos e contemplaram de 2 a 3 dias por semana.

A utilização de diferentes técnicas de coletas de dados ampliou a validade do construto pesquisado – práticas avaliativas em saúde – uma vez que os resultados obtidos nas diferentes etapas da pesquisa puderam ser comparados (BRASIL, 2006a). Assim, o objetivo da utilização de um método misto (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007), com coletas de dados provenientes de diferentes fontes de informações, foi permitir uma análise que considere a triangulação e a complementaridade dos dados coletados.

A primeira etapa envolveu a coleta de documentos como os planos municipais de saúde, os relatórios de gestão e outros documentos elaborados e apontados pelas SMS. Buscou-se a identificação das práticas avaliativas realizadas no âmbito ABS, com características que objetivam a atenção e o cuidado aos residentes rurais em relação às DCNT (APÊNDICE A).

A finalidade dos planos municipais de saúde é apresentar a realidade sanitária da dimensão político-administrativa em questão, analisá-la e propor metas e prioridades na atenção à saúde da população. Essa realidade sanitária inclui dados sociais, demográficos, situação de saúde, capacidade instalada em serviços de saúde, estrutura de gestão e controle social.

Já os relatórios de gestão, devem ser utilizados para avaliar se a Secretaria de Saúde conseguiu executar o projeto apresentado no plano municipal de saúde e em que medida (REZENDE; PEIXOTO, 2003), monitorando-o. Ao mesmo tempo em que realiza o monitoramento, tem capacidade de orientar os redirecionamentos necessários na condução do sistema municipal de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2008), por meio da prática da avaliação formativa.

Os relatórios de gestão de saúde se constituem em instrumento estratégico para o acompanhamento, monitoramento, avaliação e controle da situação das ações do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2008), no âmbito dos sistemas municipais de saúde. Como não se restringem apenas à descrição da capacidade instalada em serviços, os planos e relatórios municipais de gestão também podem ser importantes ferramentas de acompanhamento da situação de saúde da população municipal.

Para identificar e coletar tais documentos nos dois municípios em estudo, ao apresentar a proposta de pesquisa, apresentando também o termo de consentimento livre e esclarecido, se buscou fazer essa primeira troca com os Secretários Municipais de Saúde. Quando não foi possível a presença destes, optou-se por profissional equivalente, sendo o Secretário de Saúde Adjunto ou outro, designado por estes, para ser informado sobre o estudo e responder às questões iniciais indispensáveis à sua viabilidade na SMS.

Em Camaquã, os documentos coletados foram: 1) Plano Municipal de Saúde (PMS) 2003-2005; 2) Relatório de Ações de Saúde (RAS) 2005-2008; 3) Relatórios de Ações em Saúde do 1º e 2º semestres de 2009; e 4) Relatório de distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no território do Município, incluindo ACS rurais, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) urbanos, componentes das Equipes da ESF.

Já em Canguçu, os documentos coletados foram: 1) PMS 2005-2009; 2) RAS de 2006, 2007, 2008 e 2009; e 3) Tabela da distribuição dos atendimentos nas localidades rurais do Município, incluindo atendimento odontológico e de enfermagem. Os documentos de gestão que não contemplaram o objeto em estudo foram aqueles emitidos antes da instituição do Pacto pela Saúde – 2006.

A pré-análise dos documentos indicou questões necessárias de aprofundamento, como a operacionalidade do uso da avaliação e do monitoramento dos programas de saúde e dos apontamentos sobre a saúde da população rural. Além de comporem analiticamente os resultados finais do estudo, os dados provenientes desta etapa contribuíram no foco observacional e na composição das entrevistas.

A realização das entrevistas semi-estruturadas seguiu roteiro prévio que inclui os elementos contemplados na pré-análise dos documentos coletados e por outros elementos pertinentes a cada uma dessas etapas (APÊNDICE B). As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas durante o período de vivência em campo, na observação participante, e após a coleta documental. Após o aceite de incluir a SMS no estudo e identificados os principais

gestores que fariam parte e os documentos que seriam coletados, as equipes envolvidas com a população rural foram identificadas e descritas a partir das observações participantes.

A escolha dos gestores a serem entrevistados considerou as funções que o cargo lhes confere para a organização, condução e desempenho da gestão da ABS no que tange à população rural. Os profissionais das SMS que não tem como foco de trabalho a gestão da ABS e aqueles que se recusaram ou desistiram de participar não foram incluídos no estudo.

As entrevistas semi-estruturadas, em princípio, seriam realizadas com o principal decisor da saúde pública nos municípios - Secretário Municipal de Saúde – entendendo-se que esse ator social tem a responsabilidade na condução do seu sistema local de saúde e poder de decisão para tal. Ocorreu que eles não se dispuseram inicialmente a ser entrevistados, indicando outros gestores, seus representantes, a participar do estudo, e que fosse observado o trabalho na gestão para depois procedermos às entrevistas.

No total, foram quatro entrevistados em Camaquã e três entrevistados em Canguçu. Destes, um de Canguçu e dois de Camaquã agiram na observação e significação da minha existência na SMS durante o meu período da vivência em campo, para depois se disporem à entrevista. Um quinto gestor municipal (de Camaquã) justificou a escolha de não participar como entrevistado pelo tempo cotidiano que dispõe na gestão municipal e não concedeu à entrevista. Outros quatro gestores (dois de Canguçu e dois de Camaquã) se dispuseram às entrevistas sem objeções ou ressalvas.

Assim, a coleta dos documentos foi seguida da observação participante do espaço de gestão municipal da saúde e não das entrevistas, como sugerido no projeto de pesquisa. A observação objetivou a identificação, descrição e compreensão das práticas avaliativas desenvolvidas no dia-a-dia do trabalho na gestão em saúde. Desta forma foi informada aos gestores ao qual tive contato inicial para a inserção do estudo nas SMS e possibilitou o meu direcionamento nos seus espaços.

Em Camaquã, O contato inicial foi com o Secretário Adjunto da Saúde, seguido de um funcionário público que também atua na gestão da SMS. Fui convidada a participar do cotidiano da equipe do PACS, incluindo suas reuniões, quinzenais, das quais participei de três, e o trabalho na sede da SMS. Também fui direcionada a conversar e conhecer o trabalho da coordenação geral das equipes da ABS e da assistência farmacêutica municipal.

Outro espaço observado foi o que inclui os principais gestores da SMS, no gabinete do Secretário e sua equipe adjunta (Secretário Adjunto, cargos de confiança, secretárias, administradores).

Em Canguçu, o primeiro contato foi com um funcionário público, que atua a muitos anos na gestão e que me direcionou a conversar com a equipe que atende à população rural, em busca de dados e documentos sobre a saúde e organização dos serviços para esta população. A sede da equipe gestora que atende à população rural não é no mesmo prédio da SMS, mas próxima, sendo que há um escritório no Centro de Saúde municipal e a coordenação da atenção à população rural também é coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas do município, em um terceiro prédio na cidade.

Como os espaços de coordenação dos serviços que atendem à população rural e o núcleo da gestão (Secretários de Saúde e sua equipe assessora direta) são descentralizados no território da sede urbana do município, o foco da observação foi na sede da SMS, espaço onde está o gabinete do Secretário de Saúde. Este posicionamento, enquanto coleta de dados da observação, está assentado na necessidade de identificar as situações e as relações entre os principais gestores municipais e as práticas avaliativas para a atenção à saúde no rural.

Acredita-se que, apesar de a observação participante ter um fator inibidor do desenvolvimento natural das atividades cotidianas do trabalho, é uma técnica de coleta de dados capaz de apreender elementos por vezes inacessíveis se utilizadas outras técnicas de coletas de dados, como a análise documental e as entrevistas. Teve a possibilidade de complementar as demais técnicas de coleta de dados, pois corroborou no esclarecimento de algumas informações tidas como parciais e, por vezes, confrontar com alguma informação obtida, possibilitando a reflexão sobre os motivos das diferentes informações sobre o mesmo fato.

Justifica-se, assim, a sua utilização complementar para o aprofundamento na compreensão dos fenômenos envolvidos no trabalho gerencial com práticas avaliativas, contemplando os mesmos focos de investigação das etapas de análise documental e entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICES A e B).

Além dos coordenadores da equipe gestora indicados pelos gestores responsáveis pelas SMS para acompanhamento nas observações e para as entrevistas, outros atores foram identificados ao longo das vivências em campo. Estes compõem a própria estrutura funcional da SMS, mas também incluem outras dimensões decisórias no município e fora dele. Não foram entrevistados, pois não tem ação direta enquanto responsáveis legais pelas SMS, mas foram acompanhados enquanto indutores, atores interessados em pautar a saúde da população e a SMS na trama social e política do município.

O objetivo das entrevistas foi imergir nas falas dos gestores acerca das práticas de monitoramento e avaliação por eles realizadas. O instrumento de pesquisa para a entrevista

semi-estruturada abordou questões relacionadas às *concepções* quanto aos temas em estudo (população rural, saúde, DCNT e formação profissional dos gestores) à *organização do sistema de saúde municipal* (estrutura, funcionamento e equipe de gestão da ABS) e às *práticas avaliativas realizadas* – origem e identificação dos avaliadores, tipos de práticas avaliativas, motivos, dificuldades e estratégias na execução (APÊNDICE B).

A partir desse entendimento sobre as etapas de coletas de dados, foram consideradas práticas avaliativas todas aquelas que, realizadas por avaliadores externos (*experts*, pesquisadores ou consultores) ou internos (equipe gestora da SMS, profissionais assistenciais ou a população), serão classificadas como cotidiana, normativa, formativa, somativa, pontual, de monitoramento ou como uma investigação avaliativa (VIEIRA-DA-SILVA, 2005) e que foram realizadas pelos motivos explicitados no APÊNDICE A.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Seis pontos foram norteadores para a análise da gestão municipal na avaliação em saúde: 1) a *estrutura avaliativa*, em termos de recursos e organização gestora; 2) os *elementos escolhidos para avaliação* da ABS na atenção e no cuidado e atenção à população rural em relação às DCNT nessa população; 3) a *capacidade criativa* dos profissionais da gestão da ABS do sistema municipal de saúde em captar elementos pertinentes às práticas avaliativas; 4) a *articulação e interação entre os profissionais* da equipe para a ação gestora; 5) o *reconhecimento sobre o trabalho exercido* para o monitoramento e avaliação em saúde da população pesquisada; 6) e as *dificuldades e estratégias* na realização da avaliação dos serviços e da população em estudo.

Objetivando apreender a maior variedade de elementos pertinentes à temática, a discussão e a análise dos dados obtidos no estudo foram norteadas por categorias analíticas e empíricas (MINAYO, 2008).

As categorias empíricas foram utilizadas para classificar os agentes avaliadores e os tipos de práticas avaliativas identificadas, conforme o APÊNDICE A, organizadas em subcategorias. Em Camaquã, foram intituladas: 1) *Avaliação cotidiana: descrição empírico-perceptiva das vivências na cidade por gestores, trabalhadores e usuários*; 2) *Ou oito ou oitenta: Avaliação pontual como análise emergencial e como cumprimento normativo*; 3) *Práticas de Monitoramento: regulação do prestador privado e de aplicação orçamentária na*

SMS; e 4) *Práticas Avaliativas Normativas: condicionamentos da gestão descendente na rotina da gestão municipal do SUS*. Os agentes avaliadores deste estudo de caso são descritos enquanto “*Camaquã: Hierarquização e fragmentação das práticas avaliativas na gestão municipal em saúde*”.

Em Canguçu, as categorias empíricas dos tipos de práticas avaliativas foram intituladas: 1) *Identificação das necessidades na vivência cotidiana: a ineficiência do modelo de gestão e o papel dos mediadores rurais na SMS*; 2) *Avaliações pontuais: estímulos internos e externos na mobilização para a tomada de decisão*; 3) *Monitoramento enquanto acompanhamento de mudanças instituídas nas práticas assistenciais e de gestão*; e 4) *Práticas avaliativas normativas: adaptações gerenciais para a implantação de Programas de Políticas Públicas no cotidiano municipal*. Os agentes avaliadores neste caso foram descritos enquanto “*Canguçu: mediadores avaliadores e o reconhecimento das práticas avaliativas enquanto práticas que devem ser compartilhadas*”.

As concepções da equipe gestora em relação aos elementos do objeto em estudo – população rural, saúde e DCNT – e sobre a descrição da equipe gestora, estrutura e organização da ABS compõem a categoria empírica intitulada “*Instrumentos para pensar as práticas avaliativas na gestão em saúde: estagnação e dinamismo tecno-assistencial*”. Para Camaquã, é destacado “*O trabalho gestor na SMS de Camaquã/RS: persistência no modelo tecno-assistencial e individualização das práticas de gestão*” e, para Canguçu, “*Mudança tecno-assistencial e apoio técnico intergestor na gestão da SMS em Canguçu/RS*”.

As categorias empíricas sobre as dificuldades na realização das práticas avaliativas compõem a categoria “*Tipologia das práticas avaliativas em saúde na esfera municipal do SUS*” e foram desenvolvidas como “*“Te faltam”: dificuldades de acesso ao rural, escassez de recursos e falta de apoio técnico gestor*” e “*Dificuldades somativas na efetivação das práticas avaliativas: urgencialização de tarefas na demanda espontânea à falta de apoio técnico interfederativo*”, em Camaquã e Canguçu, respectivamente.

Estas categorias foram construídas ao longo da descrição e da leitura flutuante das entrevistas e, embasadas na literatura disponível sobre o assunto, auxiliaram na compreensão das práticas avaliativas realizadas. Em todas as três etapas deste estudo, a organização dos dados concordou para a categorização e análise temática (MINAYO, 2008), auxiliadas pelo software NVivo8®.

Como o estudo foi composto por três etapas complementares, pode-se aferir que este tipo de tratamento dos dados se mostrou adequado, uma vez que permitiu a descoberta dos núcleos de sentido que compõe a comunicação, em que a presença ou frequência signifiquem

algo para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2008). A análise temática prevê o desenvolvimento de três etapas – pré-análise, exploração do material e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira etapa (pré-análise) foi dividida em momentos: o primeiro (leitura flutuante) foi o contato direto e intenso com o material de campo (entrevistas, entrevistados e documentos de gestão), quando o pesquisador familiariza-se com o tema; o segundo momento (constituição do Corpus) diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, onde foi explicada e esclarecida a escolha dos dados coletados e a significação destes, relacionando-os aos objetivos iniciais proposto; por último (formulação e reformulação de hipóteses e objetivos) há a retomada da fase exploratória, avaliando o material coletado quanto aos questionamentos de pesquisa iniciais e, se necessário, reformula-se hipóteses ou indagações. Logo, na etapa pré-analítica, fez-se a classificação a partir de hipóteses levantadas nestes primeiros momentos e foram utilizadas palavras, termos, frases, ou mesmo trechos como unidades de registro que serão utilizadas nas etapas posteriores.

A segunda etapa (exploração do material) consistiu na organização, categorização e codificação do material coletado. Por fim, a terceira etapa (tratamento dos resultados obtidos e interpretação) refere-se ao momento de inferências dos materiais categorizados, possibilitando a submissão dos dados a interpretações a partir do referencial teórico disposto sobre o assunto, além do levantamento de novas hipóteses para o acontecimento do fenômeno encontrado.

A construção analítica dos resultados desse estudo teve como objetivo descrever a realidade pesquisada de maneira a compô-la por diferentes ângulos que possam melhor delineá-la. A pretensão foi analisar os dados considerando que o sistema público de saúde é desenvolvido por atores sociais, que tem a potencialidade de agir eticamente para a melhoria da saúde da população e que também se mobilizam por interesses outros que não este, mas em conformidade com os grupos sociais que representam e interagem.

4.5 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise dos dados provenientes das três etapas da pesquisa, conforme resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido pela pesquisadora e acompanhado pelos gestores municipais e entrevistados. O documento foi assinado em duas vias, sendo uma do pesquisador e outra do participante. Além do nome do estudo, seus pesquisadores, objetivos, benefícios e riscos sociais, o TCLE é composto pela declaração de comprometimento que os participantes terão garantia da privacidade e da confidencialidade identitária individual das informações, de possibilidade de desistência e/ou recusa em qualquer momento do estudo. A devolutiva do resultado do estudo ao sistema de saúde municipal em que foi realizada a pesquisa também foi prevista no TCLE (APÊNDICE C).

Como forma de garantir a confidencialidade identitária na descrição das informações fornecidas, os participantes entrevistados foram identificados como Gestor-A1, A2, A3 e A4 para o caso de Camaquã e Gestor-B1, B2 e B3 para o caso de Canguçu.

Por fim, a presente proposta, como integrante do projeto de pesquisa intitulado “Sistemas locais de saúde, determinantes sociais e itinerários terapêuticos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis”, foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), sob o parecer de aprovação nº. 2008077 (ANEXO A).

5 INSTRUMENTOS PARA PENSAR AS PRÁTICAS AVALIATIVAS NA GESTÃO EM SAÚDE: ESTAGNAÇÃO E DINAMISMO TECNO-ASSISTENCIAL

Este capítulo introduz e contextualiza os dois casos pesquisados, das SMS de Camaquã e Canguçu, facilitando a compreensão sobre as práticas avaliativas descritas no capítulo 6. Para tanto, inclui a descrição da organização gestão da ABS, a composição e formação da equipe gestora, bem como as concepções dos gestores municipais sobre a população rural, saúde e DCNT, foram descritos a seguir.

5.1 O TRABALHO GESTOR NA SMS DE CAMAQUÃ/RS: PERSISTÊNCIA NO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL E INDIVIDUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO

Durante os três meses de coletas de dados na SMS de Camaquã, pode-se observar que a estrutura de gestão do SUS relacionada à população rural envolve os quatro gestores entrevistados (Gestor A1, A2, A3 e A4), mas que efetivamente é desenvolvida no cotidiano do Gestor-A2 e do Gestor-A4. Além destes, dois outros atores são importantes para as práticas avaliativas e na tomada de decisão gestora e participaram do estudo enquanto componentes da observação participante.

A descrição a seguir caracteriza a gestão da SMS enquanto baseada na demanda espontânea de serviços, mesmo com o reconhecimento discursivo da necessidade de outro modelo de atenção à saúde. Como as atividades estão desenvolvidas conforme uma divisão hierárquica do trabalho na gestão, observou-se que essa divisão norteia os discursos e limita as explicações dos entrevistados sobre o tema em estudo conforme a posição ocupada.

Não há o enfoque na atenção à saúde da população com DCNT, nem a mobilização para a prevenção desses agravos aos residentes rurais. Associado a isso, a diversidade na formação gestora e a divisão do trabalho na SMS delinearão as concepções de saúde, doença e sobre a população rural do município também diversamente.

Quando questionados sobre o que é a ABS, os gestores entrevistados (Gestor-A1, A2, A3 e A4) responderam sobre o sistema municipal de saúde como um todo. Para eles, o interesse na discussão sobre as esferas de atenção à saúde é sublimado pelas demandas

cotidianas na SMS, não sendo prioridade falar apenas sobre a ABS durante as entrevistas e a observação.

Há uma *construção social da demanda por serviços assistenciais* na SMS, que foi relatada pelos Gestor-A1 e Gestor-A3 como um ‘quanto mais se dá, mais a população demanda’ da SMS. Para elas, o resultado disso é um aumento significativo da oferta de consultas especializadas pela SMS. Essa demanda também resulta na necessidade explicitada pelo Gestor-A2, de aumento da força de trabalho assistencial – principalmente de médicos especialistas.

Esse aumento de demanda sentido pelos entrevistados levou a refletir sobre a necessidade de conter o padrão atual de consumo por serviços de saúde. Para isso, a alternativa visualizada pelos Gestor-A1 e Gestor-A2 foi de forçar um processo de controle de atendimentos por meio de sistemas de informação em saúde, incluindo a racionalização da demanda por meio do controle de procedimento gerado por habitante.

Concomitante a essa realidade, no período da coleta de dados do estudo ocorriam mudanças na condução municipal da ABS. Gestor-A1 explicita que a *modificação na estrutura da ABS* seria no sentido da redução dos atendimentos domiciliares e outras formas de atendimentos prestados pela ESF, pois os ACS das unidades nomeadas como ESF serão excluídos, bem como essas Unidades da ESF atenderão como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com demanda espontânea e não delimitada a território adscrito.

Esta mudança estava relacionada a problemas com a Lei de Responsabilidade Fiscal, tendo em vista que houve mudanças nas exigências legais quanto à consideração dos gastos salariais com profissionais das equipes de ESF, que agora tem que estar incluídos na folha de pagamentos de pessoal da prefeitura municipal. O problema, segundo Gestor-A1, é apenas com os ACS da ESF, já que os ACS do PACS, que atendem ao rural, mesmo que na condição de vínculo por RPA (Regime de Pagamento de Autônomo), constam no Plano Plurianual.

A situação revela o caráter interdependente entre as esferas de gestão do SUS, que conduz seus gestores a assumir determinadas ações públicas na saúde. A Saúde da Família é agora uma alternativa estratégica a ser assumida localmente pelos municípios e não apenas como programa de governo.

Gestor-A1, A3 e A4 corroboram com o modelo, afirmando que estratégias na perspectiva da SF são alternativas econômicas no sentido de que há mais médicos generalistas, bem como pelo fato de não necessitar deslocamento obrigatório dos usuários aos serviços, pois o caminho inverso é a prática cotidiana dos ACS. Em Camaquã, o PACS rural atua na prevenção, por meio da informação aos residentes rurais, no agendamento de

consultas nas visitas das equipes assistenciais e no levantamento da situação de saúde dos moradores rurais para a coordenação do programa, que faz os encaminhamentos e retroalimenta o trabalho dos ACS com orientações e educação permanente sobre os processos de saúde e de doença (Obs.Cam.2).

Ao mesmo tempo em que os ACS eram demitidos, a importância da sua atuação era reconhecida nos relatos do Gestor-A1 como os profissionais que estão na base assistencial da SMS e, por isso, essenciais pela dimensão assistencial mais próxima da população. Também afirma a importância que tem na resolução de problemas de saúde mais comuns nas comunidades e seu valor juntos às famílias, considerando os vínculos que se estabelecem nas relações usuários-profissionais-vizinhos.

Mesmo com todo o exposto, o que se evidencia é que as afirmações de Gestor-A1, A3 e A4 sobre a necessidade de mudança de modelo assistencial e a potencialidade da Saúde Comunitária de base da ESF e no trabalho dos ACS, não foram suficientes para mobilizar a tomada de decisão no sentido de manter os ACS e o modelo da ESF nas UBS do município. Essa dificuldade evidencia que esse modelo de atenção até então era tratado como um programa de governo e que fazer o caminho da sua ampliação e consolidação requer o amparo legal ainda não conquistado enquanto integrante da estrutura permanente da SMS.

Diferentemente disso, o modelo assistencial vigente, oneroso em consultas e procedimentos especializados e baseado na demanda espontânea, está impregnado no fazer dos gestores e da estrutura social do município, o que dificulta as tentativas de delimitá-lo no SUS municipal. Estes diferentes focos na gestão da SMS, concomitantes e complementares, corroboram com as falas de Gestor-A1, A2 e A3, que afirmam realizar uma *Multiplicidade de ações na sede da SMS*. Caracterizam a gestão municipal do SUS como um espaço de demandas múltiplas que vão desde a necessidade de fechamento diário de um posto de saúde e esclarecimentos sobre as normas de vacinação de imunobiológicos específicos (Gestor-A3) até a organização de consultas, procedimentos e a realização dos Relatórios de Gestão e de produtividade (Gestor-A2).

