

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DINTER UFRJ/UEPA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA:
CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA LIRACY BATISTA DE SOUZA

**RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/ 2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DINTER UFRJ/UEPA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA:
CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA LIRACY BATISTA DE SOUZA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Sousa

**RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/2011**

S729m Souza, Maria Liracy B.
Modelo orgânico de avaliação participativa: construção e aplicação
na estratégia saúde da família / Maria Liracy B. Souza. -- Rio de Janeiro:
UFRJ, 2011.
152f.: il.; 31 cm

Orientador: Ana Inês Sousa
Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem
Anna Nery, Programa de Pós- graduação em Enfermagem, 2011.

1. Avaliação de serviço de saúde. 2. Saúde da família. 3. Atenção primária à saúde.
4. Pesquisa-ação. 5. Saúde pública. 6. Enfermagem. I. Sousa, Ana Inês. II. Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação
em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

**MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA:
CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA LIRACY BATISTA DE SOUZA

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

APROVADO POR:

Presidente: Profa. Dra. Ana Inês Sousa, Orientadora,
Universidade Federal do Rio de Janeiro.

1º Examinador: Prof. Dr. Michel Jean Marie
Thiollent, Universidade Federal do Rio de Janeiro

2ª Examinadora: Profa. Dra. Denise Cristina de
Oliveira, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

3ª Examinadora: Profa. Dra. Sonia Acioli de
Oliveira, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

4ª Examinadora: Profa. Dra. Ivone Evangelista
Cabral, Universidade Federal do Rio de Janeiro

1ª Suplente: Profa. Dra. Regina Célia Gollner
Zeitoune, Universidade Federal do Rio de Janeiro

2ª Suplente: Profa. Dra. Elizabeth Teixeira,
Universidade do Estado do Pará.

**RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/2011**

A Deus, em todas as suas formas de amor.

DEUS,
sempre que seu
amor está presente
nos nossos corações,
tange, abundantemente,
o outro com sua força.
Amor que
nos envolve e
traz consigo
o Deus que
nutre nossos
iluminados momentos e
oportunidades de amar sempre.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Ao meu pai, **João Tito** (in memoriam), e à minha mãe, **Nará** (in memoriam) pela lição de vida, princípios morais e éticos que respaldam a minha existência.*

*Aos meus filhos amados, **Patrícia e Maurício**, pelo carinho, amor incondicional, incentivos, apoio e palavras simples e sinceras que tocam minha mente e meu coração a cada dia.*

*Ao meu parceiro amado, **Arias**, pelo amor, amizade, paciência e tolerância ao renunciar, junto comigo, as muitas horas de convívio.*

*A minha orientadora, Professora Doutora **Ana Inês Sousa**, pela sua brilhante postura ética, acadêmica, pelo compromisso com a formação profissional e apoio incondicional durante todo o percurso de construção desta tese.*

AGRADECIMENTOS

A todos os meus familiares: irmãos, irmã, cunhadas e cunhado, sobrinhos e sobrinhas, sobrinhas e sobrinhos netos.

Às minhas colegas do DINTER: Carmen, Dilma, Fátima, Goreth, Heliana, Ivaneide, Ingrid, Izabel, Ivonete, Ilma, Lucirene e Maria Auxiliadora.

Aos Professores da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial a Profa. Dra. Ivone Evangelista Cabral

Aos Usuários da Estratégia Saúde da Família, Enfermeiras, Agentes Comunitários de Saúde e todos os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família

Às equipes da Secretaria de Saúde de Ananindeua

Ao Professor Dr. Raimundo Arias

À Professora Esp. Enfa. Benedita Abreu

À Pedagoga Ana Rita dos Santos

Aos Professores que participaram das bancas de defesa de projeto, qualificação e defesa final.

A todos os membros do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva/EEAN/UFRJ.

Aos professores do Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem Magalhães Barata.

Às amiga, Antonia Mesquita de Almeida, Vanderlucia Ponte,

Ao Carlos Puig, pela leitura cuidadosa do texto.