Essa reflexão sobre o espaço de atuação levou o Gestor-A2 a pensar sobre o reconhecimento que tem no espaço em que atua, levando a inquietações e reivindicações por espaços de decisão e reconhecimento na SMS. Afirma que o saber técnico e administrativo que tem da SMS não é condizente com o reconhecimento formal que possui dentro deste espaço gestor, considerando o destaque que tem a figura dos Secretários Municipais de Saúde e o conhecimento que pouco tem sobre o funcionamento interno da SMS.

A SMS tem uma história de exercício de Secretários Municipais de Saúde com formação médica e esta realidade mudou, não sem protestos e contestações dos médicos da cidade, a partir da atuação do atual Secretário de Saúde, profissional com formação assistencial na saúde, mas não médico (Gestor-A2). No momento atual do município, de reconhecimento de que outros profissionais ocupando esse espaço, parece que o Gestor-A2 também se sente capaz e merecedor dessa posição (Obs.Cam1). Mesmo assim, as decisões sobre a condução da política de saúde municipal consideram a presença de um profissional intitulado pelos gestores entrevistados de Responsável Técnico da SMS, que também tem relação direta com o Hospital Geral e media os interesses entre as partes.

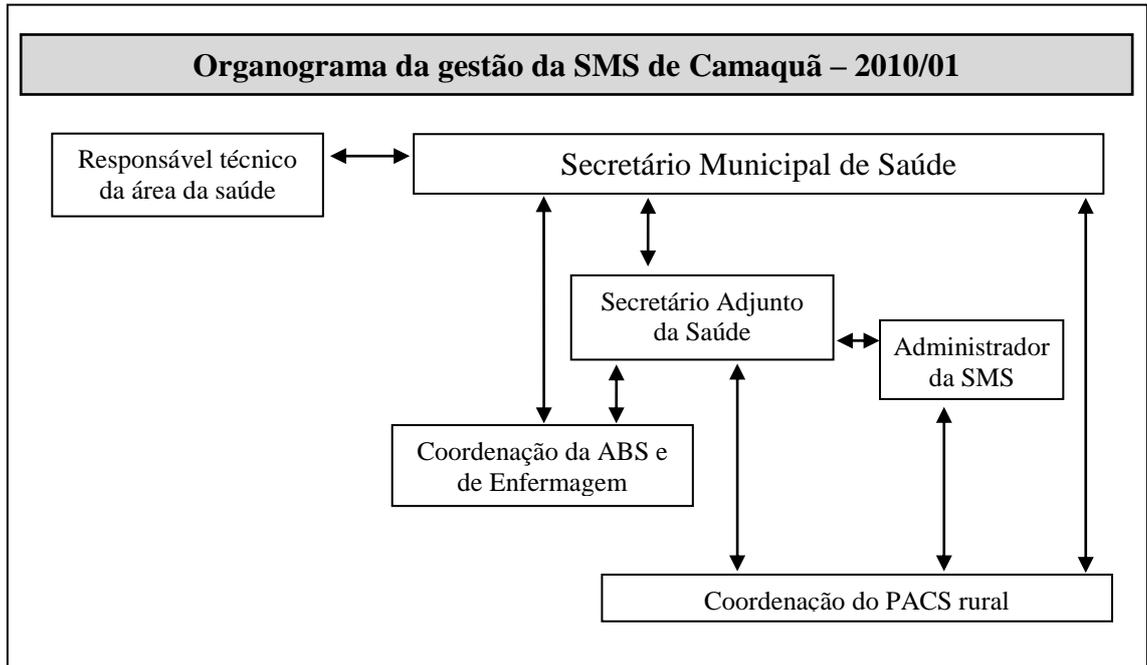
Para o Gestor-A3, a convivência com a *alternância nas competências e atuação profissionais*, realidade de três dos quatro profissionais entrevistados, é extenuante. O profissional é designado a realizar atividades completamente diferentes daquelas realizadas anteriormente, seja dentro da área da saúde (Gestor-A3 e Gestor-A4), seja de outra área da gestão pública para a gestão da saúde (Gestor-A1).

Um dos resultados dessa transitoriedade é o desconforto desses profissionais ao falar com propriedade limitada sobre o cargo em que atuam, justificando-se inúmeras vezes pelo tempo de atuação na presente função ou por atividades que não são da sua área técnica específica, mas da área da saúde, como é relatado no que se refere aos temas *saúde* e DCNT.

O fato dos gestores da SMS atuarem em uma multiplicidade de ações de gestão, associado ao fato de terem conhecimento limitado quanto às capacidades e atividades relacionadas à gestão municipal do SUS, influenciou nas suas considerações sobre a responsabilidade gestora que tem sobre a população rural. Neste ponto, se perguntou: *Da parte de quem é a responsabilidade sanitária sobre a população rural na SMS?*

As falas de Gestor-A3 e Gestor-A1 demonstraram a delegação para outros profissionais sobre a atenção à saúde da população rural. Além da própria equipe da SMS no rural, com o Programa de ACS (PACS), há também uma equipe da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que é responsável pela atenção à população indígena do município. Entre os próprios coordenadores entrevistados, os relatos e observações demonstram que os assuntos relacionados à saúde da população rural são referidos como mostra o quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Estrutura hierárquica e operacional da gestão da SMS de Camaquã, RS.



Fonte: Coleta de dados do pesquisador, março/2010.

As relações entre os integrantes da gestão, demonstrados no quadro acima, são representadas por setas bidirecionais que simbolizam as possibilidades de integração entre os gestores para a discussão, orientação e tomada de decisão. Mesmo com essas relações estabelecidas na gestão da SMS, é destacada a fragilidade do PACS, considerando as mudanças constantes de coordenação e significado que tem na SMS.

O PACS está ligado diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde, mantendo assessoria administrativa contratada como cargo de confiança desde a criação do Programa no município, há aproximadamente 10 anos (Obs.Cam. 1), o que também pode ser um entrave na sua implementação permanente, assim como aconteceu com a ESF.

A personificação do PACS pode inviabilizá-lo, tendo em vista que a rotatividade de coordenações do programa (a coordenação atual estava a menos de 1 ano no cargo durante os meses da coleta de dados). Além disso, os demais gestores entrevistados, de responsabilidades mais abrangentes na SMS, não responderam sobre a organização do trabalho na saúde para a população rural, apenas delegaram à coordenação do Programa que respondesse.

O profissional identificado Responsável Técnico da Saúde não foi citado como integrante de um fluxo de informações gestoras no dia-a-dia da SMS, mas como consultor pontual ao núcleo decisor da SMS, inclusive na conformação do modelo de atenção vigente e de toda a política municipal de saúde.

No período da coleta de dados, foi possível observar a atuação do Secretário de Saúde e do Responsável Técnico da Saúde ao participarem de uma reunião junto aos ACS. De outra forma, conforme relatos durante as observações e o observado, o Secretário permanece somente na primeira hora de cada turno (manhã e tarde) na SMS, por que também exerce outra atividade profissional diária fora (ObsCam.2). O Profissional responsável Técnico da Saúde atua como consultor da gestão da SMS e também tem responsabilidades profissionais outras que não esta. Sua presença na gestão da SMS é esporádica.

A divisão do trabalho entre profissionais com formação na saúde e em outras áreas do conhecimento é explicitada e associada às funções de cada gestor na SMS. Até chegar a esse ponto, parte-se da “formação acadêmica como um ponto (cego) de partida no desenvolvimento profissional para o SUS” até a continuidade do aprendizado ao ocupar cargos de gestão, seja em um “Aprender fazendo”, seja em “Capacitações in-formais” durante o exercício da função.

Quando é referida a formação acadêmica dos entrevistados, é clara a afirmação de que a primeira perspectiva profissional não foi pensada na atuação como gestor público. Mesmo assim, a formação acadêmica inicial possibilitou a aproximação posterior com a gestão em saúde. Dois dos entrevistados são graduados fora e dois dentro da área da saúde.

As formações acadêmicas destes dois tipos de formação ocupam dois extremos na forma de elaborar as concepções na saúde – um, pela quantificação e distribuição lógica de recursos materiais, financeiros e de pessoas, o outro, pelo cuidado na sua dimensão relacional e pela ação prática da assistência à saúde. Os matizes que caracterizam a formação de cada gestor, no entanto, foram definidos pelo *histórico profissional que delineou os caminhos trilhados até a gestão da SMS*, e incluem cursos, capacitações e outras formações profissionais já realizadas pelo gestor antes de atuar na área da saúde.

Então, do ponto (cego) de partida da formação acadêmica para o aprendizado na prática do trabalho há um caminho que foi sendo descoberto e considerado para a concretização do *estar no mundo* dos entrevistados. Os entrevistados referiram que têm que aderir a estratégias como “Aprender fazendo”, no sentido de que o aprendizado é na própria prática da gestão. Desta forma, Gestor-A3 refere que ainda trabalha "engatinhando" para algumas questões específicas do cargo que ocupa.

Como estratégias para vencer algumas dificuldades com os elementos do cotidiano gestor, as capacitações (in) formais são essenciais. Estas incluem cursos de capacitação formais (Gestor-A1, A2 e A4), mas principalmente a ajuda de colegas que anteriormente ocupavam os cargos dos entrevistados, como referido por Gestor-A1 e A3. Gestor-A1 e A3

dispuseram de pouco tempo para ver como era todo o processo de trabalho na perspectiva da função a ser ocupada, isso por que os colegas que estavam saindo se dispuseram a auxiliá-los em um dia.

Nenhum dos entrevistados referiu capacitações ou especializações em avaliação e monitoramento em saúde. Desta forma, as dificuldades de formação reconhecidas para o trabalho gestor na saúde abrem espaço para capacitações in-formais e situacionais, que nem sempre são compostas pelas perspectivas efetivas de execução do trabalho na gestão do SUS. Também como consequência, daí resultam concepções predominantemente empíricas sobre os elementos que compõem o objeto em estudo.

A identificação da população rural pelos gestores entrevistados inclui características sobre: a) saúde e doença; b) formas de reprodução social compreendidas nas relações sociais intra e extra-rurais, no trabalho agrícola e nas características de composição familiar; e c) de acesso aos serviços de saúde. Assim, identificam a população rural, como *o povo que é diferente do povo cidade: necessidades de vida e saúde diferenciadas no rural 'atrasado' ou 'evoluído'*.

Por características de saúde, são destacados os problemas relacionados aos acidentes de trabalho com animais e madeira, pelo cultivo de espécies como o fumo e malefícios à saúde (Gestor-A3). O estilo de vida é tido como divergente ao almejado pelo sistema de saúde - escolha precoce do trabalho à escola, o casamento e a gravidez na adolescência (Gestor-A4), a despreocupação com parasitos comuns na infância rural, resultantes do contato de animais domésticos como galinhas, gatos e cachorros (Gestor-A1).

O Gestor-A1 afirma que falta informação, ressaltando a importância do PACS no elo entre o almejado pela SMS e a população rural do município. Neste ponto, destaca que a população rural tem uma vida “autônoma” à vivida na cidade e suas preocupações. A população rural é compreendida a partir da forma de se comunicar com a SMS e espaços não rurais da cidade, entendidos pelas relações com a SMS e outras necessidades que não estão ao alcance no espaço rural. Para o mesmo gestor, são duas as necessidades que não dispensam a região urbana da cidade: para “receber” (salário ou aposentadoria) e na extrema necessidade de melhorar a saúde.

O Gestor-A1 afirma ainda que a população rural é beneficiada pelo esforço organizativo da SMS em atender às demandas básicas de atenção à saúde, pelo PACS e pelos atendimentos quinzenais. Em sua descrição, tenta justificar pela repressão governamental ao cultivo de fumo e tendo em vista que os agricultores “vivem da agricultura, fumo, bastante fumo” (Gestor-A3), a manutenção dos serviços disponibilizados de quinze em quinze dias no rural.

No entanto, para Gestor-A2 há carência de atendimentos em saúde para a população rural, com necessidade de ampliar o PACS e modificar a forma de marcação de consultas e exames na sede urbana.

O Gestor-A4 relata que há diferenciação na marcação de consultas e exames aos residentes rurais, expondo a grande dificuldade destes em acessar a marcação de consultas, seja pelo acesso geográfico, seja pelo acesso tecnológico (telefone e outros meios de comunicação) dificultados no meio rural. O não reconhecimento destas especificidades levou Gestor-A3 e Gestor-A2 a afirmar que não há tratamento desigual aos desiguais em Camaquã, como algo negativo.

Para o Gestor-A2, há grupos populacionais urbanos com condições e situações mais urgentes que a população rural. A justificativa é que há apenas duas regiões rurais do município onde os residentes necessitam de maior auxílio do poder público, e é explicitado que deve-se ao fato de haver indígenas nessas duas áreas, deixando implícito que há um fator de empobrecimento relacionado à condição indígena.

Considera-se que há concepções distintas para o mesmo espaço rural. A primeira, de Gestor-A1, que reflete conformismo em relação às condições de atenção à saúde e perspectivas de progressivo empobrecimento e conseqüente abandono do rural. A concepção de Gestor-A2 explicita a compreensão de que há insuficiência na atenção à população rural, ao mesmo tempo em que acredita que as condições de moradia e bem estar desta é positiva em relação a algumas regiões urbanas do município.

De outra forma, Gestor-A3 e Gestor-A4 admitem a diversidade existente no espaço rural de Camaquã, caracterizando-o como heterogêneo, com algumas áreas “mais atrasadas que outras, mesmo sendo no mesmo município” (Gestor-A3), e que “algumas regiões se destacam, mas outras são muito pobres” (Gestor-A4). De forma geral, Gestor-A4 lembra que “o interior é muito grande”, o que se reflete na complexidade necessária na organização e atuação do PACS em todo esse espaço, incluindo distritos maiores e menores, bem como distritos próximos e distantes da sede urbana da cidade.

Da mesma forma, as concepções de saúde incluem uma diversidade de dimensões - *da individualidade do sujeito à regulação e cobertura do sistema de saúde*. Assim, foram distribuídas três (03) significações de saúde para os gestores de Camaquã: a) Bem estar social, físico, mental, lazer, trabalho, renda, moradia: *tudo isso influencia na saúde*; b) Saúde = sistema público de saúde: “trabalhar na saúde”; e c) Secretaria da Doença: serviços de atenção à doença.

Gestor-A3 e Gestor-A4 referiram à saúde como “bem estar físico, social e mental” (Gestor-A3), incluindo lazer, trabalho, educação, acesso aos serviços de saúde e ressaltando que a avaliação de saúde de uma pessoa não se limita ao seu estado de doença patológica (Gestor-A4). No PMS 2003-2005 essa relação aparece em relação à população rural, em que os resultados dos indicadores de saúde são apresentados com associação às necessidades sociais de saneamento (água potável e esgoto tratado) e economia (baixa poder aquisitivo) (CAMAQUÃ, 2002).

Para Gestor-A2, a SMS “atende à doença para tratar a saúde”, formando uma verdadeira “Secretaria da Doença”, com “serviços de atenção à doença”. Diz que a consequência disso é uma demanda muito grande, que exige um esforço muito maior de disponibilização de recursos para lidar com as necessidades de saúde. Com isso, esclarece que há a necessidade de investir em mais oferta de consultas e exames, mas que nunca será o suficiente, especificamente por que os problemas de saúde são uma constante ao longo da vida das pessoas. Esclarece que o posicionamento dos profissionais assistenciais tem que ser ampliado para incluir tecnologias como o vínculo e o acolhimento.

Para Gestor-A3, as condições sociais interferem e modelam o sistema de saúde a partir das solicitações de ajuda que são traduzidas como demandas por atendimentos. Diferentemente, Gestor-A1 foca o olhar na saúde como o resultado do seu trabalho de alocação dos recursos na SMS e divide em “usuários que usam muito” e “usuários que usam de forma suficiente” os serviços da SMS.

O PMS 2003-2005 também reproduz esta percepção de Gestor-A1, pois houve uma tentativa de associar as características de saúde e de doença da população de Camaquã com necessidades que dependem da organização e disponibilidade de serviços e ações em saúde para essa população (CAMAQUÃ, 2002). Por conseguinte, neste caso, saúde significa a própria SMS, com sua capacidade organizativa e de recursos para atender à demanda trazida espontaneamente pela população assistida.

Da mesma forma foram referidas as DCNT, como uma discussão que “*é mais o pessoal da área técnica da saúde*” (Gestor-A1 e Gestor-A2), justificativa dos demais profissionais de formação externa à área da saúde e atuantes na gestão da SMS. Portanto, o conjunto de gestores entrevistados demonstrou tanto o desconhecimento explícito do que é uma doença crônica, quanto também a percepção de seus fatores condicionantes (falta de assistência à saúde e persistência sociocultural na condição permanente de adoecimento físico) e resultantes (como uma condição propícia ao surgimento de outras formas de adoecimento).

À demonstração de desconhecimento, Gestor-A1 e Gestor-A2 solicitaram que a mesma pergunta fosse direcionada à "área técnica da saúde", assistencial, com enfermeiros e médicos da SMS. Gestor-A1 complementa e afirma que o trabalho dos ACS é justamente evitar que uma doença se torne crônica, orientando e informando adequadamente a população sobre as formas de tratamento e vínculo com a SMS. Assim, uma doença crônica pode resultar da falta de assistência à saúde e, conforme o entrevistado, há dificuldades da SMS em dar "um assistencialismo maior" à população.

Gestor-A3 explicita que há fatores socioculturais que influenciam na prevalência e piora das condições de vida de doentes crônicos, tendo em vista que aceitar o tratamento indicado pela equipe de saúde, por vezes, significa perder referenciais de existência construídos ao longo da vida e que fazem parte dos seus calendários socioculturais - como o cardápio e rotina alimentares. Complementarmente, Gestor-A4 falou sobre as inter-relações entre as DCNT e outras, decorrentes do dano constante pela sua permanência no corpo da pessoa – como a insuficiência renal decorrente da hipertensão e do diabete *mellitus*.

A descrição de todos esses pontos da gestão municipal do SUS em Camaquã caracteriza-a enquanto uma SMS em que sua equipe vive a dicotomia entre a prática em um modelo focado na demanda espontânea por serviços especializados e o reconhecimento reflexivo da estruturação da ABS como um caminho para reduzir os problemas de saúde que podem gerar futuras demandas à serviços especializados.

Ficou também evidente que a construção da tomada de decisão sobre a Política de Saúde Municipal a seguir não é compartilhada entre os gestores entrevistados, mas com outros atores com interesse nessa condução, como os agentes mediadores com o Hospital Geral situado no município e outros não esclarecidos no período de coleta de dados, mas representados pela própria figura do Secretário de Saúde e do dito Responsável Técnico da SMS.

Outro fator importante, especificamente sobre a atenção ao rural, é a divisão de trabalho entre a equipe, que encaminhou a pesquisadora à coordenação do PACS e pouco discutiu as questões relacionadas à organização e ao planejamento estratégico da atenção à saúde da população rural. Associado a isso, a rotatividade das coordenações do PACS fragiliza a densidade da atuação do Programa junto à população rural da mesma forma que o não envolvimento dos demais gestores entrevistados sobre o seu funcionamento também não o fortalece enquanto política permanente do SUS municipal.

O não envolvimento dos demais gestores entrevistados nas questões referentes a essa população, mas também apontadas por eles, limita a potencialidade de atuação do PACS,

tendo em vista que fica resumido ao suprimento das demandas assistenciais espontâneas e que conseguem chegar à SMS. Outras demandas, no entanto, também foram apontadas e poderiam desencadear ações preventivas, promocionais e também intersetoriais, como os acidentes com animais e a intoxicação por defensivos agrícolas.

A contextualização do estudo aponta para uma estagnação das formas organizativas da gestão municipal do SUS. Essa estagnação relaciona-se à limitação e à cristalização dos gestores em suas funções, enrijecidos pela divisão hierárquica de responsabilidades e pressão política que vivem na estrutura organizativa da SMS.

5.2 MUDANÇA TECNO-ASSISTENCIAL E APOIO TÉCNICO INTERGESTOR NA GESTÃO DA SMS EM CANGUÇU/RS

De uma forma geral, as observações e as falas dos gestores entrevistados (Gestor-B1, B2 e B3) conduziram à *necessidade de constituir a continuidade a atenção à saúde e o vínculo assistencial com a população rural* como forma organizativa do SUS na esfera municipal. Referiram que o modelo de Atenção à Saúde da SMS é baseado na demanda espontânea a partir do Pronto-Atendimento como porta de entrada no Sistema com atendimentos somente a cada 15 dias nas localidades rurais.

A equipe gestora ressalta a importância do diálogo e trocas de informações entre si, profissionais técnicos da saúde, e com os seus representantes nas comunidades, líderes comunitários. Ainda assim, as concepções acerca do adoecimento crônico nas localidades rurais associa-se ao modelo de atenção, que não permite o cuidado permanente, ao mesmo tempo em que culpa o usuários pelos seus hábitos cotidianos e que relacionam os problemas de saúde.

Além disso, as dificuldades relacionadas ao financiamento e à força profissional necessária para a atenção à saúde da população rural são entraves que lentificam a mudança do modelo assistencial curativista e assistencialista, para um modelo baseado na ABS como porta de entrada preferencial.

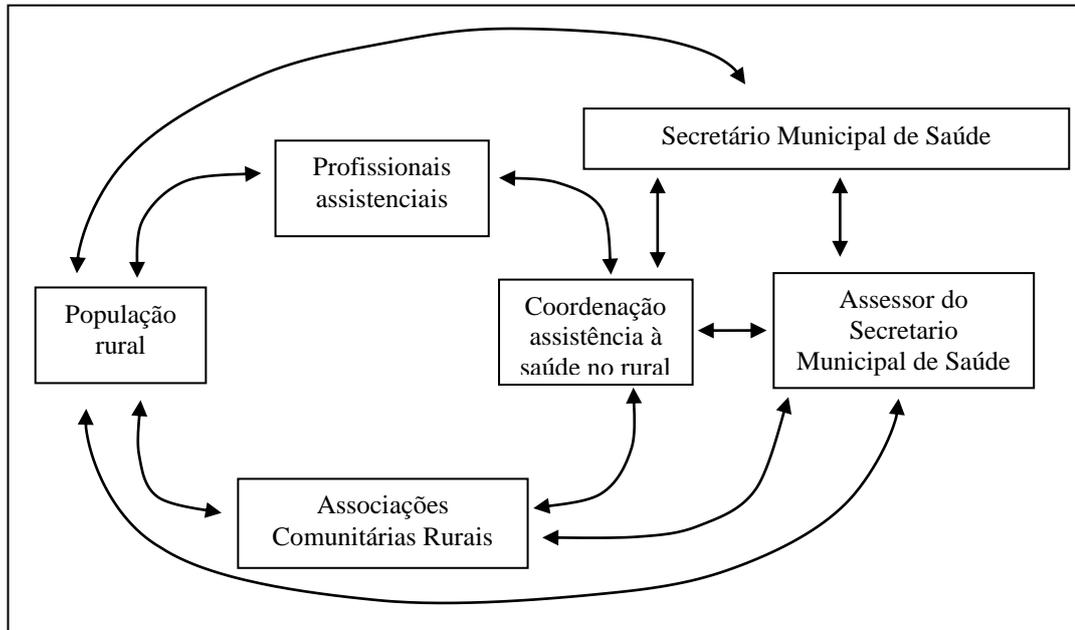
Outras condições apontadas por eles são: as mudanças de governo, que interrompem projetos em andamento; e as modificações nos marcos regulatórios da atenção à saúde, que obrigam a reorganização na condução interna do sistema público de saúde vigente. Neste sentido, os gestores municipais têm como desafio a incerteza da execução de seus projetos

associada à responsabilidade de fazer cumprir o direito de acesso na atenção à saúde com integralidade.

Ao mesmo tempo em que tentam definir estratégias de ação local, os gestores da SMS tem *dificuldades em receber apoio técnico* para qualificar a gestão municipal. No PMS 2005-2009 somente é ressaltado o papel da CRS como “supervisor” da SMS, com o envio de dados da SMS para a 3ª “CRS” (CANGUÇU, 2005). O Gestor-B1 afirma que a regulação regional é um problema enquanto apoio técnico Estadual, que “não está bem feita”, e que por isso tem algumas questões relacionadas à regionalização dos serviços que ainda se apresentam sem perspectivas de solução.

O desafio da construção do SUS na esfera municipal se apresenta como relação de dois níveis: 1º – municipal e local, com a necessidade, expressa pelo Gestor-B2, de *aproximação entre os atores envolvidos na gestão e na organização comunitária* para a solução de impasses gerados no acesso e na qualidade dos serviços públicos e municipais de saúde (Quadro 2); e 2º - regional e intermunicipal, com a realidade de menor governabilidade do gestor municipal em saúde na solução de problemas relacionados às necessidades de utilização de serviços de referência e situados em outros municípios, expresso por Gestor-B1.

Quadro 2 – Fluxograma de comunicação das demandas rurais em saúde na gestão da SMS de Canguçu/RS – 2010.



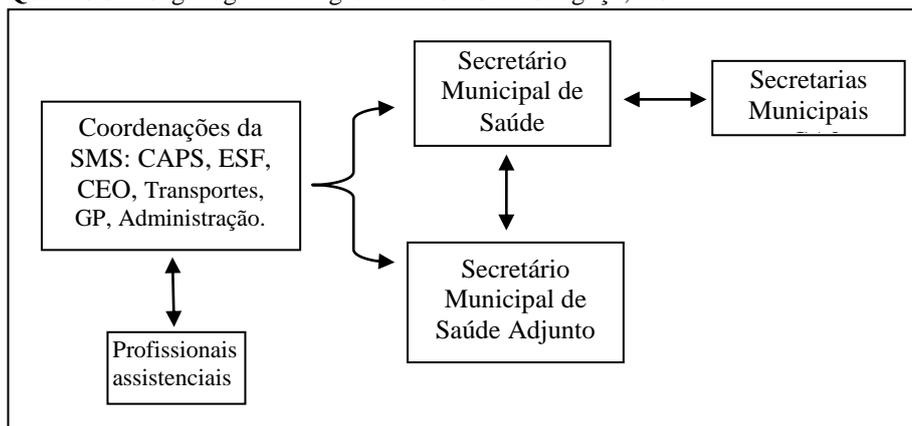
Fonte: empírica – pesquisador, julho/2010.

Apesar de haver a destreza da articulação interpessoal, intersintitucional e intersetorial e para a resolução de problemas na condução do SUS na esfera municipal, é declarada a

incapacidade da relação intermunicipal e intergestora na solução de problemas de saúde de esfera regional.

Há o reconhecimento dos gestores entrevistados de que é necessário o envolvimento de outros atores no processo de gestão do SUS. Gestor-B2 explica que, na gestão, não há sempre tempo disponível para conversar com os profissionais, por isso a importância do trabalho em equipe com os coordenadores dos serviços e com os presidentes de associações (Quadro 3).

Quadro 3 – Organograma da gestão da SMS de Canguçu, RS.



Fonte: Coleta de dados do pesquisador, junho/2010

Para Gestor-B1, *o aprendizado na gestão é aprendido na prática*, mesmo com a experiência na formação para a Saúde Pública. Como para Gestor-B1, Gestor-B2 reconhece esse aprendizado como um processo ímpar de reconhecimento do SUS como uma política de Estado, ampla e inclusiva. Gestor-B3, de outra forma, demonstra indiferença e tranqüilidade quanto ao que é a sua atuação, como um processo comum ao seu cotidiano, de conversa com as pessoas e tentativas de resolução dos seus problemas a partir da mediação entre usuários e trabalhadores.

Os demais gestores da equipe e que trouxeram a dimensão temporal da atuação no SUS focaram, como Gestor-B3, nas mudanças na orientação da atuação profissional a partir da municipalização. Falaram, como desafio da SMS, da necessidade de ampliação na estrutura e na capacidade de gestão a partir da municipalização do sistema. Neste caminho, o PMS 2005-2009 já aponta para a necessidade de parcerias do tipo ensino-serviço, com o apoio das Universidades (Católica de Pelotas, Federal de Pelotas e de Rio Grande) para a execução dos programas de saúde pública, mas essa parceria não foi visualizada durante o período da observação.

Esse miscelânea de perfis profissionais com experiência de muitos anos na saúde pública local e seus relatos com aqueles de pouco tempo de atuação do setor público e os apontamentos do PMS 2005-2009 evidencia uma mudança de perspectiva de atuação no setor público antes e após CF/ 88 e municipalização do SUS. Por esse marco histórico na forma de conduzir a saúde pública, hoje há um processo que passou da fase de desconforto sobre a municipalização para uma fase de operacionalização, estruturação e ação dos municípios para agir nesta nova perspectiva (Obs.Can.07).

Os novos gestores se inserem no SUS com essa perspectiva em vigor e identificam como desafio a ampliação do SUS na esfera municipal. Já os profissionais mais antigos, com atuação anterior à municipalização, trazem consigo o aprendizado de anos de atuação na perspectiva da saúde pública conduzida diretamente pela esfera Estadual, pontuando a diferença do antes e depois a partir da delimitação das tarefas exercidas.

Apesar das diferenças de formação e perspectivas no SUS, os entrevistados consideram a *população rural* diversa, extensa e potencial quanto ao desenvolvimento social e econômico de todo o município. Houve avanços em qualidade de vida e nível de instrução ao longo dos anos, mas o ambiente bucólico e o tipo de trabalho não favorecem a saúde mental (Gestor-B1 e Gestor-B2) e física (Gestor-B3) desta população.

Também desfavorável à saúde da população rural, o enfoque da SMS e da população está no *cuidado à saúde quando há alguma situação de doença*. Esse é o consenso entre os entrevistados, que reconhecem o enfoque curativista e o utilizam como discurso para a necessidade de mudança de estratégia da SMS para um enfoque preventivista. Neste enredo, Gestor-B3 afirma que quem mais tem que mudar é a população, tendo em vista que, para ele, é a população quem induz ao enfoque assistencial da SMS.

A busca por serviços de saúde apenas nas situações de agudização das DCNT levaram a gestão à tentativa de desenvolver um projeto local para ampliar os diagnósticos por DCNT mais prevalentes. Esta pode ser uma forma de abrir espaço para um próximo passo na SMS: aproximar os serviços da sua população-alvo, seja por meio de estratégias de interação, seja na organização e distribuição da capacidade instalada no município. No entanto, o desenvolvimento de estratégias diagnósticas, assim como a elaboração do PMS, por si só ainda não deram conta da atenção permanente em saúde nas localidades rurais.

Por enquanto, a perspectiva de trabalhar com a população rural o significado de *viver com uma DCNT permanece ao nível do tipo de trabalho e hábitos alimentares*, dicotomizados por Gestor-B3 em “bons” ou “ruins”. A atuação gestora, a partir da ampliação deste olhar e a compreensão desses processos e alternativas de cuidado, envolve algo para além do

diagnóstico médico. Envolve a execução de estratégias incluídas no dia-a-dia dessa população, identificando com ela as estratégias ideais para as suas condições saúde e de doença.

A organização da gestão municipal evidencia um esforço em modificar o modelo assistencial curativista e baseado no pronto-atendimento vigente. Alguns dos desafios principais estão na limitação orçamentária e na falta de apoio técnico estatal para a qualificação dos processos de gestão.

6 PRÁTICAS AVALIATIVAS EM SAÚDE: REPRODUÇÃO E INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MUNICIPAL

Nesta categoria, o objetivo é identificar e descrever as estratégias de apreensão e análise, da saúde da população e dos próprios serviços, como situações do dia-a-dia do trabalho na SMS. Contempla: A) Quem avalia (n)a SMS?; B) Os tipos de avaliação em saúde na gestão do SUS, C) As dificuldades vividas no processo avaliativo; e D) Os resultados das avaliações realizadas.

6.1 QUEM AVALIA (N)A SMS?

Esta categoria revela quem são as pessoas que realizam práticas avaliativas com interesse para a esfera municipal do SUS. Caracterizam-se por aqueles que identificam e julgam situações de saúde da população municipal, bem como dos serviços de saúde e as ações da SMS. Os agentes avaliadores identificados foram caracterizados como: a) *internos*, profissionais assistenciais, da gestão da SMS e todos os usuários do SUS, munícipes próprios ou vizinhos; b) *externos ao cotidiano da SMS*, munícipes que não atuam com vínculo de trabalho na SMS ou como usuários do sistema, mas que tenham uma posição dentro da esfera municipal que permita refletir e julgar as ações de saúde dos serviços e situações de saúde vividas pela população com o auxílio de avaliadores internos ou *experts*; ou c) *externos ao cotidiano do município*, incluindo auditores, técnicos contratados para auxiliar na avaliação de determinada situação, como pesquisadores, e de outras esferas de gestão do SUS – do governo estadual ou federal.

6.1.1 Camaquã: Hierarquização e fragmentação das práticas avaliativas na gestão municipal em saúde

Dentro da SMS, o que transpareceu das observações e entrevistas é que os tipos de avaliação são utilizados pelos agentes avaliadores conforme a função hierárquica, de acordo com os processos de trabalho competentes ao setor que atuam e cargo que ocupam (*avaliadores internos*).

Entre os “técnicos da área da saúde” entrevistados, como foram intitulados por Gestor-A1 e Gestor-A2, Gestor-A3 também relata que há a delegação de práticas avaliativas dentro

da equipe gestora da “área da saúde”, uma vez que não tem conhecimento sobre como é realizado o trabalho de Gestor-A4 na gestão da atenção à saúde da população rural. A resposta de Gestor-A1 aos questionamentos referentes ao tema foram negativas, no sentido que “não é da minha área. Isso aí tu tem que falar com Gestor-A3 ou Gestor-A4”.

Conforme o relatado por Gestor-A3 e Gestor-A4, a avaliação realizada sobre a população rural (e sobre os serviços de saúde) não é socializada ao nível da responsabilidade com a coordenação geral da ABS no município. As práticas avaliativas realizadas por Gestor-A4 conduzem à execução das ações de saúde voltadas à população rural, tanto no que tange ao cotidiano dos usuários como dos ACS.

Gestor-A1 e Gestor-A2, por sua vez, afirmam que têm a responsabilidade de avaliar a demanda gerada pelos avaliadores técnicos da assistência à saúde (*avaliadores internos*). Avaliam se podem ser supridas com os recursos disponíveis, com a organização da atenção aos setores da SMS, incluindo a regulação dos serviços conveniados e a readequação de recursos já disponibilizados para atender à demanda de usuários, bem como se estão de acordo com as demandas e *avaliadores externos a SMS, internos ou externos à realidade municipal*. Entre estes, podem ser referidos, por serem citados pelos entrevistados a Secretaria Estadual de Saúde (SES), o Ministério da Saúde (MS), vereadores, líderes comunitários, população mediada pelas rádios comunitárias e outras mídias e/ou órgãos fiscalizadores como o Ministério Público Estadual (MPE).

Neste contexto, Gestor-A1 e Gestor-A2 validam as informações fornecidas pelos diversos agentes avaliadores, procedendo a uma mediação de todas as informações para que estas se transformem em ação gestora na SMS. Entre estes, os *avaliadores internos ao cotidiano municipal e externos à SMS* expressem avaliações sobre o sistema de saúde a partir de fora do espaço de gestão, em espaços comunitários ou de articulação política, comuns aos interessados no tema.

Gestor-A1 afirma que há pessoas que, observando ou vivendo mudanças em pontos da rede municipal de saúde, tentam pressionar indiretamente a SMS, ou por meio de rádios locais ou representantes da Câmara dos Vereadores.

Quando as situações são de difícil resolução e estão associadas a problemas técnicos que tomam uma dimensão política pela expressão pública, os gestores entrevistados são apoiados pela decisão de outros atores da SMS. Estes não foram entrevistados e referem-se ao próprio Secretário de Saúde e ao Responsável Técnico da SMS.

Outro ator importante é uma pessoa que todos os entrevistados e funcionários da SMS de Camaquã com quem conversei intitularam de “Responsável Técnico” desta SMS; [...] atua sempre como um “conselheiro” do Secretário Municipal de Saúde

quanto às questões que se referem à organização dos serviços da SMS associado ao suprimento da assistência à população (Obs.Cam.1).

Como ator estratégico, o profissional referido na fala acima atua tanto ao nível dos gestores no município como também ao nível da fala direta com os profissionais assistenciais sobre os nós críticos externados em determinados momentos na SMS. Em uma das reuniões quinzenais do PACS observadas, houve a manifestação do Responsável Técnico da SMS e do Secretário de Saúde aos ACS, não como momento de escuta, mas como momento de orientação a estes sobre o processo de instabilidade.

Os ACS são a esfera mais próxima da população rural e, ao mesmo tempo em que tentam mediar os objetivos e direcionamento da SMS com a população, trazem os problemas do cotidiano das suas comunidades e relacionados à saúde para as reuniões com Gestor-A4. Outra dimensão próxima à população são as rádios comunitárias e os vereadores municipais que, durante o período de coleta dos dados, estavam em atividade solicitando esclarecimentos da SMS sobre as suas condutas relacionadas à reorganização da ESF.

Com o exposto, afirma-se que há uma relação entre área técnica, hierarquia e divisão do trabalho na avaliação em saúde do Município. O conjunto dos dados coletados evidencia que, aquele profissional que realiza a assistência à saúde deve ser o mesmo a avaliar a situação e os diagnósticos de saúde do conjunto da população que atende, bem como deve prestar contas aos gestores Secretário de Saúde, Gestor-A1 ou Gestor-A2 sobre como está agindo para suprir as necessidades da população alvo. Da mesma forma, Gestor-A1 e Gestor-A2 relacionam-se com o Secretário de Saúde e o Responsável Técnico quando os problemas do cotidiano da SMS extrapolam a sua capacidade de avaliação e resolução, como, por exemplo, atingem as discussões da saúde na Câmara dos Vereadores e entre as lideranças municipais.

6.1.2 Canguçu: mediadores avaliadores e o reconhecimento das práticas avaliativas enquanto práticas que devem ser compartilhadas

Os gestores entrevistados, que são *avaliadores internos*, relataram suas atividades na Secretaria de Saúde enquanto *práticas avaliativas mediadoras*, pois interligam informações entre diferentes atores na operacionalização da SMS. Mediam as avaliações setoriais e disciplinares dos profissionais da SMS e de outras Secretarias da prefeitura e da esfera estadual, bem como a percepção dos líderes comunitários e demais atores comunitários, sobre a SMS e a saúde da população.

São avaliadores internos mediando as considerações de outros avaliadores, também

internos ou mesmo externos, quanto às necessidades e demandas do sistema de saúde e da população. Associam as avaliações de outros atores à capacidade instalada da SMS, como a disponibilidade de profissionais para atender à população rural, incluindo, assim, novos referenciais para as práticas avaliativas realizadas por outros atores.

Por que aqui, em Canguçu, as coisas, quando acontecem, é tudo muito rápido. Às vezes, nem chegou a equipe na cidade e a gente já está sabendo do que aconteceu lá no interior. Por que os próprios presidentes ligam pra dizer toda história. Então, quando chega a acontecer, já estourou. E aí tu já tens que tratar de resolver na mesma hora, quando acontece. É muito rápido [risos] (Gestor-B3).

A própria equipe profissional que me traz as situações encontradas, e aí a gente vai à busca muita vezes daquilo que a população tá necessitando e vai atrás e tenta resolver. E nesse sentido que a gente vai se planejando (Gestor-B1).

Pode-se afirmar, a partir das falas de Gestor-B3 e Gestor-B2, que os gestores atuam por demanda, com informações indiretas, com relatos de outros coordenadores da SMS, presidentes de associações comunitárias rurais e também relatos de usuários. Em outros momentos, no entanto, os gestores identificam a necessidade de focar em práticas cotidianas de monitoramento e avaliação do sistema de saúde, como foi no caso da revisão e controle de medicamentos.

Os avaliadores internos também se preocupam de outras práticas avaliativas programáticas, como o PMS e os Relatórios de Gestão. Para esses casos, não foram identificados demais tipos de avaliadores, somente instrumentos que são neles incluídos e que nos induzem a pensar em outros avaliadores na causa municipal da saúde e gestão da saúde – planilhas elaboradas a partir da esfera Estadual e apresentação da inserção municipal em programas financiados pelo Ministério da Saúde.

Para um componente da equipe gestora, a inclusão dos dados municipais nos relatórios de gestão são muito simples, tendo em vista que as tabelas já vêm em planilhas predefinidas pela Secretaria Estadual da Saúde (Obs.Can.03). Desta forma, com as planilhas Estaduais apresentadas no Relatório de Gestão e a adesão aos programas federais, as práticas de avaliação também são instigadas por *avaliadores externo à realidade municipal e da SMS*. Isto ocorre de forma intergestora e intersetorial, pelas esferas de gestão da saúde externas ao município e mesmo não restritas ao setor saúde. Para este caso, Gestor-A1 cita um programa estadual que algumas secretarias do município aderiram, incluindo a SMS.

Também foram citados projetos de natureza multiprofissional na SMS. Esses, significam a atuação de outros atores da SMS na avaliação em saúde, *avaliadores internos à realidade da SMS*, e dizem respeito desde a estrutura necessária a atender à população rural.

[...] Então, pudesse eu ter profissionais suficientes pra ir para as escolas, pra ir para as populações rurais, pra e pra, não é? Número de equipes e de profissionais que a

gente tem, até um projeto de interiorização feito pela assistente social até pela Laura, mais a Larissa que é uma psicóloga lá do CAPS, que antes trabalhava aqui na Secretaria (Gestor-B1).

A mediação dos gestores nas práticas avaliativas também está ligada às demandas expressas pelos avaliadores das comunidades rurais, que são os *avaliadores internos à realidade da SMS*, incorporados a ela a partir do reconhecimento da gestão municipal quanto à proximidade e conhecimento que têm das localidades rurais que pertencem. Eles auxiliam a SMS na identificação das localidades e respectivas necessidades de saúde de seus moradores, ao mesmo tempo em que afirmam seus direitos de acesso e qualidade de atenção no SUS.

Gestor-B2 e Gestor-B3 entendem que há a formalização do vínculo entre os presidentes dessas associações das comunidades rurais e a SMS, uma vez que as Associações são instituições com atribuições legalizadas e registradas e que, para os presidentes das Associações, está clara essa condição de mediador entre a população das localidades que integram e a SMS (com os gestores e/ou profissionais assistenciais que atendem à comunidade) (Obs.Can.06).

O reconhecimento destes avaliadores pela SMS, com interesses que não àqueles expressos por ela e ao mesmo tempo com conhecimento limitado quanto as suas dificuldades, também apontam para momentos de crise na relação entre ambos. Gestor-B3 e Gestor-B2 afirmaram que têm que “filtrar” as informações que são trazidas pelos presidentes das Associações. Para estes, em algumas comunidades os presidentes tentam “coordenar”, no sentido de decidir e criterizar a organização do atendimento médico, o que conflita com a não aceitação dos médicos quanto essa prática. Os médicos, por sua vez, não querem ir às comunidades onde isso acontece, se recusando a atender em tais localidades (Obs.Can.06).

Percebe-se que, ao mesmo tempo em que a gestão da SMS tenta seguir uma justificativa das decisões de organização dos serviços pelo saber técnico da área da saúde e outras afins, ela também tenta manter estes líderes comunitários sob a sua governabilidade quanto aos descontentamentos com a atenção prestada pela SMS à população rural. Essa relação pode ser compreendida pela afirmação de Gestor-B2, de que a população rural movimenta a economia do município, pois é a maior parte da população e está constantemente na zona urbana da cidade por todos os bens de consumo e serviços fundamentais estarem na zona urbana – farmácias, bancos, lojas diversas, serviços de saúde, sindicatos, etc.

Gestor-B1, B2 e B3 são os maiores responsáveis pela articulação entre as condições e interesses da SMS e da população assistida. Os demais integrantes da equipe gestora não se intitulam como responsáveis pela atuação conjunta com os líderes comunitários rurais. É

papel dos gestores entrevistados, em especial Gestor-B2 e Gestor-A, agregar as informações que todos os demais *avaliadores internos à realidade do município e/ou da SMS* trazem, sejam eles os profissionais assistenciais, a população ou profissionais que atuam nos SIS, como no HiperDia, e praticar a mediação das práticas avaliativas (Obs.Can.06). Também é exercida por ele a mediação das relações entre a SMS e demais Secretarias Municipais e entes federados do SUS.

6.2 TIPOLOGIA DAS PRÁTICAS AVALIATIVAS EM SAÚDE NA ESFERA MUNICIPAL DO SUS

Os tipos de práticas avaliativas identificadas caracterizam as necessidades locais de organizar o trabalho como parte do exercício da gestão. Dos cinco tipos de avaliação descritos por Vieira-da-Silva (2005), características de quatro deles foram identificadas neste estudo de caso. Elas são: A) *Avaliação Cotidiana*; B) *Avaliação Pontual*; C) *Monitoramento*; e D) *Avaliação Normativa*. Nenhuma pesquisa avaliativa foi relatada e nem observada no período da coleta de dados.

Nesta categoria, foram descritas e identificadas práticas avaliativas compreendidas enquanto a operacionalização em ato de uma avaliação. Enquanto síntese, as práticas avaliativas identificadas e os atores que as efetivaram estão descritos no quadro a seguir (QUADRO 4).

Quadro 4 – Práticas avaliativas em saúde na gestão local do SUS em Camaquã e Canguçu, Rio Grande do Sul.

TIPOS DE PRÁTICAS AVALIATIVAS	MOTIVOS DE AVALIAÇÃO	AGENTES AVALIADORES	
		CAMAQUÃ/RS	CANGUÇU/RS
COTIDIANAS	Níveis de saúde e doença em determinados grupos populacionais;	- Gestão municipal - População	- Gestão municipal - População
	Verificar a eficácia de serviços e ações;	- Gestão municipal - População	- Gestão municipal
	Satisfação de usuários e profissionais;	- Gestão municipal - população - ACS	- Gestão municipal - Profissionais assistenciais
	Regulação normativa e legal	- Gestão municipal - Órgão controlador externo – Tribunal de Contas.	
	Verificar a eficácia do modelo technoassistencial		- Gestão municipal - Profissionais assistenciais - Coordenações da SMS.
PONTUAIS	Regulação normativa	- Gestão municipal	- Gestão municipal
	Níveis de saúde e doença em determinados grupos populacionais;	- Gestão municipal (PMS)	
	Verificar a eficácia de serviços e ações;	- Gestão municipal (PMS)	- Gestão municipal
MONITORAMENTO	Verificar a eficácia de serviços e ações;	- Gestão municipal	- Coordenadores da SMS.
	Regulação dos recursos orçamentário da SMS	- Gestão municipal	
	Regulação da assistência farmacêutica	- Gestão Municipal	- Gestão municipal
NORMATIVAS	Níveis de saúde e doença em determinados grupos populacionais;	- Gestão municipal - SUS Estadual – CRS	- Gestão Estadual - Gestão municipal (PMS e Relatórios de Gestão)
	Verificar a eficácia de serviços e ações;	- Gestão municipal	- Gestão municipal

Fonte: Direta. A pesquisadora. 2010.

6.2.1 Tipos de práticas avaliativas para o caso de Camaquã/RS

Enquanto práticas avaliativas em saúde para a gestão municipal do SUS, Camaquã envolve uma diversidade de agentes avaliadores, como descritos, e assume formas distintas de avaliar. Entre os tipos de práticas avaliativas caracterizadas acima, neste caso elas aparecem enquanto: práticas cotidianas demandadas pela população e pelos profissionais assistenciais e de gestão; práticas pontuais estimuladas por demandas específicas de agentes externos;

práticas programáticas emergentes de necessidades internas à realidade da gestão municipal e práticas permanentes estimuladas a partir de atores externos.

Evidencia-se uma realidade multifacetada, ampliada a partir das demandas internas e externas que dividem a atenção dos gestores municipais. Essas demandas e respectivos focos de ação são divididas conforme a responsabilidade dos gestores nos seus locais de atuação. Gestores administrativos estão atentos às demandas externas de organização do sistema, incluindo a disponibilidade de ações e serviços, enquanto que gestores “técnicos da saúde” estão atentos ao cumprimento de programas de políticas públicas, envio de dados e informações e avaliação da situação de saúde e suprimento de assistência pelos serviços de saúde. Essas práticas são descritas, respectivamente, nos itens que seguem.

6.2.1.1 Avaliação cotidiana: descrição empírico-perceptiva das vivências na cidade por gestores, trabalhadores e usuários

Como “recurso a noções oriundas do senso comum, não sistematizadas de observação e análise e juízos de valor dicotômicos e simplificados” (Vieira-da-Silva, 2005), a avaliação cotidiana inclui o julgamento do profissional de saúde sobre o serviço que atua, a satisfação dos usuários que definem o serviço como bom ou ruim, bem como de outros atores externos à SMS que fazem o mesmo trajeto reflexivo. Como avaliações cotidianas realizadas pelos entrevistados, estes relataram a percepção de que há fatores relacionados a algumas *situações na saúde da população*. Referem-se: 1) à prevalência de cânceres e o uso de agrotóxicos nas lavouras (Gestor-A3); 2) ao aumento das DCNT e o não adesão e seguimento incorreto dos tratamentos medicamentosos e cuidados alimentares (Gestor-A3); 3) ao aumento dos processos de adoecimento e o fim das equipes da Estratégia de Saúde da Família (Gestor-A1); e 4) à necessidade de atenção à população urbana periférica do que à população rural, pela maior vulnerabilidade atual da primeira. Gestor-A3, por exemplo, não têm certeza no sentido do não procedimento de nenhuma investigação específica sobre a situação relatada, mas questiona, apontando uma necessidade iminente à saúde da população.

Eles plantam fumo. Eles trabalham muito com o veneno do fumo. Às vezes eu questiono a nossa água da barragem. A serra toda trabalha com fumo. Durante as chuvas a água entra na barragem, e o fumicultor trabalha com muito inseticida, com muito agrotóxico. E assim ó, nós bebemos agrotóxico! O índice de pacientes com câncer em Camaquã é muito alto. Se questiona até que ponto, como é a nossa água, por que é toda a serra. (Gestor-A3)

Esse tipo de práticas avaliativas também foi relatado por Gestor-A4, integrante do trabalho na SMS, bem como todos os entrevistados relataram demandas extrínsecas que,

impressas na população assistida, mobilizam os gestores a olhar para as suas necessidades. Essa foi a situação de Gestor-A2, que identifica a necessidade de *mudança da marcação de exames e consultas pela dificuldade constante que residentes rurais tinham para acessá-los*, bem como foi a situação de Gestor-A4, abaixo

E na população rural mais problemas psiquiátricos.[...] Muita mulher com depressão, muita mulher. E os homens o alcoolismo né. Aí tem a questão da agressão física, da violência doméstica... [...] Tudo isso. E é um problema bem sério né, e infelizmente a gente tem um número reduzido de atendimento desse tipo de doença. É meio complicado, a gente não consegue encaixar todo mundo. Mesmo que a pessoa queira se tratar é muita procura pra pouco médico, por que a gente não tem quase psiquiatra. (Gestor-A4)

As reuniões com os ACS também trazem essas características das práticas avaliativas, motivadas por demandas populacionais pelo contato que tem com esses profissionais. A *forma como os profissionais assistenciais se relacionam com a população* que assistem é uma preocupação para os ACS.

Os ACS, antes de ser iniciada a reunião formalmente, já trazem demandas da população que atendem. Falam sobre o atendimento dos médicos da SMS, especificamente de uma médica que dizem que muitos pais comentam (e inclusive eles mesmos quando usam o serviço) que medicaliza as crianças sem necessidade. [...] Os ACS trazem que os moradores das comunidades não querem ser atendidos por um médico X, pois referem que ele “julga os modos das pessoas viverem”; nos casos relatados pelos ACS, no momento das consultas o referido médico X julga percepções fisiológicas e corporais (dor de cabeça, p. ex.) com os gastos pessoais dos usuários que atende (você está com dor de cabeça por que está preocupada por que gastou demais, p. ex.), e com as maneiras de vestir e com andar das pessoas (manda as pessoas irem tomar banho, ou então colocar uma roupa decente, etc.) (Obs.Cam.6).

Para Gestor-A3, há uma obviedade na construção deste tipo de apontamentos, tendo em vista a dimensão da vivência cotidiana para a elaboração das práticas avaliativas.

Acho que avaliação em saúde é o que a gente faz todos os dias. É o que a gente... é o que tu faz pra conseguir atender a população, é o que, a maneira como tu corre atrás e como tu planeja e tu executa as ações propostas, as estratégias. E eu acho assim, é a forma como tu determina, é a forma como tu busca resultados, é a forma como tu cobra resultados das unidades em si. (Gestor-A3)

Mesmo essa dimensão cotidiana da avaliação sendo reconhecida pelos entrevistados, Gestor-A2 explicita um motivo que aponta como *limitador da institucionalização de práticas avaliativas na SMS*. Associa a incapacidade no desenvolvimento de algumas ações de avaliação e projetos institucionais na SMS à interferência e sobreposição de demandas pessoais dos profissionais e de relações político-partidárias no setor. Realiza, assim, uma breve avaliação institucional sobre a SMS.

O descontentamento e a necessidade de mudança no olhar sobre o sistema público de saúde também vem dos próprios profissionais e outros atores, não usuários, que exigem reconhecimento em suas situações de saúde e de trabalho e/ou outras mudanças no SUS municipal. As mobilizações são realizadas internamente, mas também externamente, por influência da população e outras forças sociais e políticas que mobilizam a equipe gestora da SMS a olhar para os problemas que apontam. Atentam para a necessidade de reconhecimento das *condições e situações vividas por trabalhadores e demais grupos populacionais no município* por meio de seus porta-vozes (rádio, vereadores, líderes comunitários, etc.).

Gestor-A1 explica que há situações de complexa resolução que não são compreendidas pelos atores externos à SMS. Exemplifica com uma situação onde há a *contratação de serviços* de um prestador privado, mas que a organização dos serviços por parte do prestador visa à economia de recursos, conflitando com as necessidades demandadas e pagas pela SMS.

Não querem atender os que vêm de fora, porque o SUS paga pouco, e os que têm na cidade não tem por que só tem dois. Então, a gente enfrenta esse tipo de coisa. Qualquer coisa que acontece no hospital a culpa é da Secretaria de Saúde. Mas, a Secretaria da Saúde coloca 160 mil mensais. Ninguém vê isso. [...] Tomografia hoje a gente tem, tem que levar lá para Porto Alegre. Se tem aqui, mas tem (com) desconto, tem desconto de 20 reais. (Por) que não vale apenas colocar aqui. Então, as pessoas querem, vão para a rádio, só que a gente (SMS) não tem estrutura ainda para bancar uma tomografia. (Gestor-A1)

Conforme relatado por Gestor-A1, há a explicitação midiática local dos problemas da SMS. A partir do reconhecimento destes problemas pela equipe de gestão, foram iniciados processos importantes para a *modificação de algumas práticas organizacionais* na SMS.

Nós estamos marcando exames todos os dias da 13h30min às cinco. Fila que tem? 40 pessoas, 30 pessoas. 50 pessoas, 20 pessoas. Acabou a fila. Ai [antes] vinha à rádio para ai, “por que o SUS é isso ai, é isso ai, é só fila. Porque o SUS é isso ai, é só fila. Porque pagam pouco, por isso as pessoas têm que ficar aí.” Porque aí, a uma e meia da manhã ele vinha para a fila, né. [...] Por que as pessoas têm que vir de casa uma e meia da manhã, ficar ai no frio, no inverno, na chuva, passando por isso daí. Ai vinha duas rádios ai, mais... (Gestor-A1)

Esse tipo de pressão externa faz com que os gestores revejam a sua atuação e tentem se adequar às demandas incitadas por outros representantes da população. Gestor-A2 admite que há um trabalho de mediador avaliador das possibilidades de mudanças organizacionais demandadas externamente à SMS. Assim, os gestores avaliam previamente as suas possibilidades conforme os recursos materiais e de trabalhadores disponíveis e conforme a posição do demandante (população, rádios, câmara dos vereadores, órgãos avaliadores e controladores externos, categorias profissionais, etc.).

[...] Embora, como é que eu vou te dizer, embora tenha ampliado, na população rural, tenha ampliado muito o número de locais de atendimento, e consultas. Embora sejam coisas assim que, como é que eu vou te dizer... “vamos colocar uma unidade

de atendimento lá uma vez por semana ou quinzenal, lá em determinado bairro.” Às vezes, até por uma solicitação de um determinado candidato a vereador ou vereadora, “ó, lá precisa porque a população é assim e assim, fica distante.” “E tudo bem, vamos colocar.” Então, se passa a ter aquele atendimento lá. [...] E se não levar a frente, digamos assim, aí é pior, porque realmente, aí existe acomodação, as coisas, as estruturas vão se acomodando. Tem que haver, de certa forma, uma pressão daqui ou dali. É a área acadêmica pressionando de um lado, é a própria população que pressiona de outro, enfim. [...] Quem sabe aí, de 1% ao ano vão mudando, né. (Gestor-A2)

Esta categoria, da avaliação cotidiana, evidencia que há um *composée* de atores para o direcionamento executivo das ações e estrutura da SMS. Os entrevistados reconhecem essa realidade vivida e demonstram trabalhar na perspectiva de apresentar soluções às demandas apontadas. Como prática, as avaliações pontuais complementam as práticas avaliativas com características de avaliação pontual, com o diferencial de que houve a resolução do problema na SMS e em outras relações de poder.

6.2.1.2 Ou oito ou oitenta: Avaliação pontual como análise emergencial e como cumprimento normativo

Esta categoria está relacionada a uma dificuldade encontrada na condução da SMS e que já foi descrita na categoria “Estrutura de gestão e atuação na SMS”. Refere-se a uma situação em curso quando da coleta de dados no município – em ato.

Lembra-se que uma avaliação pontual é aquela que “parte de uma avaliação específica com tempo de realização delimitado”. A prática avaliativa identificada no período da observação em campo e também relatada pelos entrevistados, contempla essa perspectiva. Foi realizada para suprir uma demanda de *regulação legal* apontada pelo Tribunal de Contas.

Foi ele que apontou. Ele é o órgão máximo. Então, quer dizer, se o prefeito em 90 dias não baixar 54.3 que tá hoje para 51.3 é aberto um processo administrativo de cassação por improbidade administrativa. [...] Em dezembro, eles vem apontando. Em dezembro ele disse, “olha, o PACS e os PSF a partir de janeiro têm que entrar no índice da folha”. E os dois entraram. (Gestor-A1)

As demandas eram: inclusão dos profissionais assistenciais da Estratégia de Saúde da Família no Índice da Folha de Pagamentos com servidores públicos e o respeito à Lei de Responsabilidade Fiscal. O atendimento às demandas influenciou a estrutura organizacional da SMS na ABS, pois a escolha vista pela equipe de gestão como viável para estes impasses foi a desestruturação do atendimento no modelo da Estratégia de Saúde da Família, com demissões dos Agentes Comunitários de Saúde.

[...] Eu quero te dizer assim ó, que a gente teve que demitir os agentes porque a única maneira de tu manter os agentes era pelo Índice da Folha. Se eu fizer por RPA, como agora a gente vai pagar os médicos, os enfermeiros e as técnicas, eu não tenho legalizado no plano de carreira o cargo de agente comunitário ou agente de saúde. Então eu não tenho como pagar eles. Eu não tenho um meio legal que me ampare e

me diga que eu posso pagar. Porque eles não estão no nosso plano de carreira. [...] Eu não tenho um cargo ou uma função que eles se encaixam para fazer o trabalho que vinham fazendo, tu entendeu? O PACS não se mexeu porque o PACS continua no índice da folha. Porque se representa uma fatia bem menor... [...] Então, o impacto, bom, “Se supriu o índice que se precisa, beleza! Não supriu? Ai PACS vai entrar. Momentaneamente foi só os PSF, os agentes dos PSF. (Gestor-A1)

O que deu para perceber, com essa escolha de mexer com o PSF e PACS, é que, como esses “programas” foram idéia do Governo Federal, e não como uma iniciativa surgida no município, eles serão postos em segundo plano pela SMS na escolha de “onde cortar” gastos (Obs.Cam.4).

Com a reunião realizada, a SMS analisou o caso e disponibilizou respostas à população assistida. Essa análise, vista aqui como prática avaliativa na gestão em saúde, considera um espectro de possibilidades e fatores que identifica como potenciais para auxiliar na resposta ao problema.

Houve uma reunião entre Gestor-A1, Secretário de Saúde e o Responsável Técnico da Saúde da SMS – O assunto foi justamente o corte dos PSFs e PACS no município. Há uma discussão a portas fechadas na sala do Secretário, mas não houve a inclusão dos outros gestores nesse momento (Obs.Cam.04).

Não, olha, sexta-feira eu saí, nós entramos duas da tarde saímos às cinco horas da tarde para poder convencer, e eu passei a manha toda fazendo número e conta daqui, conta dali, conta daqui, fui no setor pessoal, voltei conta, conta e conta, e aí né, porque tinha chegado o prefeito dizendo tudo. [...] Olha, nós podemos manter por isso, o índice vai cair para tanto, né. Nós temos como marcar, nossa folha comporta, assim e assim, assim e assim. Os PSF já não tinha mais saída, já não tinha mais alternativa, então eu deixei rolar. O que eu podia e tentei e consegui foi segurar o PACS. (Gestor-A1)

Gestor-A3, Gestor-A2 e Gestor-A4, mesmo integrando a equipe responsável pela ABS, PACS e de outras estratégias assistenciais componentes da SMS, não foram convocados a participar da reunião entre os demais gestores e discutir os problemas relacionados as suas áreas de atuação. Por fim, as escolhas da SMS seriam informadas por meio de rádios comunitárias e na Câmara de Vereadores do município, bem como na participação do Secretário de Saúde em reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde.

Tínhamos que arrumar uma maneira de diminuir, mas de continuar atendendo, mesmo que com precariedade. Então foi a maneira que tentamos, e conseguimos. E ontem não foi o final, por que ainda temos que ir na Câmara,... e eu disse ó, eu não vou ir, vai ser ele que vai ir. Vai ser avisado na Rádio Camaquãense ó. [...] É explicar na frente pra todos os vereadores, tinha assessores, tinha rádio, tinha o diabo a quadro lá, né, querendo mais explicações do Secretário, e nós dizemos que não íamos dar explicações, a não ser na Rádio né. (Gestor-A1)

Para GA2, essa foi a saída mais sensata para reduzir o impacto causado pela diminuição do quadro de pessoal que atende à população (se fica sem ACS e sem atendimentos por estes profissionais, mas não pode-se ficar sem as consultas médicas, por exemplo) (Obs.Cam.4).

Em situações como esta Gestor-A1 afirma que tem a necessidade de voltar o olhar somente para a situação emergencial, mesmo reconhecendo a importância de monitoramento de todas as diversas atuações na gestão da SMS. Assim, esse tipo de avaliação mobiliza o exercício reflexivo sobre um cenário prospectivo que considere algumas modificações previstas na estrutura das equipes de saúde, acompanhadas da saída dos ACS.

A expectativa, conforme Gestor-A1, é que a demanda aumente consideravelmente nos postos de saúde centrais do município. A alternativa vista pela equipe gestora da SMS é remanejar alguns funcionários profissionais de saúde de postos com PSF para os postos centrais e sem PSF, de forma a complementar o atendimento nestes (Obs.Cam.03).

Como o Plano de Carreira dos Servidores Municipais, o Plano Municipal de Saúde é um documento realizado para ser seguido pela gestão municipal enquanto política executiva na área da saúde. Da mesma forma que esta situação pontual e emergencial apresentada acima, a elaboração do PMS foi realizado em um momento não emergencial, mas mesmo assim pontual. Por sua característica, o PMS pode ser considerado também uma avaliação com características de somativa (etapa final da normativa).

Em Camaquã, o período de elaboração do PMS significa um período de esporádico de reflexão sobre a prática gestora e a situação de saúde da população motivado por uma demanda externa – troca de gestão. Essa foi a justificativa para a não elaboração dos dois últimos PMS, referentes aos triênios 2005-2008 e 2008-2011, mesmo o objetivo do referido plano municipal sendo o de “orientar as políticas e ações de saúde, priorizando a prevenção de doenças” (CANGUÇU, 2005).

De forma inversa, as práticas avaliativas caracterizadas como monitoramentos remetem a situações que precisam ser acompanhadas ao longo do tempo, como a alocação de recursos públicos a prestadores privados e o desenvolvimento das ações contratadas, e são descritas a seguir.

6.2.1.3 Práticas de Monitoramento: regulação do prestador privado e de aplicação orçamentária na SMS

Para o presente caso, a avaliação do tipo monitoramento foi identificada no que se refere ao prestador privado, regulado para o cumprimento do contrato de prestação de serviços ao SUS. Nesta análise da execução de serviços de saúde há um conjunto de informações específicas que o gestor acompanha. Para este caso, trata-se do contrato de prestação de serviços com um hospital local e com laboratórios de análises clínicas.

Sim. Hoje não deu, vem amanhã. E o que é para os laboratórios? Bom, a gente pede né, e pede, nós escolhemos daqui. Por que, eu e Gestor-A2, nós pegamos uma semana e pegamos seis, sete pessoas e ligamos para saber: “Ó o senhor marcou tal dia, né? É. Pra quando o laboratório? Quando o senhor foi no laboratório? Para

quando o laboratório marcou? A gente pede, orienta os laboratórios que marquem os exames dentro do mês. [...] “Ah ele marcou para o dia tal.” “A não era só uma informação.” Pronto. Ligamos para outro. E assim nós vamos para mostrar se realmente eles estão cumprindo o que foi acertado. (Gestor-A1)

A SMS tenta acompanhar os serviços contratados e a sua produtividade geral em serviços e ações. Assim, tenta identificar falhas na prestação dos serviços contratados, compreendê-las e minimizá-las, como no caso do hospital contratado, que tem resistência na atenção à saúde pelo SUS, mesmo sendo pago para isso.

E hoje se tem, e vou voltar, vou te dizer uma coisa que agora não tem nada a ver, mas hoje a gente presta, a gente hoje repassa para o hospital de Camaquã 160 mil reais mensais. E hoje, a grade do hospital tem dois furos: terça e quinta a parte da tarde não têm plantonista, que seriam obstetras, por que ninguém quer atender. E os dois que se tem não têm disponibilidade. [...] Não querem atender os que vêm de fora, porque o SUS paga pouco, e os que tem na cidade não tem por que só tem dois. Então, a gente enfrenta esse tipo de coisa. Qualquer coisa que acontece no hospital a culpa é da Secretaria de Saúde. Mas, a Secretaria da Saúde coloca 160 mil mensais. Ninguém vê isso. (Gestor-A1)

As realidades identificadas nas práticas de monitoramento podem direcionar as ações futuras da SMS e justificar as necessidades de aplicação de recursos financeiros ao setor. Neste caso, Gestor-A1 relata ter que saber sobre todos os investimentos e custos executados na SMS para poder justificá-los diante das demais Secretarias e prefeito.

O foco é, com a disponibilidade de 15% do orçamento municipal, mais o orçamento repassado pela SES e MS à SMS, suprir as necessidades em consultas e exames. Nesta afirmação Gestor-A1 constata a priorização na organização da atenção do sistema municipal de saúde para o *atendimento às demandas da população traduzidas pelos atendimentos com profissionais médicos – consultas e exames especializados*.

A gente prioriza sempre o quê? O atendimento a consultas e exames. E, por exemplo, consultas e exames e alguma urgência de uma tomografia, de um raio X (Gestor-A1).

A fala é de quem realiza a organização de todo o orçamento da SMS, e o relato é de que os programas lançados pelo MS e SES são sempre acompanhados de contrapartidas, além dos comprometimentos financeiros já relatados com os contratos com prestadores privados. Esta, então, é a composição do gerenciamento dos recursos públicos de saúde em uma SMS.

Mesmo com essa perspectiva cotidiana de *gestão administrativa-orçamentária* na SMS, a utilização de dados e informações como apoio à tomada de decisão nem sempre é possível. Gestor-A1 revela que também conta com a sorte para a alocação dos recursos, se voltando a estratégias como a influência da sazonalidade e o aumento preventivo de teto para determinados recursos quando não tem bases reais que justificam as aplicações.

[...] Mesmo que se busca os dados de números eu busco os dados sazonais também. [...] Sabe, é o início do ‘tiro no escuro’. Ai o que acontece? O que eu faço? E graças a Deus sempre dá. Eu boto uma margem sempre de 25% a mais, quando eu tenho um problema sazonal. Ou quando o clima foi bom teve umas semanas de chuva e sol, tranqüilo, X. [...] Então eu sempre uso uma margem de abrangência. Pra quê? Pra mim ter parâmetros pra mim, bom... (Gestor-A1).

Neste caso, as práticas avaliativas de monitoramento estão atreladas ao controle orçamentário da SMS. Não foi referido pelos entrevistados ou observado em campo o uso dos relatórios de gestão para o acompanhamento e monitoramento de políticas e programas de saúde aderidos pela SMS, o que reforça a sua utilização pontual.

6.2.1.4 Práticas Avaliativas Normativas: condicionamentos da gestão descendente na rotina da gestão municipal do SUS

As práticas avaliativas com características de avaliações normativas relatadas por Gestor-A3 e Gestor-A4 são aquelas realizadas pela *exigência de programas de políticas públicas específicas* (p. ex. pré-natal, Hiperdia, saúde do trabalhador). Preveem tanto a avaliação formativa (para o acompanhamento do desenvolvimento do programa) como a somativa (realizada ao final do programa, apresentando resultados e realizando a prestação de contas).

Para Gestor-A3, todas as práticas avaliativas executadas fazem parte da dimensão técnica da atenção à saúde, com pré-determinações do gestor municipal. São, portanto, práticas normativas *a priori*.

E aí a gente trabalha dentro do que é preconizado pelo município, do que é preconizado pelo gestor né, do número X de atendimentos, do numero do... Trabalha já com uma estrutura pré-instituída (Gestor-A3). Tanto municipal quanto... Eu acho que é programada do município, mas se adequando às exigências do Estado e da federação (Gestor-A3)

Gestor-A3 reforça que há uma direção única – municipal – no sistema de saúde, mas em conformidade com as demais esferas gestoras. Como coordenação, a sua função é exigir e monitorar a *realização das ações pelas unidades*, que periodicamente têm que lhe prestar contas. Por isso, Gestor-A3 incorpora a figura do gestor municipal quanto ao cumprimento das pactuações entre as esferas de gestão do SUS.

[...] Vou te dizer o que eu faço aqui dentro. Nós temos programas a ser seguidos, nós temos dados a serem passados, informações a serem investigadas. É mais isso que nós trabalhamos, com a natalidade, com a mortalidade, com os indicadores sentinela, com os programas em si, aqui. E o que a gente faz? Eu gerencio e delego funções pra que as unidades possam trabalhar em cima dos programas. E os resultados dessas, assim ó, tem que chegar até mim, por que eu preciso passar adiante. Mediante a qualquer dificuldade encontrada nas unidades as dificuldades vêm até mim e... (Gestor-A3)

Gestor-A3 afirma que há uma diversidade de pactuações realizadas e que devem ser seguidas pela SMS, como o *acompanhamento das gestantes e puérperas utilizando o SIS Pré-Natal, e das mulheres entre 20 e 59 anos pela coletas de exames citopatológicos*. Da mesma forma, Gestor-A4 segue programas específicos para a coordenação do atendimento à população sob sua responsabilidade. Relata que há uma atenção maior com estes dados tendo em vista que devem seguir um fluxo para a esfera Estadual na 2ª CRS.

[...], o que a gente faz, até o que segue pelas fichas que a gente tem, pelo SIAB, é o que a gente... o que é preconizado assim, é o número de hipertensos e diabéticos. [...] É o que a gente tem que passar pra 2ª [CRS]. Sempre vai nos relatórios mensal e, o total também dá lá o número total de diabéticos e hipertensos. (Gestor-A4)

Relata também o acompanhamento das gestantes rurais como uma de suas atividades de *monitoramento das condições de saúde da população assistida*. Essas práticas avaliativas com características de avaliação normativa são predominantemente formativas, uma vez que focam prioritariamente práticas avaliativas ao longo da coleta de dados de programas, realizando o monitoramento de como está sendo executado pela equipe assistencial.

Nota-se, aqui, que as práticas avaliativas realizadas por Gestor-A1 e Gestor-A2 não focou em características de avaliação normativa. A hipótese desta constatação é que o tipo de avaliação de relaciona aos cargos ocupados por estes quatro atores na gestão, sendo Gestor-A3 e Gestor-A4 ocupando cargos que se situam na dimensão “técnica da saúde”, e Gestor-A1 e Gestor-A2 cargos que se situam na dimensão administrativa da gestão da SMS. Há, neste caso, uma separação quanto aos saberes na gestão da SMS.

Assim são tratados o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão. Componentes dos instrumentos de avaliação dos gestores, a utilização destes dois documentos não foi observada, mas referida pelo Gestor-A2 que a elaboração dos Relatórios de Gestão é uma de suas atribuições na gestão da SMS.

Nestes casos, os relatórios de Gestão e o PMS são tratados como atividades pontuais, não como norteadoras da execução do trabalho em saúde, e assim não foram observados. Há momentos em que as práticas avaliativas com formato de avaliações pontuais emergem, como se caracterizou a relação dos gestores entrevistados com os documentos de monitoramento e de avaliação da SMS – PMS, e RG e como também aconteceu com uma situação específica da ESF e dos ACS no período da coleta de dados.

6.2.1.5 “Te faltam”: dificuldades de acesso ao rural, escassez de recursos e falta de apoio técnico gestor

Gestor-A3 relata a primeira situação, de escassez de recursos para realizar plenamente as investigações epidemiológicas, como para os casos de leptospirose e de Doença de Chagas, que considera uma ação de avaliação. Relata que *há falta de recursos de toda a espécie, materiais e humanos*, e também relata a dificuldade maior quando essa investigação se relaciona a residentes rurais, pois o *acesso é um fator limitante* para a equipe de saúde.

[...] eu acho que muita coisa ainda poderia ser feita pela população, principalmente pela população rural, por que trabalhos onde te faltam recursos, né. Tanto recursos financeiros, recursos materiais. Te faltam,... [...] a gente pega muitos casos de leptospirose em Camaquã. Te digo isso, principalmente quando o pessoal vai limpar as estufas de fumo pra começar a condicionar o fumo da nova colheita. [...] Nós pegamos pacientes, com uma descoberta aleatória, de alguns casos de Chagas positivo. [...] Onde tu não tem carro, onde tu não tem motorista, onde é longe... [...] O acesso é difícil. Por que às vezes tu tem um paciente que é lá no Cerro Negro, que é divisa com São Jerônimo. Aí o outro tu vai ter lá na Aguada, ou na Ilha Santo Antônio, que entre um e outro dá uma distância de 100km, ou mais. Então, daí assim, uma coisa que tu não consegue as vezes fazer no mesmo dia, por que além de ser longe o acesso é difícil, a estrada é ruim. O acesso até as pessoas é difícil por que se chover tu não consegue chegar. Então é uma série de estrutura, de coisas que dificultam o trabalho [...] (Gestor-A3).

A dificuldade de acesso às moradias e outros locais de vivências dos residentes rurais é fator agravante, pois, além da dificuldade com os profissionais, o tempo de deslocamento exige a limitação de atuar com um número menor de casos durante um dia/por equipe. Gestor-A4 afirma que não há carro exclusivo para o PACS, mesmo este Programa sendo integralmente voltado à população rural e estar localizado na sede da SMS, no centro urbano da cidade. Afirma

[...] todas as unidades o maior problema é o problema de locomoção mesmo né, mas isso daí não é uma coisa de agora. Isso é de sempre porque faltam carros mesmo. Ninguém tá se negando a te levar, não é nada disso sabe. Teria que ter um número de... pela quantidade de enfermeiras também, né, nas unidades e tudo, cada dia é uma unidade com o carro né. Então isso é uma coisa que é uma barreira pra nós, é uma dificuldade que tomara que melhora né. Tem que ter... (Gestor-A4).

Da mesma forma, os residentes rurais com atenção à saúde iniciada, como os trabalhadores rurais acidentados por picadas de cobras e outras formas agudas de adoecimento comuns no meio rural, são de difícil acompanhamento pela equipe de saúde. Gestor-A3 refere-se à baixa cobertura de sinal telefônico que impossibilita a rastreabilidade dos usuários dos serviços nas localidades rurais. Os moradores não retornam para as equipes com informações sobre seu estado de saúde, o que gera a falta de continuidade do acompanhamento.

O acesso à informação também é dificultado ao nível centralizado, pelas ineficiências temporais dos sistemas informatizados das demais esferas de gestão. Gestor-A2 relata que há

dificuldades com os dados encaminhados à instância Estadual do SUS no RS. Além de demorados, os dados coletados no sistema DATASUS nem sempre condizem com o que realmente foi produzido no município.

Gestor-A2 disse ser responsável pelos relatórios semestrais da gestão de ações e pelo preenchimento das planilhas disponibilizadas pela SES para esse fim. Reclama que os campos de preenchimento são incoerentes (na situação relatada, a planilha veio com o campo de preenchimento com 2009/1 e ANO, mas sem 2009/2. Ele disse que não pode alterar a planilha, e que erros como esse dificultam o seu trabalho e entendimento sobre os dados informados (Obs.Cam.4).

Gestor-A2 relata que *não há capacitação realizada pelas equipes de apoio do Estado para a equipe da SMS*, restando à esfera municipal deliberar e atuar com o que têm e conhece sobre as práticas avaliativas na gestão. Reconhece também que um gerador de dificuldades nas práticas avaliativas para a população em estudo é a *rotatividade de profissionais* no PACS, incluindo Agentes Comunitários de Saúde, mas principalmente da própria coordenação do Programa.

Para Gestor-A2, essa rotatividade tem conseqüências atuais, em não se ter um planejamento em longo prazo para a atenção a esta população. Gestor-A4 afirma que, como as comunidades são muito grandes e distantes, demora tempo para se conhecer e realizar um diagnóstico local e que ainda não teve esse tempo para fazer tudo isso, corroborando com a fala de Gestor-A2.

Gestor-A2 relata que as conseqüências dessa *rotatividade incluem a baixa confiabilidade* para o trabalho conjunto entre coordenação do Programa e a sua equipe de ACS. Essa instabilidade se reflete de forma generalizada na SMS, nos cargos de gestão, pois são permeados por trocas políticas e não necessariamente a favor da capacidade técnica para o planejamento e avaliação em saúde.

6.2.2 Tipos de práticas avaliativas para o caso de Canguçu/RS

A realidade das práticas avaliativas na SMS pesquisada mostra o predomínio de práticas avaliativas com características de avaliação cotidiana, ou seja, sem rigorosidade metodológica, não programada e perceptiva. Outras práticas avaliativas estão relacionadas às necessidades pontuais de avaliação, como práticas normativas e de monitoramento.

6.2.2.1 Identificação das necessidades na vivência cotidiana: a ineficiência do modelo de gestão e o papel dos mediadores rurais na SMS

Todas as falas de Gestor-B1, Gestor-B2 e Gestor-B3 referem-se a vivências no cotidiano da SMS, cada um a partir do olhar que a posição na gestão da SMS lhe permite. Gestor-B1 refere-se aos motivos das *dificuldades de modificar o modelo de atenção á saúde* para um enfoque da prevenção e da promoção à saúde, com unidades básica de saúde do tipo Estratégia de Saúde da Família em toda a extensão municipal, urbana e rural. No município, a atenção à saúde é predominantemente curativista, baseado no Pronto-Atendimento (PA), como estabelecimento norteador da SMS, e em consultórios particulares espalhados pelo território urbano.

Ainda estamos trabalhando pela uma, vamos dizer assim, por uma demanda histórica, por uma cultura da população. Continuamos ainda com a maior parte, uma percentagem maior, vamos dizer assim, 70, 80% ainda trabalhando em cima da medicina curativista. Que não é o ideal para mim... [...] (Gestor-B1).

Entre os motivos apontados estão a construção social do Pronto-Atendimento como lugar predominante de atenção à saúde do Público para a população. Segundo integrante da equipe gestora, o sistema municipal de saúde de Canguçu atende moradores de municípios vizinhos (como Morro Redondo, Cerrito, Piratini e outros no entorno), pois estes “se acostumaram com a disponibilidade do serviço de PA perto” de seus municípios de origem. Relata, ainda, que o serviço de PA foi o foco da SMS até o momento, e que a maioria das verbas da saúde na SMS é direcionada ao PA e ao hospital, que também é uma importante referência assistencial na região (Obs.Can.4).

Pelos motivos expostos acima, Canguçu acaba sendo referência para aos munícipes vizinhos e, além da regionalização pelo PDR, outra contribuição para o fortalecimento da referência assistencial a Canguçu a posição geográfica. As barreiras geográficas auxiliam a moldar as escolhas dos usuários que utilizam o SUS (Obs.Can.2).

Outro motivo é relatado por integrante da equipe assistencial, afirmando que este enfoque da Saúde Pública municipal, voltado ao PA como principal porta de entrada ao sistema de saúde, é um problema causado pelo clientelismo político que norteia a oferta de serviços de saúde no município. O profissional de saúde afirma que a “mentalidade” (concepções) da população do município ajuda que esse tipo de atendimentos se perpetue ao longo do tempo, como na prioridade da exodontia e na indução medicamentosa a cada atendimento prestado.

Na prática, isso significa que: “se a pessoa vai ao médico e não sai de lá com uma receita ou um remédio, ou se vai ao dentista que não arranca o dente, esses são ruins, esses

não merecem estar atuando ali” (Obs.Can.2). A organização estrutural da ABS fortalece esse modelo e Gestor-B1 corrobora com esta afirmação.

[...] Eles querem uma receita, até mesmo chegam a dizer que querem um antibiótico, entendeu? Então, é difícil tu trabalhar. Então, não é com uma intervenção, ou duas por ano que tu vai conseguir convencer essa população. [...] E eles infelizmente, eles, como esse atendimento de quinze a quinze dias [no rural], eles infelizmente acabam retornando pra cidade, muitas vezes, em busca do atendimento porque naquele dia que foi a o atendimento lá fora, não foi o dia que eles precisavam. (Gestor-B1)

A periodicidade dos atendimentos no rural agrava ainda mais a situação da sua população e as demandas à sede da SMS. Alguns usuários, residentes rurais, quando da solicitação de outras demandas assistenciais para os gestores, relatam que executam tratamentos há anos sem novas avaliações médicas para a sua continuidade.

[...] Tem, a gente recebe às vezes, chega a ser absurdo, mas esses tempos eu recebi um paciente que ele queria encaminhar uma documentação pra poder seguir recebendo aquela medicação pelo estado né, então comecei a conversar pra vê se fazia muito tempo que ele estava tomando. E ele fazia quase 20 anos que ele tomava aquela medicação e a quase 20 anos ele já não tinha ido mais no médico pra vê se ele tinha que seguir tomando ou não. Ai questionei, expliquei. O que ele me disse? E ele era um paciente aqui de fora, do interior. E ele me disse que ele precisa daquela medicação por que se não ele fica muito agitado e não consegue dormir. Eu digo, tá, mas tu faz algum acompanhamento pra ver se precisa aumentar a dose ou diminuir, com o médico? "Não depois que eu fui, eu me acertei e não precisei mais ir" (Gestor-B2).

Neste cenário, a inexistência de regulação dos serviços aprofunda a severidade da situação insipiente da estrutura em ABS no município, uma vez que a desregulação do Sistema é favorecida pela modelo assistencial vigente de PA, que não prioriza o controle de quantas vezes a mesma pessoa foi atendida no mesmo local, quais são as origens dessas pessoas, bem como qual a quantia de equipamentos, materiais e exames dispostos à população atendida pela SMS (Obs.Can.2).

As vivências cotidianas apontadas aprofundaram a reflexão dos gestores e levaram Gestor-B1 a discorrer sobre outros problemas relacionados ao financiamento da ABS para atender à população rural.

O piso da Atenção Básica não é o suficiente. Por que nós teríamos que ter uma equipe só pra fazer esse tipo de trabalho. A minha idéia é essa, espero um dia eu possa encontrar, né. Que daí evitar essa demanda do Pronto-Atendimento. Por que não posso, eu não tenho aonde as pessoas irem a não ser naqueles atendimentos que acontecem de quinze a quinze dias no interior. Então, não tem como eu, como eu frear o atendimento aqui dentro do pronto atendimento específico para coisas agudas, que seriam, né. (Gestor-B1)

Reforçam com isso, os entraves de modificar o modelo assistencial vigente para um modelo com enfoque na ABS como eixo estruturante. As dificuldades de ampliar a rede de

ABS nas localidades rurais é desafiante, assim como as necessidades de atenção à saúde específicas da população rural. Para Gestor-B1, determinados problemas em saúde são acentuados na população rural, como o uso de antidepressivos. Como prática avaliativa, relaciona este problema de saúde ao ambiente no rural, bucólico.

E eles demandam muita, muita medicação controlada. Eu entendo assim que é um pouco do ambiente do interior que deixam as pessoas, muitas pessoas mais infelizes assim, mais tristes, mais depressivos.

[...] Muito isolado e eu acho que isso aí acaba causando essa... Então também acho que deveria ter, né, psicólogo nessa equipe, principalmente psicólogo. Então, às vezes, eu brinco assim, que se a gente tivesse, aqui no Pronto Atendimento, mais psicólogos talvez, não precisasse tantos médicos. Mas, tudo isso é um trabalho (Gestor-B1).

Assim o questionamento sobre o trabalho ao nível da avaliação com a problemática das DCNT e o rural é respondido com uma hipótese relacionada ao nível ambiental, mas também genético e cultural. Além de afirmar que “o nível de hipertensão é maior na população negra”, Gestor-B3 aponta que a população rural não tem cuidados na alimentação.

O argumento que “Eles não cuidam mesmo a alimentação, né?” (Gestor-B3) não é compatível com as suas atividades cotidianas, “Até por que o trabalho deles também é mais pesado que o nosso, né? A gente não vai pra lavoura capinar” (Gestor-B3). Ou seja, há necessidades de afirmação dos motivos que levam os residentes rurais ao adoecimento crônico, como os estados depressivos e a hipertensão, mas sem apresentar nenhuma concretude.

As percepções de Gestor-B3 o levam a apontar apenas o que vê. Não possibilitam um raciocínio sistematizado e justificado sobre se os problemas de saúde são realmente causados pela alimentação ou pelas demais condições de vida e bem estar social com que vivem os residentes rurais.

Eu vejo que chegam pessoas que com trinta, trinta e poucos anos, e tu olha a pele e parece que são muito mais velhas. Parece que tem quase cinquenta, e na realidade não. Tu chega a te assustar. “Ah, quantos anos tu tem?” “Ah, tenho 35”. Tu olha e não acredita porque é judiado. Eles são judiados. A mão tu olha, é mão calejada. É unha encardida (Gestor-B3).

Da perspectiva de Gestor-B3, a prática avaliativa cotidiana pode ser frágil do ponto de vista de um julgamento de valor a partir de um referencial explicativo, pois tende à superficialidade, ao senso comum. A depender da intensidade com que determinadas questões se apresentam e são percebidas pelos gestores, o julgamento sobre ela se complexifica em suas variantes, como no caso da necessidade sentida e compartilhada entre a equipe gestora e assistencial de mudança de modelo assistencial.

Para Gestor-B3, há uma importante fonte de dados e de avaliação sobre as necessidades de atendimentos e de saúde da população rural e que auxilia-o no delineamento das situações de saúde desta população, representada pelos presidentes das associações e líderes comunitários rurais.

O que eu acho que ajuda é o que os próprios presidentes das associações comunitárias colocam pra gente. Da necessidade daquela comunidade. Da população que vive ali. [...] Eles contam pra gente: “Ai, a gente tem dificuldade disso. Lá ta precisando de médico. Lá ta precisando mais um dentista. Tem um monte de mulheres que querem fazer o pré- câncer que ainda não fizeram”. Então tudo isso ai eles informam a gente (Gestor-B3).

As avaliações qualitativas dos presidentes de associações e líderes comunitários sobre os profissionais assistenciais e sobre a produtividade são vistas como “ferramentas potenciais” para a gestão, tendo em vista a suas avaliações sobre a atuação dos profissionais no atendimento e o levantamento das demandas nas localidades em que fazem parte. A justificativa da não avaliação sistematizada sobre a situação de saúde da população e a estrutura de atenção se relaciona ao reconhecimento da participação das comunidades rurais e seus líderes nesse processo.

Não, eu acho que não houve uma necessidade [de avaliar a situação de saúde da população rural]. Por que aqui em Canguçu as coisas quando acontecem é tudo muito rápido. Às vezes nem chegou a equipe na cidade e a gente já está sabendo do que aconteceu lá no interior. Por que os próprios presidentes ligam pra dizer toda história. Então quando chega a acontecer já estourou. E aí tu já tens que tratar de resolver na mesma hora, quando acontece (Gestor-B3).

Da mesma forma, Gestor-B2 refere que recebe o apoio das coordenações dos serviços de saúde, que realizam o levantamento das necessidades e procuram os gestores em situações-problema.

É. Eu acho que seria importante fazer uma reunião todo mês com esses profissionais, com esses coordenadores, pra ver que... Isso a gente não têm feito. Na realidade os coordenadores, eles vem quando não tem, quando eles estão resolvendo um problema grande. [...] Por que fica muito na mão dos coordenadores, né. A gente só fica, no caso, com algum problema. Geralmente quando chega aqui é algum problema. Mas aí eu acho que seria importante. Todo mês ter uma reunião pra fazer uma avaliação, pra ver por que daí tu consegue comparar em cada localidade a deficiência maior que tem (Gestor-B2).

Na sua avaliação, Gestor-B2 sente que não participa da construção das avaliações das necessidades de saúde e atendimentos à população nas áreas de abrangência e interesse das coordenações dos serviços da SMS. De outro lado, Gestor-B3 contextualiza explicações ao nível dos processos de trabalho, na organização, demanda e oferta da atenção à saúde para a população rural. A experiência na organização dos atendimentos destinados à população rural conduz à percepção de altos e baixos na resolutividade dos serviços da SMS conforme a

produtividade e quantidade de profissionais dispostos ao exercício da atenção à população rural.

Na realidade a gente vê conforme é o atendimento, é a produção que vem e os profissionais que vão e comentam, né? Nós temos comunidades agora que ta vindo nos finais de semana, no sábado mesmo, que o Nélio, que trabalha aqui conosco atende, que antes ele ia e chegava a ter 12, 13 fichas pra atender num turno, e ele é dentista. E agora ele ta indo e como nunca faltou profissional lá, ele já ta atendendo tipo quatro pacientes, porque ele já conseguiu colocar em dia o atendimento daquelas pessoas que estavam indo pra atendimento (Gestor-B3).

Porque houve um bom trabalho. Tu conseguiste fazer um bom trabalho na comunidade. As pessoas também não têm necessidade de estarem toda hora, por que também já estão satisfeitas com o serviço. Então eu acho que isso é um meio da gente ver, pela produção, que o trabalho está sendo bom. E aí claro, quando falta o profissional, pode ter certeza que a próxima vez a coisa é sobrecarregada (Gestor-B3).

Essas falas evidenciam que o foco deste gestor é o controle e a avaliação a partir da produtividade. A situação de saúde da população aparece indiretamente, atravessada pelo resultado “produção assistencial” e aponta como problema individual aquelas pessoas que recorrem inúmeras vezes aos serviços ofertados. Não questiona nem revela outras possibilidades que estas podem estar vivendo para recorrer tantas vezes aos mesmos serviços.

Fora as situações acima, como Gestor-B1, Gestor-B3 também aponta o financiamento do SUS como o principal limitador para a ampliação da cobertura assistencial e, por conseguinte, para a limitação da produtividade dos profissionais assistenciais. Inclusive propõe hipóteses de solução aos problemas atuais.

Eu acho assim, que poderia ser..., que a gente acaba sempre trancando na parte financeira. Claro que tu não vai poder gastar assim, mas que a gente pudesse ter um meio de... (um sonho, né, que a gente tem), mas que a gente pudesse ter um carro pros atendimentos naquela localidade. Tipo, o 4º distrito vai ficar assistido por um carro. Outro para outro, que aí tu teria naquele carro a disponibilidade até para fazer a visita. No posto, durante a semana. Quando, futuramente, tiver um auxiliar de enfermagem o dia inteiro lá. Ter um enfermeiro que pudesse ir também junto, e fazer o trabalho naquela comunidade. Eu acho que, na realidade, sempre o que vai faltar é recurso humano. A gente nunca vai conseguir colocar um em cada localidade (Gestor-B3).

Da mesma forma, Gestor-B2 atenta-se basicamente para a oferta e demanda por serviços da SMS para a população. O controle e alocação de necessidades em transportes sociais para os municípios estão no centro da atuação de Gestor-B2.

A demanda maior que eu tenho é, geralmente é o transporte. É a demanda maior que vem. Vem tudo, assim, vem desde alguém que tem que fazer curativo em casa, ai não é área de PSF, ai a pessoa vem pra ver se é possível. Ou no interior... agora, esses tempos mesmo, tinha que tirar os pontos de um senhor de 89 anos que teve uma fratura de fêmur. Então é mais viável, é mais cômodo, é uma economia para o município e um conforto também pro paciente, né? No caso, tu disponibilizar um profissional pra ir no interior pra fazer isso ai naquele paciente, do que uma Ambulância pegar uma pessoa idosa pra vir até a cidade pra tirar os pontos. Então tudo isso passa pra cá. Ai vem aqui e eu vejo o que a gente pode fazer e dou seguimento, mas a demanda maior é transporte. Geralmente pra Porto Alegre, por

que a gente disponibiliza transportes segunda, quarta e sexta, só que terça e quinta sempre vai carro para Porto Alegre [...] (Gestor-B2).

Para um município rural como é Canguçu, a preocupação com transporte é explicada pela distância entre a população e os serviços de saúde da sede. Além disso, há demandas atendidas somente com serviços disponibilizados fora do município.

A logística organizacional da SMS para atender à população rural vai para além da disponibilidade de profissionais nas devidas localidades, mas a forma de levá-los até lá e a forma de aproximar os serviços da sua população. Para as localidades mais longínquas em atendimentos individuais, carros e ambulâncias, para dias programados de atendimento de profissionais com agenda no rural, Unidade Móvel e carro para a equipe de profissionais em trabalho.

É. Na terceira. E a gente colocou aquele PSF lá que vai atender 5 localidades que têm próxima. Então, o acesso em si, da população rural, o município esta conseguindo supri a necessidade básica. Claro, depois se tem uma outra complicação, ai sim, aí vem pra sede. Mas, de imediato, eles têm atendimento odontológico, eles têm um médico, eles tem toda a equipe pra poder suprir a necessidade imediata. Que, no caso, tem muita demanda do interior. Tipo assim, tem que pegar paciente, ou levar paciente. Por que o nosso município é muito grande no interior, então, as vezes, por exemplo, tu chega a andar 70 quilômetros de estrada de chão. Então, realmente fica inviável pra quem mora no interior, por exemplo, ter que vir na cidade pra consultar com um médico, ter que andar 70 quilômetros e, as vezes, quando a pessoa não tem o seu próprio veículo a passagem chega a ser 25,00 reais. Uma passagem do quinto (5º) até aqui chega a ser mais ou menos isso ai. Lá no quinto distrito estava acontecendo, como é próximo de Cristal, era mais fácil pra eles ir até Cristal do que vim até aqui, que é 70 quilômetros (Gestor-B2).

Outro desafio relatado pelos gestores entrevistados é gerar incentivos para os trabalhadores da saúde atuarem nos espaços rurais. As dificuldades de adesão profissional estão justamente na exaustão causada pelo deslocamento da sede até as localidades rurais, em distâncias como a referida na fala acima.

E agora mesmo a gente ta cobrindo o interior todo. Todas as localidades vão ter, tem o atendimento médico. Às vezes, quando não tem o atendimento médico vai o odontológico, só que a gente tinha dificuldade de ter profissional para ir no interior pelo fato de ser muito longe as localidades. E o profissional, por exemplo, o médico vem do município de Pelotas e ai aqui, pra fazer essa viagem até o interior, ele acabava desistindo por que ele não queria ficar no interior. Então essa dificuldade a gente tinha também (Gestor-B2).

Mesmo assim, a equipe gestora da atenção à população rural organiza a estrutura assistencial em um documento que contempla a distribuição de atendimentos da SMS nas localidades rurais do município, correspondente ao período de novembro e dezembro de 2009. Para Gestor-B3 (responsável pela organização das equipes que atendem à população rural nas localidades nos postos ou pelas unidades móveis), essas tabelas com essas informações servem apenas para informar à população da cidade, via rádio (rádios comunitárias), o que foi ofertado de serviços de saúde da SMS nas localidades rurais. Gestor-B3 afirma que a

avaliação de como deve ser a oferta de serviços é feita conforme ela, os presidentes das associações das localidades rurais e os próprios profissionais de saúde que atendem às localidades julgam necessários, sem que isso esteja escrito/registrado em documentos ou relatórios específicos (Doc.Can.03).

As práticas avaliativas cotidianas na gestão da SMS para a atenção à população rural estão relacionadas às práticas avaliativas dos usuários rurais, seus líderes comunitários reconhecidos pela SMS, trabalhadores e coordenadores dos serviços que atendem a essa população. Os documentos analisados, as observações e os entrevistados evidenciaram a irregularidade e não rigorosidade na elaboração e coleta dos dados referentes a essa população, sendo os documentos disponíveis apenas para fins informativos à população e representantes.

A partir das considerações populares e de seus profissionais, os gestores trocam informações, agem, remodelam e reconduzem o SUS municipal. Concretizam prática avaliativa norteada pela mediação gestora entre os envolvidos para questões que incluem desde a satisfação usuária e profissional sobre o sistema de saúde e seus serviços até a própria percepção sobre os fenômenos presentes na condução do sistema, como o relacionado às ineficiências da assistência quinzenal à saúde.

6.2.2.2 Avaliações pontuais: estímulos internos e externos na mobilização para a tomada de decisão

A avaliação pontual relatada por Gestor-B2 foi motivada pelo *gasto em medicamento controlado*. Conforme relatado, os gestores observaram um descompasso entre o dispensado em medicamentos e o receitado pelos médicos da SMS.

Ano passado que Gestor-B1 levantou, questionou isso ai, Gestor-B1 buscou né. O índice de medicação que estava saindo realmente estava muito alto, muito alto. E é uma coisa que sei lá, que no dia-a-dia aqui na Secretaria é tão corrido que, às vezes, tu não vê o mal maior. Na realidade a população estava ficando dependente com aquilo ali (Gestor-B2).

Ou seja, essa avaliação pontual foi gerada a partir de uma percepção interna dos gestores e dos próprios profissionais assistenciais, que questionaram um processo administrativo e operacional comum ao cotidiano na SMS. No caso, se referiu à liberação de medicações controladas sem nova avaliação, pela rede pública, dos usuários atendidos em consultórios particulares. A partir de então, algumas práticas assistenciais e de gestão foram instituídas.

Agora, depois que começou essa parte que Gestor-B1 buscou o levantamento para ver por que a fila estava muito grande que a gente começou a frear em todos os lugares da saúde essas receitas controladas. Se vai para um posto para um PSF a gente anota - a data que foi, a quantidade que foi e fica sempre aqui na sala do

Gestor-B1 [...] Por que o que acontecia? O paciente... a gente tem isso aqui, eles vão e consultam com o médico particular e depois eles voltam aqui pra trocar receita. Então o médico que atende aqui ele não sabe qual é o comportamento daquele paciente, entende? O que acontecia? Aí é o que os médicos diziam: não. Eles não liberam. Eles não assinam mais, entende? Então deu uma freitada. Mas aí o que foi? Todos os setores, nos PSF, no interior, aqui, todos param juntos (Gestor-B2).

A regulação dos processos de trabalho em saúde, incluídos os cuidados que envolvem a terapia medicamentosa, foi a alternativa encontrada pela SMS. A partir daí, os profissionais da SMS iniciaram um processo de maior governabilidade sobre a própria atuação.

Como no processo instituído e relatado acima, também a *orientação de concurso público para os profissionais da ESF* associada à escolha pela atuação da SMS no campo da prevenção e da promoção em saúde são processos que exigiram uma prática avaliativa não cotidiana. Exigiu uma prática avaliativa voltada à pontualidade, com sensibilidade para expor problemas que estavam no cotidiano e para expor soluções às necessidades de mudanças exigidas para a equipe gestora.

A ampliação da ESF em todo o município seria ideal para auxiliar na transição de modelo assistencial e Gestor-B1 aponta que o ideal seria uma cobertura de 100%, urbana e rural. Contudo, há impedimentos relacionados ao financiamento da SMS, à estrutura dos postos de saúde do interior, que precisariam ser ampliadas e reformadas para comportar o atendimento conforme a ESF e à exigência de concurso público aos profissionais, o que também onera o gasto em saúde.

O levantamento dos problemas de funcionamento e estrutura da SMS, quando incluídos na sensibilidade da equipe gestora, tornam-se questões a ser refletidas em equipe pontualmente. Assim, foi com as situações acima – uso excessivo de medicamentos controlados e a necessidade de mudança de modelo assistencial com a ampliação da ESF. Ou seja, há questões cotidianas que saem desse status (“cotidiano”) e incorporam um status “pontual”, componente da prática avaliativa dos gestores municipais.

Pode-se afirmar que, mesmo cotidianos, por vezes outros assuntos são incorporados enquanto práticas avaliativas pontuais, tais como: 1) a organização da frota de carros da SMS e suas prioridades de atuação, tendo em vista que é a estratégia mais utilizada na organização dos fluxos de atendimentos prestados pela SMS; 2) a distribuição de profissionais e os atendimentos no rural, tendo em vista que o quadro de pessoal médico para atender à população rural é predominantemente de contratados, o que acaba dificultando a disponibilidade desses profissionais nesses espaços; e 3) os atendimentos de Média Complexidade, encaminhamentos e respectivas referências municipais e regionais, como no caso de uma reunião ocorrida sobre as cirurgias eletivas, onde a discussão era sobre a

capacidade dos serviços dentro dos limites municipais suprirem essa demanda da SMS e as formas possíveis de financiamento desses serviços e procedimentos.

6.2.2.3 Monitoramento enquanto acompanhamento de mudanças instituídas nas práticas assistenciais e de gestão

O acompanhamento de determinados dados e informações gerados pela SMS aparece como motivado a partir de uma avaliação pontual. Neste caso, a equipe gestora identificou o ponto na SMS que quer acompanhar, o justificou e monitora sua expressão ao longo do tempo para ver como se comporta e em busca de uma conduta identificada como ideal para o caso. Neste caso, a *regulação do uso de medicamentos* com receituário controlado foi instituída a partir de um levantamento pontual realizado pela equipe gestora.

Agora, depois que começou essa parte que Gestor-B1 buscou o levantamento pra ver por que a fila estava muito grande, que a gente começou a frear em todos os lugares da saúde essas receitas controladas. Se vai pra um posto para um PSF a gente anota - a data que foi, a quantidade que foi e fica sempre aqui na sala do Gestor-B1. Se vai aqui pro Pronto-Atendimento, se vai pro CAPS AD ou pro outro CAPS, sempre anotar a data que foi. (Gestor-B2)

Esse monitoramento, feito a partir de uma demanda pontual, sentida pela equipe gestora, poderia ter iniciado a partir de uma demanda oriunda de uma avaliação programática, também normativa, implícita em uma política de uso racional de fármacos pela população e nos serviços de saúde. Assim podem também ser os programas nacionais e/ou estaduais nos quais há adesão municipal. Segundo um dos profissionais da gestão não entrevistados, os programas explicitados no PMS 2005-2009 são acompanhados pela SMS e pelas equipes responsáveis pela execução. Não há, no entanto, a descrição da realização de uma análise sobre os programas governamentais ao longo do PMS 2005-2009.

6.2.2.4 Práticas avaliativas normativas: adaptações gerenciais para a implantação de Programas de Políticas Públicas no cotidiano municipal

Uma prática avaliativa com característica normativa, exercida a partir de um programa do governo Estadual foi explicitada por Gestor-B1.

O PPV é o Programa de Prevenção da Violência. É um programa que abrange uma área, né, dentro do município. Uma área que por enquanto é uma urbana, né, esperamos que num futuro a gente possa... [...] É um Programa do Estado, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. É um Programa, então, que a gente tá desde o ano passado e que envolve, também todas as secretarias e uma área escolhida e diagnosticada como de maior violência dentro da cidade. Por enquanto dentro da cidade. Gostaríamos que se estendesse á área rural. Por que sabemos que tem algumas localidades que seria bom, né. (Gestor-B1)

Gestor-B1 propõe uma perspectiva de ampliação do programa, afirmando que problemas por vezes relacionados a *acidentes de moto* são comuns no município, sendo este um meio de transporte comum aos residentes rurais com habilitação ou não. Essa fala evidencia uma das finalidades dos programas governamentais, atuando como estimuladores e propositores da ação governamental local, que já atuava em uma perspectiva de prática avaliativa cotidiana para essa questão.

Outra prática, relacionada à avaliação normativa, é a utilização cotidiana do cadastro do HiperDia. Neste caso, a gestão da atenção à saúde da população rural refere que não se envolve com os cadastros de *hipertensos e diabéticos*. Esta tarefa é específica a um profissional da área de nutrição, que atende a todos os municípios com hipertensão e/ou diabetes.

É... Assim ó, esses dados desses cadastros tem no HiperDia. E o HiperDia é feito lá no posto central. Quem tem todo esse cadastro é a Gestor-A1. É que aí, como ela é nutricionista, aí ficou tudo isso com ela. Os grupos são feitos lá e ela faz... A cada dia tem uma pessoa que faz uma palestra. Esses dias era uma dentista que estava fazendo orientação com eles. Aí depois entregam uma medicação. Então tudo isso é feito lá e essas pessoas são cadastradas no HiperDia. Aí isso tudo está no posto central. Se tu quiseres esses dados tem que falar com ela (Gestor-B3).

Diferente do estímulo gerado pelo PPV, descrito anteriormente, a fala sobre o HiperDia evidencia uma fragmentação da atenção à saúde a partir de um instrumento para a avaliação normativa e monitoramento. A equipe responsável pela atenção à população rural e mesmo os gestores entrevistados não mencionaram a utilização do *PMS e dos relatórios de gestão* na condução de práticas avaliativas voltadas à saúde da população rural.

Ao contrário, o PMS parece ter sido elaborado a partir de percepções cotidianas sobre a situação e condições de saúde da população rural. No PMS avaliado (2005-2009), uma questão importante é que somente há uma “avaliação” sobre a população rural, falando das áreas de difícil acesso que dificultam o atendimento à população. Explicitam ainda a “necessidade de descentralização do serviço para a zona periférica e um melhor atendimento ao homem do campo, com promoção e prevenção da saúde, envolvendo as áreas de educação em saúde, saneamento básico, atendimento médico-odontológico, com orientação adequada quanto à alimentação, vestuário e higiene” (CANGUÇU, 2005). Não há, no entanto, uma relação explicitada desse julgamento com os dados e indicadores anteriormente apresentados sobre o sistema de saúde no município.

Mesmo sendo o PMS um instrumento para a avaliação normativa da gestão municipal do SUS, não houve o desenvolvimento de formas de acompanhamento controlado e monitoramento da situação e condições expressas e que caracterizam a população rural no

referido Plano. Prevalece o caráter cotidiano das práticas avaliativas desenvolvidas ao nível municipal.

Os programas apresentados no PMS 2005-2009 são aqueles apresentados com indicadores pré-definidos pelas demais esferas de gestão do SUS. Há um item no referido PMS que contempla a “definição de prioridades e ações a executar”, com 53 prioridades listadas (muitas com o rótulo “Ministério da Saúde”), mas que não são justificadas por que são consideradas prioridades. Estas “prioridades” não são relacionadas aos dados da situação de saúde da população ou da rede assistencial disponível no PMS para os municípios, quadro que evidencia a execução de pacotes de programas ditados por demais esferas do SUS sem a devida reflexão para a apropriação local pertinente e justificada.

Essa confusão na organização e elaboração do PMS reforça a sua origem, enquanto documento de gestão a ser instituído também na esfera municipal, mas de necessidade identificada e cobrada pelas demais esferas gestoras. Assim, há uma obrigatoriedade de elaborar o PMS no município, antes mesmo de este ser entendido pela SMS como uma necessidade local de avaliação e planejamento.

Por incluir a intenção de julgamento sobre uma intervenção quanto aos recursos empregados, à organização, serviços e bens produzidos e resultados obtidos (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE, 1997), pode-se dizer que o PMS tenta realizar uma avaliação do tipo normativa. Além disso, se pensarmos nas avaliações normativas do tipo somativa e formativa, o PMS está entre as duas, por que, além de ter que prestar contas ao CMS e a sua CRS, foi proposto enquanto plano norteador das demais avaliações desenvolvidas e acompanhamentos ao longo do tempo de vigência.

Já os Relatórios de Gestão anuais da SMS pesquisados, demonstram ser principalmente uma descrição da *capacidade instalada por quantificação de consultas, procedimentos e recursos humanos e materiais disponíveis* no Município, bem como afirmam as falas focadas de Gestor-B3 sobre o seu cotidiano. Segundo um integrante da equipe gestora, a tabela em que são preenchidos esses dados e dispostos como relatório de gestão são provenientes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), que já disponibiliza aos municípios como e o que devem conter os relatórios de gestão. O mesmo informa que o relatório financeiro também é organizado da mesma forma, conforme modelo disposto pela SES. Não há outro relatório de ações de saúde na SMS, nem outro que fale sobre a saúde da população rural.

Todas as planilhas dos relatórios analisados têm uma coluna sobre o que é o programado e pactuado sobre cada uma das ações (com exceção para a quantidade de profissionais). Não estão explicitados, nestes relatórios, quais os parâmetros referenciais que

definiram tais programações e pactuação para o município. Ou seja, não fica claro ao leitor o método utilizado na avaliação dos dados dos relatórios de gestão.

O que se pôde observar é a tentativa de prestar contas quanto ao estímulo gerado a partir de programas federais, em que, nos Relatórios de Ações do 1ª e 2º semestres de 2009, é dito que há incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável à gestante, criança e adolescente devido a programas federais. A lista de medicamentos da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) é descrita sem crítica contextual. Nos relatórios de 2009 apenas é descrita como positiva a compra de todos os medicamentos desta lista, sem a devida contextualização da necessidade dessa compra conforme perfil epidemiológico da população para justificá-la. Outros pontos são também postos como necessários a partir de uma visão externa, ou seja, é um programa federal, então aí está, nós temos. Não há a discussão crítica, no PMS 2005-2009, da adequação desses programas e suas ações na realidade do município.

6.2.2.5 Dificuldades somativas na efetivação das práticas avaliativas: da urgencialização de tarefas na demanda espontânea à falta de apoio técnico interfederativo

Para Gestor-B2, os problemas relacionados à tentativa de avaliar e monitorar na SMS estão relacionados à visão limitada do gestor quanto aos acontecimentos do cotidiano dos serviços. Este se vê atarefado com as *demandas espontâneas* emergentes da sua função e se diz incapaz de identificar os problemas na condução do SUS municipal.

[...] A gente tenta coordenar tudo, mas tu não consegue esmiuçar, pra vê onde está começando o problema. E quando tu tem bons funcionários, como aconteceu na farmácia. Foi preocupante pro farmacêutico aquilo da li, ele viu que a demanda estava muito grande. [...] Então essa avaliação que a gente aqui no dia-a-dia, às vezes, a gente não consegue ver, é importante. As pessoas de fora, às vezes, enxergam com a maior facilidade, de ver que está tendo algum problema e chegar até aqui a Secretária (Gestor-B2).

Nesta fala, Gestor-B2 reforça a importância de uma boa equipe gestora. Admite que o núcleo de gestão da SMS é dependente da sua equipe para a correta e hábil identificação das situações dos serviços e de saúde da população assistida. Mesmo assim, o envolvimento e as demandas relacionadas ao papel do gestor levam a uma fala pessoalizada quanto às dificuldades e habilidades que tem que ter para proceder a alguma prática avaliativa.

A dificuldade é o tempo. Por que pra nós, aqui, a gente se envolve de mais. A Secretaria de Saúde tu não tem um horário pra trabalhar. Por que, por exemplo, a Secretaria ela tem um horário que ela fica aberta, né, mas os outros serviços eles não param, por exemplo, aqui no Pronto-Atendimento. Então, às vezes, tu sai daqui, mas tu está sempre ligada. Já tem um celular da prefeitura, então eles fornecem por que é muito fluxo. Às vezes tu está em casa e três horas da manhã tem gente te ligando. [...] Então não tem hora. Tu sai daqui da Secretaria, mas tu está sempre ligada aqui. Até se tu vai fazer uma viagem alguma coisa, o celular tem que estar sempre junto.

Uma dependência assim, que não pode faltar bateria nunca, tem que estar sempre com ele junto. [...] Por que ainda continua assim, quando não conseguem resolver é que me ligam né, mas sempre tem. Ai o tempo é que faz com que a gente esteja sempre numa correria. Às vezes, pra eu poder ver o que eu tenho que fazer no outro dia eu tenho que fazer em casa isso, por que aqui eu não consigo (Gestor-B2).
Pra mim é muito gratificante, é desgastante eu acho que eu to, já envelheci uns dois anos pra frente. Tu não tem aquela, tu não consegue ter tranquilidade nenhum dia da semana, nem final de semana. Porque teu telefone toca toda hora. Tu tá fazendo uma refeição o teu telefone tá tocando (Gestor-B1).

Essa dificuldade, como declara, leva a uma atuação por demanda, não programática ou controlada por metas elaboradas a partir de análises situacionais ou diagnósticos populacionais e de capacidade instalada. A programação que é feita por Gestor-B2 não parece se referir ao mencionado, mas à organização temporal, com priorização de execução de demandas existentes.

Ai o que acontece? Quando eu chego em casa e eu paro, começo a pensa no que eu tenho que fazer no outro dia e tenho que anota tudo. Por que ai tu não consegui te programar, por que ai se tu vai fazer uma reunião tu não pode fazer aqui dentro entende? Tu tem que sair pra outro local pra fazer uma reunião, por que tu não consegue. Aqui é as pessoas chegando, é os profissionais também com alguma duvida, o telefone não para nunca. Ai tu não consegue terminar um assunto, tu entende? Ai tu fica fazendo 3 à 4 coisas juntos. Então o tempo seria a dificuldade maior e também até o espaço, por que o bom para fazer reunião seria sair aqui de dentro (Gestor-B2).

A porta da sala foi trancada em uma reunião entre Gestor-B1, Gestor-B2 e outro integrante da equipe gestora, com a justificativa de que não fossem interrompidos por outras demandas ao longo do período em que acontecia (Obs.06). Uma hipótese para essa dificuldade é que a sobrecarga na função gestora associada à metodologia de trabalho escolhida pela equipe.

A metodologia de trabalho empregada pode não estar sendo resolutiva às especificidades da gestão desta SMS, o que pode ser corroborado pela fala de Gestor-B1, que relata dificuldades quanto à ausência de apoio técnico e capacitações para otimizar a sua atuação. Todos os gestores entrevistados afirmaram que a SMS não conta com assessoria técnica para obter estratégias de avaliação e tratamento de dados. É tudo feito pela própria SMS, como relata Gestor-B1.

Não. Na verdade, no sentido assim, de diagnostico não, não contamos. Na verdade o que a gente faz é o próprio município mesmo (Gestor-B1).
É bastante desgastante, a gente não tem muito apoio. [...] Não tem apoio estadual, não tem apoio federal, assim no sentido de ajudar mesmo, de ajudar mesmo, de auxiliar na gestão. [...], aquele apoio técnico que a gente poderia buscar e ter solução pra muitas situações, a gente não tem. Então, a gente mesmo tem que resolver no município. Isso é uma coisa que eu aprendi, que eu to aprendendo ainda. E têm raciocínios que eu tenho feito e que eu jamais imaginava, que eu cresci muito nesse sentido. [...] Eu estou vendo e conhecendo coisas que eu jamais imaginei, mas as dificuldades são muitas e a falta de apoio também. Muita falta de apoio, no

sentido assim de a regulação não estar bem feita. A regulação regional não nos dá o retorno que nós precisamos.

A regional que deveria fazer essa parte de apoio, apoio técnico muitas vezes a gente não tem. A gente até avança em algumas coisas, mas tem outras que tão paradas e não é de hoje, são de muitos anos que não avançam. Então, nesse sentido a gente tem bastante dificuldade. É bem difícil, não é muito fácil não. Mas, a gente vai indo. A gente vai, alguma coisa a gente vai avançando. [...] (Gestor-B1).

Associado à falta e apoio estadual, a inclusão de atores inexperientes na gestão municipal do SUS resulta em recomeço de projetos e aprendizados dentro do Sistema, ao mesmo tempo em que resulta em processos de gestão municipal com fragilidades na historicidade dos acontecimentos. Neste sentido, Gestor-B2 responde sobre o desenvolvimento de práticas avaliativas realizadas na SMS durante os últimos anos:

Eu não sei te responder, por que eu não sei se vinham fazendo algum trabalho assim (Gestor-B2).

A fragilidade na historicidade dos acontecimentos relacionados à saúde no município também estão relacionados aos SIS. Para Gestor-B1, as dificuldades de formular o pensamento, no sentido de avaliar e ter um diagnóstico conciso sobre a situação dos serviços e/ou da saúde da população, estão relacionadas às dificuldades dos profissionais assistenciais de preencherem corretamente os formulários dos Boletins de Atendimento ou de outros formulários que são destinados aos SIS.

É, na verdade o que a gente tem dificuldades é das informações, né. Por que muitas vezes os profissionais não informam, né, não escrevem. Por que médico tem dificuldade bastante de escrever. Não tem essa compreensão do quanto é importante dados para a gente poder fazer os diagnósticos (Gestor-B1).

Por que dados muitas vezes a gente precisa, a gente não tem, mas aí a gente vai de encontro, assim, por que o município talvez não esteja informando adequadamente. [...] De repente, o que falta é dados nossos para poder identificar, pontuar o que tá acontecendo aqui no município. De dificuldades. Então, se a gente não tem esses dados e não informa por um sistema como o DATASUS, por exemplo, aí eles não tem como ajudar. Muitas, vezes, é então a falta de informação daqui, né. A rede é estruturada, é bem montada, mas, às vezes, essa parte da comunicação de informação não funciona bem (Gestor-B1).

Um integrante da equipe gestora inclui que mesmo o Sistema de Informação em Saúde (SIS) contratado para auxiliar na coleta e organização dos dados em Canguçu também tem limitações. Estas relacionam-se à sua padronização, que não comporta as particularidades locais da SMS, tendo em vista que é o mesmo em todos os municípios que atendem (ObsCan.4). Da mesma forma há a padronização das bases de dados no Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, podendo ser motivo de desmotivação dos profissionais em não alimentá-los adequadamente.

Os documentos de gestão que tem a função de delinear estratégias e a execução de ações para o alcance de metas também tem dificuldades de refletir a realidade da SMS devido

a sua não utilização como tal. Uma das integrantes da equipe gestora afirma que o objetivo de dispor de programas de saúde dispostos como “prioridade” no PMS 2005-2009 foi justamente monitorá-los ao longo do tempo, mas que isso não aconteceu por mudanças na condução da SMS, sem que esses programas sequer tenham sido comentados ou retomados depois dessas mudanças ocorridos (Obs.Can.02).

A imaturidade gestora, de atuação e de formação no setor e para o SUS desfavorecem a capacidade resolutiva e amplificam os problemas vividos no cotidiano.

A ausência de fortalecimento das estratégias possíveis na esfera municipal do SUS, apontadas como ausência de apoio da esfera Estatal neste fim, somam-se ao apontado acima e à possível desmotivação ou incompreensão dos profissionais assistenciais em informar corretamente as informações que poderiam otimizar o trabalho gestor e, conseqüentemente, o trabalho assistencial.

Por fim, a função figurativa dos PMS e dos relatórios de gestão são externados por toda essa metodologia não voltada às ações programáticas e lideradas pelo suprimento das demandas espontâneas, emergentes e pontuais das SMS.

7 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE GESTÃO EM SAÚDE: ARRANJOS SOCIAIS E DEMANDAS AVALIATIVAS NA ESFERA MUNICIPAL DO SUS

Neste estudo de casos, se evidenciou que as práticas avaliativas ao nível da situação de saúde das populações dos municípios em estudo são realizadas por quem está mais próximo à assistência direta da população. Gestor-A4 e os ACS, em Camaquã, e o Gestor-B3, os profissionais das unidades de saúde e os presidentes das associações comunitárias rurais, em Canguçu, são os *avaliadores com reconhecimento institucional* identificados quando o assunto é a saúde da população rural.

As práticas avaliativas realizadas pelos ACS de Camaquã e os líderes comunitários e presidentes das associações de moradores de Canguçu caracterizam-se pela dimensão comunitária dos seus interlocutores, moradores das localidades rurais. A diferença entre ambos é o espaço representativo ocupado pelos ACS e dos demais líderes comunitários e presidentes de associações rurais de Canguçu.

Os ACS, no caso de Camaquã, ora são visualizados como integrantes da equipe assistencial, ora são tidos como integrantes da comunidade e consonantes com as reivindicações acerca das suas necessidades em saúde e assistenciais, o que lhes define com uma dupla identidade (PONTES et al., 2008). Mesmo assim, não têm o destaque e o reconhecimento dos líderes comunitários *a priori*, como no caso de Canguçu, nem como tem destaque os vereadores e as rádios locais de Camaquã.

A dificuldade do reconhecimento dos ACS pode estar associada justamente à interface que tem com os demais profissionais de saúde e que, assim, mesmo integrantes das comunidades e componentes da esfera da vida pública das mesmas, estão no papel de representantes da equipe assistencial e não da esfera da representação política. Neste caso, entende-se política, enquanto exercício da articulação relacional entre grupos, por meio de representantes eleitos a partir do reconhecimento primeiro pela estima (entre pessoas com características publicamente afins – território de moradia, profissão, religião, e outras formas de reconhecimento coletivo) e que também pode ser legalmente validado (HONNETH, 2003), como no caso dos vereadores. Essas relações simbolizam as estruturas de poder nos e entre os distintos grupos sociais envolvidos no contexto social (JOHNSON, 1997).

Como líderes, esses representantes tem a capacidade de mobilização de recursos e bens humanos e não humanos, caracterizados enquanto formas diversas de apoio às pessoas nos problemas que apresentam (MARTINS, 2009). Os recursos são mobilizados pelos agentes

conforme a capacidade de articulação e a representação social que tem na comunidade e fora dela. Neste caso, como representantes das equipes assistenciais das SMS, os ACS são capazes de mobilizar os seus recursos disponíveis e conforme as suas regras. A compreensão deste seu papel pela comunidade que vivem e que atendem, como também pelos gestores da SMS, pode ser limitadora do seu reconhecimento enquanto líderes comunitários, conhecedores das necessidades locais em saúde e por isso representantes das suas comunidades.

Os demais avaliadores comunitários (presidentes de associações, rádios comunitárias/locais e vereadores), tem reconhecida representatividade comunitária na esfera política. Foram assim identificados pelos gestores entrevistados devido aos recursos mobilizados para as reivindicações e esclarecimentos na condução da política de saúde, como no caso dos vereadores e rádios comunitárias de Camaquã, e na mediação entre os gestores municipais e os presidentes de associações comunitárias rurais, apresentado como forma de organização do sistema de saúde no caso de Canguçu.

O destaque dado aos gestores para estes atores situa-os no exercício do poder político na esfera pública local. Nesta articulação, as relações mantidas entre o governo e os diferentes representantes da população podem: 1) legitimar as escolhas das SMS perante as comunidades, direcionando o seu escopo de atuação e permitindo a previsão de problemas na relação Estado-sociedade por meio de ações incrementalistas, conforme observado no caso de Canguçu; ou 2) perturbar a condução da política de saúde pela SMS, onde o distanciamento nas relações entre governo e lideranças comunitárias permite destacar a atuação de atores com função política representativa (vereadores e rádios locais) em momentos de crise e incertezas na conformação do Sistema de Saúde, intensificando-as, como o vivenciado no município de Camaquã.

As demandas oriundas destas formas de se relacionar na esfera municipal incidem sobre os entrevistados dos dois casos pesquisados que, reconhecidos enquanto mediadores entre a sociedade, seus representantes, e demais profissionais de saúde, são referências nas deliberações e na execução da atenção à saúde nos municípios. Mesmo nesta posição, a principal particularidade nestes *mediadores avaliadores* de Camaquã e Canguçu é o reconhecimento dos entrevistados enquanto tal.

Em Camaquã, apenas o Gestor-A3 não se reconhece como mediador. Ao contrário, vê potencialidades de atuação com a população rural somente no Gestor-A4, em relação com o PACS rural. Diferentemente, em Canguçu há a clareza de que o trabalho na gestão do SUS é realizado em rede, com todos os gestores e coordenadores da SMS se identificando apenas enquanto integrantes de uma ação que é maior que a sua capacidade de intervenção. A

parceira com líderes de associações comunitárias, secretarias municipais e demais esferas de gestão do SUS compõe a rede de gestão do SUS municipal.

No primeiro caso, a dificuldade de reconhecimento do Gestor-A3 enquanto mediador no espaço de gestão é fortalecida pela forma hierarquizada como a ação gestora é compreendida na SMS onde atua. Na representação do cuidado como exercício do reconhecimento de si e do outro, e por isso ação solidária e inclusiva, o não reconhecimento da ação mediadora potencial envolvida nas práticas gestoras reduz as práticas de cuidado na gestão às características da Clínica Médica Moderna, da lógica tecnicista e funcionalista, divisora de tarefas pela consideração dos níveis de prestígio social e profissional (MARTINS, 2011).

No segundo caso, a inclusão do outro no cuidado pelo dom do reconhecimento gerou aliança associativa (MARTINS, 2011) e permitiu a afirmação dessa aliança, formadora de redes de gestão local, no conjunto das falas dos gestores da SMS, concretizando o agir coletivo no eu de cada um dos envolvidos na gestão municipal do SUS.

Apesar das diferenças descritas acima, em ambos os casos as atividades desses gestores são desenvolvidas com ênfase na mediação da demanda espontânea, que necessita de decisões rápidas e exige autonomia técnica e política para executá-las. Em Camaquã, no entanto, foram referidos atores não entrevistados no estudo do caso, mas referência aos entrevistados por ter poder instituído de avaliar a situação do sistema de saúde e a relação com as reivindicações populacionais e políticas e decidir sobre elas. Trata-se de atores políticos, com a responsabilidade de articulação e negociação com outros atores envolvidos no setor, como vereadores e outros secretários municipais.

Nestes casos, a evidência do modelo baseado na demanda espontânea favorece a personificação e o fortalecimento das representações políticas mediadoras das reivindicações emergentes por cuidados à saúde. Acredita-se que esse formato, no entanto, não exclui a necessidade de empoderamento dos gestores sobre o seu objeto de trabalho – a operacionalização e efetivação do SUS em seus princípios e diretrizes.

A potencialidade de ampliar a racionalização sobre o objeto de trabalho permite, justamente, ampliar os instrumentos auxiliares nas práticas avaliativas. Nesta perspectiva, mesmo que se reconheça a complexidade de tarefas gestoras na esfera municipal do SUS, a diversidade da formação e a imaturidade dos entrevistados na função gestora pode ter influenciado no predomínio e destaque das práticas avaliativas cotidianas e pontuais do estudo, respectivamente.

As *práticas avaliativas cotidianas*, exercidas em Camaquã e em Canguçu pelos agentes referidos acima, foram merecedoras de resposta e ação da gestão da SMS. Essas avaliações

referem-se, em ambos os casos, à produtividade e à capacidade instalada em equipamentos e profissionais disponíveis para atender às comunidades. Além destes avaliadores externos a SMS (mas internos à realidade comunitária e municipal), avaliadores internos à SMS, como coordenadores de equipes e outros profissionais integrantes do quadro, também expressam suas avaliações sobre a atuação da SMS e sobre a situação de saúde da população de forma não sistematizada, cotidiana.

Em Camaquã verificou-se as práticas avaliativas cotidianas de ACS em um momento de crise da ABS municipal, de mudanças nas formas de contratação e cobertura assistencial nesta esfera de atenção à saúde. Em Canguçu, as práticas avaliativas realizadas pelos profissionais são direcionadas aos problemas percebidos no cotidiano do trabalho e levados ao conhecimento da equipe gestora, como nas demandas por medicamentos controlados e a densidade de solicitações de receitas médicas no Pronto-Atendimento municipal que foram levadas ao conhecimento dos gestores.

Não enquanto agentes avaliadores em mediação, mas enquanto avaliadores cotidianos, os gestores entrevistados identificaram a população rural na relação entre os problemas de saúde e o ambiente de vida e trabalho. Nos dois casos, houve referência à irregularidade no seguimento das terapêuticas medicamentosas e comportamentais pelos residentes rurais com processos crônicos de adoecimento.

A população rural também foi identificada com necessidades de atenção específicas no acesso aos serviços de saúde, o que referiram agravar os problemas de saúde existentes. Segundo a reflexão feita pelos gestores durante as entrevistas, as dificuldades de acesso dessa população aos serviços estão relacionadas aos modelos de atenção à saúde, sendo em Canguçu referida como insuficiente o direcionamento de toda a rede assistencial e modelo de atenção vigente e, em Camaquã, a necessidade de fortalecimento do PACS. Conseqüentemente, as necessidades identificadas também foram distintas, com a necessidade de ampliação dos recursos em transportes para atender ao rural e de diminuição da rotatividade da coordenação do PACS em Camaquã, e a necessidade de ampliação do número de equipes assistenciais e seu direcionamento assistencial no rural de Canguçu.

Ao mesmo tempo em que essas necessidades de qualificação da atenção ao rural foram referidas, a mudança na condução do modelo assistencial vigente foi relatada. Em ambos os casos, como exigência de órgão fiscalizador externo – Tribunal de Contas. Embasados pelas normativas do SUS, estes avaliadores externos forçaram os gestores municipais a buscar soluções ao tratamento da “Estratégia” de Saúde da Família, como modelo de atenção escolhido pela gestão local e não apenas como programa político (PONTES et al., 2008).

Na situação identificada em Camaquã, foi realizada *avaliação pontual* pela SMS devido à obrigatoriedade de adequar o índice da folha de pagamentos com servidores municipais e também de atender à exigência ministerial de incluir os profissionais da ESF no quadro permanente da SMS. Essa reorganização em momento de crise exigiu um movimento pontual de comunicação e interlocução com a população por meio de arenas públicas como a Câmara de Vereadores e rádios locais. Constatou-se que o núcleo da gestão da SMS refletiu sobre as possibilidades de mudanças e o impacto político e assistencial que acarretaria (do governo municipal com categorias profissionais, líderes comunitários e político-partidários) e, a partir de então, publicitou suas decisões.

A ação reflexiva da equipe gestora, enquanto análise para a tomada de decisão, foi ancorada em uma diversidade de considerações de diferentes atores sociais no plano da governabilidade no espaço municipal e fora dele. Como estratégia (MATUS, 1996), os gestores envolvidos nesta situação de avaliação pontual se mostraram ativos para solucionar o problema que atinge, não da mesma forma, a manutenção do lugar dos atores no governo municipal e a necessidade assistencial da população sob sua adscrição. Em outras palavras, a avaliação realizada evidenciou o olhar gestor encerrado nas vivências e modos de sentir e pesar os espaços sociais e suas representações, não limitando-se a aspectos técnicos acerca do objeto em análise.

Essa situação não foi observada durante a coleta de dados em Canguçu, mas relatado por um dos gestores da SMS como um acontecimento que também mobilizou o município na solução do problema. Como resultado de outro produto, também gerado a partir de um momento de crise vivenciado pelo mesmo agente indutor – órgão fiscalizador externo e normativas legais, a exigência de realização de concursos públicos aos profissionais da ESF foi agente catalisador para a equipe gestora da SMS reconhecer outras formas de desenvolver a atenção à saúde. No caso, a equipe gestora de Canguçu afirma que está direcionada à mudança do modelo tecnoassistencial vigente para outro, baseado na ABS.

Também na perspectiva preventivista despertada com o reconhecimento da ABS como norteadora do Sistema Municipal de Saúde, avaliação pontual na SMS de Canguçu foi realizada para identificar o perfil de utilização de medicamentos controlados, a partir do alerta dos profissionais assistenciais à equipe gestora acerca da dispensação e uso abusivos dessas substâncias.

Nos dois casos pesquisados, as principais práticas avaliativas caracterizadas por *monitoramento* foram estimuladas a partir de avaliações pontuais desenvolvidas pela gestão municipal. Em Canguçu, a busca por esclarecimentos sobre a quantidade de medicamentos

controlados que eram dispensados pela SMS possibilitou mudanças nos processos de trabalho de todas as unidades de saúde que manuseiam tais medicamentos. Em Camaquã, as práticas avaliativas de monitoramento referem-se também à regulação de serviços assistenciais de prestadores privados contratados pela SMS.

Diante dessas realidades, a hipótese é que o retorno operacional a uma demanda avaliativa originada pela própria equipe da SMS foi capaz de mobilizar o reconhecimento do papel gestor enquanto tomador de decisão e regulador permanente do SUS.

Esses monitoramentos estavam associados à necessidade de otimizar o uso dos recursos disponíveis para o funcionamento do Sistema de Saúde. Entre as ferramentas utilizadas para o monitoramento em Camaquã, houve relato de utilização periódica de informações como a sazonalidade e a sua relação com o aumento da demanda dos serviços de saúde municipais situados na sede urbana. Em Canguçu, por sua vez, foi referida a aposta nas reuniões de equipe, com interlocução permanente com os coordenadores e também entre os componentes da equipe da gestão centralizada da SMS.

O destaque dado aos gestores das duas SMS evidencia, como em dois pólos, a fragmentação e hierarquização do trabalho gestor e o reconhecimento do trabalho em rede no cotidiano dos serviços e da gestão municipal do SUS de Camaquã e Canguçu, respectivamente. Em ambos os casos no entanto, foi evidenciada a marginalidade com que foram referidos os dados e informações provenientes dos SIS para a tomada de decisão e orientação do Sistema Municipal de Saúde pelos gestores. A compreensão desse fenômeno é auxiliada pela compreensão de uma lógica operacional e técnica que não é dissociada pela lógica das relações, das condutas e regras sociais enquanto governo das coisas e dos homens (TESTA, 1992).

Outras práticas avaliativas relatadas foram identificadas enquanto pontuais na condução de ambas as SMS. Em Canguçu, a adequação e cronograma de atuação da tropa de carros e transporte social; a elaboração do cronograma de visitas assistenciais das equipes que atendem ao rural; e a adequação e reorganização das referências e contra-referências de Média Complexidade dentro e fora dos limites municipais. Da mesma forma, a reorganização da forma de marcação das consultas especializadas e dos exames em Camaquã mereceu a pontualidade na avaliação do quadro da capacidade instalada da SMS e as possibilidades dos usuários para utilizarem tais procedimentos assistenciais.

Todas essas formas de regular e monitorar o Sistema de Saúde sob sua responsabilidade são complementadas pela regulação das demais esferas de gestão sobre o Sistema. Enquanto *práticas avaliativas normativas*, em Camaquã foram exemplificados alguns programas que

devem ser acompanhados a partir de Sistemas de Informação em Saúde, como o Pré-Natal, a coleta de exames citopatológicos e os dados provenientes dos atendimentos pelo PACS rural, que inclui informações sobre os hipertensos e diabéticos acompanhados. Da mesma forma, Canguçu reconhece o cadastro do HiperDia, mesmo que não utilizado pelos gestores da atenção à saúde da população rural e centralizado em um profissional do Centro de Saúde municipal.

Observa-se que há um reconhecimento formal da necessidade dos dados pela institucionalização dessas políticas de saúde, tendo em vista que foram incorporados como uma responsabilidade que integra os processos de trabalho da gestão municipal na relação interfederativa da SMS no SUS, conforme referido no caso de Camaquã. Como condutor da política nacional de saúde e parte das condições de financiamento e liberação de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, a institucionalização das responsabilidades gestoras na ABS foi impulsionada por mecanismos como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a partir de 1999, e recentemente pelo Pacto pela Saúde.

De outra forma, foi observada e afirmada dificuldades na utilização desses instrumentos de gestão da ABS na SMS de Canguçu. Neste caso, o empirismo observado e relatado, com a consideração de informações e dados provenientes de agentes avaliadores comunitários, foi o mais destacado. Em ambos os casos foi posta como justificativa de ineficiência a incerteza na veracidade das informações geradas pelos dados enviados às demais esferas de gestão (PINTO, 2008).

No reconhecimento de outros agentes avaliadores à realidade municipal em saúde e da SMS, os Relatório de Gestão de ambos os casos e o PMS de Canguçu foram realizados com o direcionamento definido pela Secretaria Estadual de Saúde, enquanto governabilidade dos *avaliadores externos à realidade das SMS e dos municípios*. Para o Relatório de Gestão, foi relatado que há planilha específica para preenchimento, disponibilizada pela SES para a inclusão dos dados, enquanto que, no PMS, foram apresentados programas de saúde (Estaduais e Federais) de execução e acompanhamento pela esfera municipal.

Nesses casos, a elaboração dos PMS e Relatórios de Gestão são atividades pontuais e não normativas tendo em vista que, em Camaquã, a sua não atualização em 2005 foi justificada pela permanência político-partidária no governo municipal. Em Canguçu, o relato foi de que o PMS 2005-2009 tinha como um dos seus objetivos o acompanhamento de programas e políticas de saúde nacionais e outras, mas que, ao longo dos anos de sua validade e execução, não foi devidamente analisado, acompanhado ou monitorado como previsto.

Realizados mas não discutidos localmente, os Relatórios de Gestão não foram referidos por mais que um entrevistado em cada município pesquisado, evidenciando a pessoalidade com que são tratados, enquanto tarefas obrigatórias realizadas por atores definidos para cumpri-la. Exemplo neste estudo são as práticas avaliativas desenvolvidas pelo Gestor-A1 e Gestor-B1, Gestor-B2 e Gestor-B3, que não focam em práticas avaliativas normativas. Essa constatação pode estar relacionada aos cargos e funções exercidas por estes profissionais na estrutura da gestão municipal, mas também à ausência de estímulo para produzir estratégias de atenção a partir de instrumentos normativos e que poderiam fortalecer as relações intergestoras interferas do SUS, efetivando o trabalho em rede.

Ao contrário, o uso de Sistemas de Informação, documentos e relatórios de gestão, enquanto meros cumpridores de responsabilidades com as demais esferas de gestão, banaliza a potencialidade das ferramentas. O que se pode observar é que a ausência do diálogo e de momentos de reflexão e trabalho em equipe sobre as informações potenciais de uso permanente para a avaliação na gestão municipal do Sistema de Saúde não permitiu a sua materialização enquanto prática no cotidiano gestor. Essa realidade evidenciou que, mesmo promissoras, essas ferramentas não tem a capacidade, por si só, de mobilizar a capacidade reflexiva dos gestores, mas o inverso, devem ser mobilizadas e potencializadas pelos mesmos e pelos demais gestores do Sistema.

Essa evidência pontua a discussão sobre o papel das instâncias Estadual e Federal do SUS, enquanto mediadores de conhecimento e instigadores de reflexões, para o desenvolvimento municipal e local. Por conseguinte, os desafios no uso dos Relatórios de Gestão, Planos Municipais de Saúde e Sistemas de Informações disponíveis extrapolam a capacidade Estadual e Federal de construir ferramentas de gestão para uso municipal, pensadas enquanto incorporações de tecnologias duras e organizacionais normativas no cotidiano do trabalho das SMS.

A importância do desenvolvimento destas ferramentas não é questionável, mas, por si só, não mostram-se capazes de substituir o desenvolvimento gestor enquanto desenvolvimento humano em utilizá-las, evidenciado, neste estudo, pelo distanciamento real das práticas avaliativas desenvolvidas localmente e as ferramentas de gestão disponíveis. Desta forma, pensar em ferramentas de gestão no SUS significa pensar as tecnologias leves incorporadas nas relações entre os gestores, trabalhadores, usuários e outros atores na negociação diária de interesses na condução e uso dos recursos disponíveis no Sistema.

Elementos como a composição dos grupos sociais que formam os municípios, com seus interesses coletivos e pessoais, são elementos indispensáveis para pensar a avaliação no SUS.

Esse reconhecimento, longe de negar a necessidade de instrumentos normativos, estruturados e também condutores do desenvolvimento local do SUS, traz à dimensão do reconhecimento formal o governo dos homens (TESTA, 1992) como fator que deve ser considerado na formulação de estratégias e planos de ação pela gestão em saúde.

Em síntese, as barreiras vivenciadas e relatadas pelos gestores nas SMS pesquisadas em algum momento dos processos e práticas avaliativas realizadas incluíram: 1) escassez de recursos para realizar as investigações em saúde; 2) dificuldades com a morosidade dos Sistemas de Informação de outras esferas de gestão e que precisam ser utilizados pelos gestores municipais, 3) falta de apoio gestor Estadual para identificar as formas de avaliar e organizar o cotidiano na gestão; e 4) avaliação/identificação sem capacidade de execução da ação conseqüente para solucionar os problemas identificados.

A escassez de recursos para realizar as investigações nas localidades rurais, em ambos os casos, relaciona-se a necessidade de *garantir transporte* às equipes que atendem ao rural como uma necessidade permanente das SMS. Mesmo com a realidade de um PACS rural, a SMS de Camaquã não prioriza um veículo para uso exclusivo do Programa. A coordenação, e mesmo a equipe assistencial (médicos, odontólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), tem que concorrer com outras atividades, também essenciais e cotidianas da SMS, no uso dos veículos.

Em Canguçu, a situação do transporte para as localidades rurais também é reconhecida pelos entrevistados, mas é apontado como uma dificuldade apenas para as questões assistenciais. As práticas avaliativas não foram identificadas como dificultadas por esta condição. O que houve, neste caso, *foi uma dificuldade em relatar problemas relacionados às práticas avaliativas, confundindo-se as práticas avaliativas com assistenciais*, com uma compreensão do próprio foco de atuação enquanto componente apenas da equipe assistencial demandada.

Em Camaquã, essa fala também foi identificada na coordenação do PACS, mas mesclada às dificuldades de gestão. Esse relato identifica a coordenação direta dos serviços e programas enquanto área dinâmica e com componente misto – assistencial e gerencial. Um agravante a essa complexidade, para os gestores de Camaquã, está na *rotatividade das coordenações*, que se apresenta como entrave ao desenvolvimento de projeto de longo prazo. Em ambos os casos pesquisados, a *inclusão de atores inexperientes na gestão* municipal do SUS resulta em recomeço do processo de avaliação e monitoramento do Sistema, com a conseqüente inexistência de avaliações realizadas por estes atores nas SMS.

As dificuldades nas práticas avaliativas estão também relacionadas a dificuldades nas etapas de *coleta e processamento dos dados nos SIS*. Para os gestores, determinados profissionais assistenciais têm dificuldades em proceder esta tarefa, o que pode estar desqualificando os dados disponíveis a SMS. Para a SMS de Camaquã, outra dificuldade são os dados encaminhados à esfera Estadual, que retornam diferentes dos que foram encaminhados.

Associado ao exposto, foi afirmada a *ausência da esfera estadual em capacitações* que poderiam estar subsidiando os gestores municipais. Afirmam que fazem tudo sozinhos, que não têm apoio nenhum da esfera estadual no esclarecimento sobre as metodologias que poderiam auxiliar as práticas avaliativas enquanto etapas dos processos decisórios.

Em ambos os casos, houve relatos de *excesso de demanda cotidiana*, o que em Canguçu justificou a dificuldade na disponibilidade de tempo para proceder às avaliações estruturadas e programadas sobre as ações que desenvolvem. Em Camaquã, o relato considerou que a dependência dos colegas de equipe nas decisões que precisam ser tomadas diariamente no cotidiano das unidades de saúde do município é preocupante. Os gestores ressaltam a exigência de dedicação intensa e contínua para o desenvolvimento e resolubilidade dos processos.

Essas considerações afirmam a dinamicidade e complexidade dos processos de gestão do SUS e, a depender das metodologias de trabalho adotadas, o relato de sobrecarga de trabalho gestor pode ser resultado das dificuldades em lidar com as diferentes dimensões que definem a complexidade da atuação nos espaços de gestão.

Neste sentido, o modelo de gestão caracterizado pela demanda espontânea da população e dos profissionais assistenciais aos gestores municipais fica pouco ou nada norteado pelos planos de saúde e respectivos relatórios de gestão, com inexperiência na função gestora e escassez de recursos de toda a espécie enviesa a realização das práticas avaliativas que não considera essas elementos. O resultado é a geração de informação e análises pouco qualificadas para a ação direcionada às necessidades de capacidade resolutiva e organizacional dos serviços de atenção à saúde da população, refém de apontamentos e reivindicações com interesses outros que não a integralidade, o acesso equitativo e universal ao SUS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo inicial da realização deste estudo estava encoberto pelo foco na operacionalização predominantemente técnica das práticas avaliativas nas Secretarias Municipais de Saúde pesquisadas. O amadurecimento teórico, as vivências em campo em observações participantes e entrevistas, bem como, posteriormente, a vivência profissional na posição de integrante de uma equipe gestora no SUS auxiliaram no reconhecimento e na definição do objeto em estudo – a equipe gestora em exercício, na executora de uma função essencial à efetivação do seu papel no SUS: a avaliação em saúde.

A escolha por essa discussão a partir de duas realidades distintas, utilizando-se de estudos de casos qualitativos, permitiu o esclarecimento necessário sobre o projeto em estudo e a problematização acerca da situação das Secretarias Municipais de Saúde na multiplicidade de suas atribuições e relações sociais e nas dificuldades organizacionais para executá-las. Desta forma, pode-se afirmar que o estudo conduziu ao reconhecimento da dimensão cotidiana, microssocial, das práticas avaliativas em saúde.

Evidenciou que os acontecimentos no cotidiano dos espaços locais de gestão norteiam as práticas de cuidado na gestão. Apesar de normativas, as deliberações das demais esferas de gestão são indutoras, mas não conformadoras. Exemplo disso, e evidenciado neste estudo, foi o não reconhecimento pelo não exercício prático por parte dos gestores municipais, dos PMS e RG enquanto documentos potenciais de avaliação e monitoramento permanentes. Da mesma forma, a cobrança judicial de cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal na Saúde em Camaquã estava em ajuste municipal e resultando em uma tomada de decisão com a penalização pela exclusão de serviços que foram implementados enquanto políticas de saúde induzidas pelas demais esferas de gestão, e não pela SMS.

A hipótese é que esse é o resultado da não relação estabelecida entre estas esferas, tendo em vista os relatos dos gestores entrevistados sobre a ausência de trocas, compartilhamento e construções afetivas de informações na gestão. O compartilhamento das dificuldades de efetivar e garantir a eficácia do Sistema Público de Saúde ultrapassa a análise sobre a sua eficiência técnica, pois inclui a eficiência na satisfação das pessoas que são atingidas pelas políticas e os interesses destes e dos demais envolvidos com o setor, como as categorias profissionais, políticos locais e o mercado médico-hospitalar que age dentro do SUS.

As práticas avaliativas cotidianas estão impregnadas no fazer gestor. Compõem o imaginário e as trocas cotidianas com atores diversos, como políticos, líderes comunitários,

mídia local e mesmo a população de forma direta. Enquanto as práticas avaliativas pontuais e normativas têm a potencialidade de gerar mudanças estruturadas e delineadas no Sistema Municipal de Saúde, as práticas avaliativas cotidianas também têm essa potencialidade, mas exigem, principalmente, a atuação imediata sobre as demandas geradas, a depender do agente da avaliação, e geram mudanças incrementalistas no sistema de saúde e na sua gestão pública.

As práticas normativas e pontuais têm a potencialidade da mudança estrutural e basilar no significado e condução do Sistema de Saúde, tendo em vista que, mesmo não sendo discutidas cotidianamente nos serviços e na gestão, podem ser cobradas ao nível da legalidade pelos órgãos controladores competentes. Neste ponto, essas práticas provocam momentos de crise no espaço dos atores cotidianos, mobilizando-os para a manutenção da situação anterior ou para esclarecimentos sobre as mudanças exigidas externamente à realidade municipal. Levam-os a avaliar e decidir sobre o caminho a seguir a partir das condições impostas.

Pode-se caracterizar as práticas avaliativas cotidianas como incrementalistas e reformistas, não gerando rompimentos e novas reestruturações imediatas no cotidiano do sistema e serviços de saúde e, além disso, conduzindo a uma *estagnação* sobre as potencialidades de mutação do Sistema Municipal de Saúde. De outra forma, o *dinamismo* na condução da gestão municipal em saúde não necessariamente significa o aperfeiçoamento do sistema conforme as necessidades de saúde da sua população ou as necessidades em capacidade instalada e apoio técnico para supri-las. Mudanças significativas nos sistemas de saúde podem ser rompimentos e projetos em execução e em incorporação no cotidiano das pessoas – usuários e profissionais – afetando as relações entre estes e o sistema e obrigando-os a se reinventar em situações de crise, sejam elas positivas ou negativas ao desenvolvimento do SUS e aos atores nele implicados.

Pela sua dimensão, o presente estudo possibilitou a revisão das práticas avaliativas municipais em saúde no momento em que elas acontecem, considerando as perspectivas dos seus atores envolvidos e da relação que tem com o espaço de atuação e os instrumentos disponíveis. A intenção de visibilizar essas práticas envolve a crença de que a gestão dos sistemas municipais de saúde, em municípios de pequeno porte, não são ao acaso ou apenas conduzidas a partir de deliberações de atores externos à realidade local específica.

Identificar e caracterizar quem são os atores implicados no SUS, quais os interesses que defendem e qual a missão das SMS enquanto esfera de interesse público, qualifica a discussão sobre indicadores, planos municipais, relatórios de gestão e todos os outros instrumentos de planificação do setor saúde. Essa dimensão, do contexto e da profundidade da realidade vivida

nos espaços de cuidado na gestão, exige práticas avaliativas qualitativas e participativas, produtoras de significados com os avaliados.

Importante destacar que, pela tangencialidade na avaliação das práticas avaliativas, este estudo não se caracteriza por uma meta-avaliação. Não se pretendeu a esta missão, tendo em vista a sua dimensão estruturalista, controlada, fechada aos programas de saúde normativos com início, meio e fim definidos *a priori*. Diferentemente, incluiu como dimensões avaliativas, motivações e interesses oficiais e oficiosos que delineiam a execução e o interesse pela execução da avaliação de programas e outras de pronunciamento estritamente técnico (FURTADO, 2010).

Dar visibilidade a essa dimensão da avaliação em saúde exige repensar a posição dos avaliadores – gestores, pesquisadores, população usuária, etc – enquanto indutores não menos interessados, sempre capazes de enviesar o direcionamento da execução das políticas e planos de saúde. Longe de um posicionamento que prime por um afastamento destes atores nas práticas avaliativas em saúde, o reconhecimento dos seus posicionamentos – políticos e ideológicos – permite identificar a nulidade ou potencialidade na execução do SUS.

Acredita-se que essa racionalidade, mesmo não eximindo as contradições e limitações presentes na gestão do Sistema, expõe uma outra perspectiva sobre a sua compreensão ao incluir elementos de análise importantes às regras do jogo em questão, que perpassam desde a elaboração de políticas de saúde e normatizações na esfera federal até a execução na redes assistenciais e municipais do SUS.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- AKERMAN, M. NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde – Avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, out./dez., p.361-365; 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n4/v8n4a02.pdf>>. Acesso em: 5 nov.2008.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BAUMAN, Z. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.
- BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.
- BECK, F.L. et al. **Desenvolvimento rural na ‘Metade Sul’ do Rio Grande do Sul: sistemas de ralações, mecanismos e dinâmicas sociais e naturais**. Relatório de desenvolvimento de pesquisa. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Programa de Pesquisa Interdisciplinar, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Xf.
- BRANCO, M. A. F. **Informação em saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Congresso Nacional, Brasília, DF, p.18055, 19 set.1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/DefaultDocument.action?id=134238>>. Acesso em: 15 set. 2009.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 221 – 224, abr. / jun. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em:< <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio:** acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde:** Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº399/GM,** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CAMAQUÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2003-2005.** Camaquã: Secretaria Municipal de Saúde, 2002. 49f.

CAMPOS, G. V. S. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: CAMPOS, G. V. S.; MEHRY, E. E.; NUNES, E. D. (Ed.). **Planejamento sem normas.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994a. p. 45-51.

CAMPOS, G. V. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G. V. S.; MEHRY, E. E.; NUNES, E. D. (Ed.). **Planejamento sem normas.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994b. p. 9-31.

CANGUÇU. Rio Grande do Sul. **Plano Municipal de Saúde 2005-2009.** Canguçu: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. 87f.

CECÍLIO, L. C. O. Prólogo. In: CECÍLIO, L. C. O. (editor), MEHRY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994 a. p. 11-28.

CECÍLIO, L. C. O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: CECÍLIO, L. C. O (Ed.), MEHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994b. p. 235-29.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 200-7, jul./dez., 2007. Disponível em:< www.reciis.cict.fiocruz.br>. Acesso em: 27 abr. 2008.

CESSE, E.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.47-71.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

DOLL, J. **Qualidade em pesquisa qualitativa**. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Faculdade de Economia. Universidade federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Aula proferida em setembro de 2009.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n.5, set./out., 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 17 nov. 2009.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.

LOBATO, L. V. C.; Noronha, J. C.; Carvalho, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.333-384.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO, R. Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPES, 2006. p. 35-56.

FISCHMANN, A.; MEDINA, C. A. B.; SEHN, L. Mortalidade por algumas doenças crônicas não transmissíveis: parte 1. **Boletim Epidemiológico SES/RS**, Rio Grande do Sul, v.7, n.4, dez. 2005. Disponível em:
<<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1240945555130V7%20N4.pdf>> . Acesso em: 12 nov. 2008.

FURTADO, J. P. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=6501>. Acesso em: x set. 2011.

GERHARDT, T. E. et al. **Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade e necessidades em saúde de usuários e novos desafios para a integralidade em saúde pública**. Relatório de pesquisa. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009a. Patrocinado pela Fundação de Amparo Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul/FAPERGS.

GERHARDT, T. E. et al. **Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde**. Relatório de pesquisa. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009b. Patrocinado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento/CNPq.

GERHARDT, T. E. et al. Utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em Sistemas de Informação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ago. 2009 c. Disponível em:<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3935> . Acesso em: 23 ago. de 2009. Aprox. 15 p.

GERHARDT, T. E. et al. Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação crônica de adoecimento crônico. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009 d. p. 287-98.

GERHARDT, T. E. et al. **Sistemas locais de saúde, determinantes sociais e itinerários terapêuticos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis**. Projeto de pesquisa. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009 e. 59f.

GERHARDT, T. E. et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (editores). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009 f. p. 287-98.

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Suplemento 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Ed.). **Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HONNETH, A. **Justice and recognition**. Fourth International Symposium on Justice : Justice and Recognition – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul / Goethe-Institut, Porto Alegre – September, 29th – October, 1st 2009

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: A gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. Luiz Repa (Trad.). São Paulo: Ed. 34, 2003.

JOHNSON, A. G. **Dicionário de Sociologia**: Guia Prático da Linguagem Sociológica. Ruy Jungmann (Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v.43, n.1, p.29-44, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/resr/v43n1/25834.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2008.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.41, n.6, p. 1143-1163, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n6/07.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

LUZ, M. T. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: LUZ, M. T. (Org.). **Organização social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

MARTINS, P. H. Dom do Reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) **Usuários, redes sociais, mediação e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 39-50.

MARTINS, P. H. **MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano)**: aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 61-89.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 43 - 68.

MATUS, C. **Estratégias políticas: Chipanzé, Ganghi e Maquiavel**; tradução Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.

MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. Apresentação: o sentido deste livro e seus compromissos. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Ed.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 21-44.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: um investimento vital. OLIVEIRA, M. C. (Trad.). Organização Mundial da Saúde, 2005.

PAIM, J. S. Avaliação em Saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-13.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>>. Acesso em: 14 maio. 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Policy, planning and health management: the current understanding. **Rev Saúde Públ.**, São Paulo, v. 40, special issue, p. 73-78, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/en_30625.pdf>. Acessado em: 14 nov.2009.

PINHEIRO, R. (Coord.) **Estudos multicêntricos sobre tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na atenção básica**. Projeto de pesquisa. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. 62f.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Construindo caminhos analíticos e integralizando a solidariedade de conhecimentos: operacionalização da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Ed.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009 a. p.27-36.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Ed.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009b.

PINHEIRO, R.; SILVA Jr.; A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para os estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para os estudos de práticas avaliativas**. Rio de Janeiro: CEPESQ: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 17-42.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade em saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESQ: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 17-41.

PINTO, J. M. **O uso da informação na gestão da Atenção Básica à Saúde: “informação para que mesmo?”**. 2008. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Gestão municipal em saúde e formação profissional para o SUS: “Que informação? Que Atenção Básica?” In: **IX Seminário do Projeto Integralidade:**

Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde. [Trabalho apresentado]. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ, 2009. p. 25-27.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PONTES, A. L. et al. Itinerários Terapêuticos e Estratégia de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade:** contribuições para os estudos de práticas avaliativas, 2008. p-17-42

REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. P. B. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Série técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: Metodologia de análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil. Brasília (Brasil): Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 78, de 11 de fevereiro de 2008. Dispõe sobre o uso do Relatório de Gestão Municipal de Saúde – RGMS no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. **Lex:** Portarias da Secretaria Estadual de Saúde, Porto Alegre (RS), 2008. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=3082>>. Acesso em: 13 set. 2011.

RIQUINHO, D. L. **A outra face dos determinantes sociais de saúde:** subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. 2009. 213 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

RIVERA, F. J. U. (Ed.); TESTA, M.; MATUS, C. **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

ROESE, A. **Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS.** 2005. 194 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO, M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Ed.). **Epidemiologia e saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2005. p. 83-121.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009.

SILVA, L. M. V. S.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80 - 91, jan./mar., 1994. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.2490-2502, out. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/23.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2008.

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

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Ed.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007. p. 75-98.

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

APÊNDICE A – Roteiro norteador comum às três etapas de coleta de dados (análise documental, entrevistas semi-estruturadas e observação participante) sobre práticas avaliativas da gestão local da ABS para a atenção e o cuidado a residentes rurais em relação às DCNT.

Documento analisado:

Correspondente ao período de: ____/20____.

Município:

Identificação das práticas avaliativas realizadas no âmbito ABS e suas características.

- 1) Tipo de avaliação
 - a. Cotidiana;
 - b. Normativa (formativa e/ou somativa)
 - c. Pontual;
 - d. Monitoramento;
 - e. Investigação avaliativa.

- 2) Origem dos avaliadores
 - a. Externos (*experts*, pesquisadores ou consultores);
 - b. Internos (equipe gestora da SMS, profissionais assistenciais ou a população).

- 3) Motivo da avaliação
 - a. Níveis de saúde e doença em determinados grupos populacionais;
 - b. Verificar eficácia de serviços e ações;
 - c. Satisfação de usuários e profissionais;
 - d. Outros motivos.

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS E OBSERVAÇÃO COM
PROFISSIONAIS GESTORES DA ABS SOBRE A ATENÇÃO E O CUIDADO A
RESIDENTES RURAIS EM RELAÇÃO ÀS DCNT.**

Em um mesmo nível de análise, serão realizadas a observação e as entrevistas com os profissionais de saúde gestores, utilizando-se o roteiro abaixo.

_____, ____ de _____ de 2010.

Início: Término: .

Identificação

- 1) Cargo que ocupa (m) nessa Secretaria Municipal de Saúde.
- 2) Atribuições do cargo ocupado.
- 3) Tempo de ocupação desta mesma função.
- 4) Cargo imediatamente anterior ao ocupado atualmente.
- 5) Formação acadêmica/escolar e complementar.

Concepções sobre: ABS, residentes rurais e DCNT

- 1) Como você define saúde?
- 2) Como você caracteriza a população rural do seu município?
- 3) Como você caracteriza as DCNT?
- 4) O que é a ABS para você?

Práticas avaliativas na gestão da ABS para a atenção e o cuidado a residentes rurais em relação às DCNT

- 1) Como é organizado o trabalho na gestão da ABS?
- 2) O que você entende por avaliação em saúde?
- 3) Quais as fontes de dados e informações que você e sua equipe dispõem para avaliar as ações, serviços, o seu sistema local e a situação de saúde da população rural do seu município?
E em relação às DCNT nessa mesma população, quais os dados e informações de que você dispõe?
- 4) De que forma a população rural é diferenciada na gestão da ABS, considerando-se as suas particularidades, como no acesso e no perfil de saúde e doenças prevalentes, por exemplo?
- 5) Quais as ações, serviços, e programas de saúde destinados à população rural para o identificação e monitoramento de DCNT já avaliados nos últimos 4 anos (desde o ano de divulgação do Pacto pela Saúde, em 2006)?
Quais os dados e informações (parâmetros? DATASUS? IBGE? banco de dados local?) foram utilizados para avaliá-los?

Que tipo de informações e diagnósticos geraram?

Em quais outras situações você sente a necessidade de avaliar o seu sistema local ABS?

- 6) Quais as avaliações sobre a situação de saúde da população rural do seu município realizadas nos últimos 4 anos (desde o ano de divulgação do Pacto pela Saúde, em 2006)?

Quais os dados e informações (parâmetros? DATASUS? IBGE? banco de dados local?) foram utilizados?

Que tipo de informações e diagnósticos geraram?

Em quais outras situações você sente a necessidade de avaliar a situação de saúde ou a qualidade de vida da população rural do seu município?

- 7) Com que apoio (técnico, capacitações e formação profissional) você e sua equipe gestora contam para a realização dessas avaliações em saúde? Estadual, federal, assessoria privada, equipe gestora de outros municípios? Com qual frequência?
- 8) Quais as dificuldades em avaliar os serviços do sistema local, a saúde e a qualidade de vida dos residentes rurais quanto às DCNT? E quanto à atenção e ao cuidado de ABS a essa população? Por quê?
- 9) Quais as estratégias você e sua equipe utilizam para avaliar a população rural quando as DCNT e a atenção e cuidado prestados nos serviços de ABS a essa população?
- 10) O que você pensa sobre o trabalho na gestão municipal, incluindo o planejamento e a avaliação em saúde como integrantes desse trabalho?

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DESTINADO AOS
PROFISSIONAIS DA GESTÃO MUNICIPAL DA ABS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento em participar do estudo realizado pela mestranda JULIANA MACIEL PINTO, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. TATIANA ENGEL GERHARDT. Esta dissertação de mestrado, com o título “ Práticas avaliativas na Atenção Básica à Saúde: a gestão local entre reprodução e inovação”, objetiva analisar as práticas avaliativas realizadas na gestão local da Atenção Básica à Saúde em dois Municípios de pequeno porte da região sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com a equipe gestora local da Atenção Básica à Saúde que atuo, por meio de análise documental, entrevistas e observação das práticas avaliativas em saúde realizadas pela equipe. Estou ciente que a entrevista será registrada em gravador digital e posteriormente será transcrita, e que a observação será registrada com bloco de anotações e diários escritos pela mestranda.

Fui informado(a) que, mesmo após o início da entrevista e da observação posso, a qualquer momento, recusar-me a falar ou responder sobre qualquer assunto e pergunta, ou mesmo encerrá-las, sem que isso me resulte em prejuízos, pois trata-se de livre participação.

Declaro, que me foram assegurados o anonimato das informações por mim fornecidas e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa acadêmica. Também me foi assegurado o retorno dos resultados dessa pesquisa a esta Secretaria Municipal de Saúde, preferencialmente àqueles que participaram desse estudo, após o término da mesma e após a sua defesa como Dissertação de mestrado.

Me foi assegurado de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, no endereço: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 99979248.

A pesquisadora principal do estudo me concedeu uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Considerando-me esclarecido(a) em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

_____, ____/____/____.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) participante

ANEXO – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008077

Título : SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE, DETERMINANTES SOCIAIS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Pesquisador (es)

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
ELIZIANE NICOLodi FRANCESCATO RUIZ	PESQUISADOR		
CÁSSIA REGINA GOTLER MEDEIROS	PESQUISADOR		
TATIANA ENGEL GERHARDT	PESQ RESPONSÁVEL		
ALESSANDRA RIVERO HERNANDEZ	PESQUISADOR		
JULIANA MACIEL PINTO	PESQUISADOR		
FERNANDA ARAÚJO RODRIGUES	PESQUISADOR		
MARISTELA CORREA RODRIGUES DE LIMA	PESQUISADOR		
MARTA JÚLIA MARQUES LOPES	PESQUISADOR		
DEISE LISBOA RIQUINHO	PESQUISADOR		

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião nº 57, ata nº 137, de 8/10/2009, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 9 de outubro de 2009


 JOSE ARTUR BOGO CHIES
 Coordenador do CEP-UFRGS