“Mais vale uma cabeça bem
feita do que uma cabeça cheia”.
Montaigne apud Edgar Morin (2010)

RESUMO

SOUZA, Maria Liracy B. **Modelo Orgânico de Avaliação Participativa:** construção e aplicação na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

A presente Tese de Doutorado está vinculada ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ e ao Departamento de Enfermagem Comunitária do Curso de Enfermagem / UEPA, tendo como objeto: saberes e práticas avaliativas das equipes e usuários da Estratégia Saúde da Família. Teve como objetivo geral: promover a ação-reflexão-ação das equipes de saúde da família e usuários quanto à avaliação como base orgânica do processo decisório e específicos: identificar saberes e práticas avaliativas dos usuários e das equipes de saúde da família; analisar os fatores condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais; e contribuir com as EqSF na (re)significação da avaliação como processo. A abordagem metodológica escolhida foi a pesquisa qualitativa orientada seguindo os conceitos da Pesquisa-Ação. As informações foram analisadas, considerando os procedimentos da Análise de Conteúdo Temático-Categorial. O cenário do estudo foi o município de Ananindeua, exatamente o Pólo Sanitário I. Os participantes da pesquisa foram cinco usuários das micro-áreas e duas Equipes de Saúde da Família que atuam no referido Pólo. Foram desenvolvidos dez eventos e mobilizados uma variedade de recursos didático-pedagógicos como seminários, reuniões, plenárias, trabalhos em grupo e outras técnicas didáticas e dinâmicas em grupo que nos apontaram o caminho para a concepção, desenvolvimento e aplicação do Modelo Orgânico de Avaliação Participativa – MOAP. A organicidade do MOAP se caracteriza pela conexão que o grupo mantém com o contexto avaliado, pois trabalhadores e usuários se interligam em um projeto comum de transformação da realidade. Obtendo, em constante interação, uma visão social e política do contexto onde estão inseridos. O modelo construído e aplicado na e com as equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família contribui a emancipação e autonomia dos sujeitos, promove estreita relação entre usuários e trabalhadores com o contexto social, político e organizativo em que compartilham problemas e soluções. O MOAP se constitui um dispositivo potente para avaliação na Estratégia Saúde da Família, considerando que valoriza as peculiaridades do contexto e dos atores envolvidos; contribui para introduzir os trabalhadores e usuários como atores ativos nos processos de pesquisas e de ações, produzindo novos saberes e novas práticas para seus próprios e outros cenários; inalienando e motivando-os a refletir e agir sobre a própria realidade, dando a consciência da sua cidadania, além de resgatar suas funções e conferir a consciência dos seus papéis nos processos avaliativos. Ao aplicarmos o MOAP tratamos do ato de avaliar como um ato orgânico não só importante ao trabalho das equipes de saúde da família, mas como alicerce da educação permanente, dos processos de planejamento e decisórios que valorizem a participação e a negociação, pois a comunidade ganha na medida em que consegue mais espaço na gestão do SUS local. A aplicação do MOAP proporciona um processo avaliativo em sintonia com seus protagonistas. O estudo também revelou que o Enfermeiro é o principal agente propulsor dos processos avaliativos no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-Chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa-Ação. Saúde Pública. Enfermagem.

ABSTRACT

SOUZA, Maria Liracy B. **Organic Model of Participatory Evaluation: The Construction and Application in Family Health Strategy.** Rio de Janeiro, 2011. Thesis (Doctorate) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

The present Doctorate Thesis is bonded to the Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ (Nursing School) and to the Departamento de Enfermagem Comunitária do Curso de Enfermagem/UEPA (Communitary Nursing Department), and has as its object the knowledge and evaluative practices of the teams and clients of the Family Health Strategy program. The overall objective was: to promote the reflection-action-reflection of the Family Health Teams and healthcare system users, on the evaluation as an organic basis of the decisional process, and as specific aims: to identify evaluative knowledges and practices of the users and of the Family Health Teams; to analyse the conditioning and determining factors of the non-usual evaluative practices; and to contribute with the EqSF in (re)signifying evaluation as a process. The data was analysed according to the proceedings of the Thematic-Categorical Content Analysis. The scenario for the study was the municipality of Ananindeua, most precisely the Polo Sanitário I neighbourhood. The participants in the research were five healthcare users in the micro-areas, and two Family Health Teams that practice at that neighbourhood. There were ten events developed, and a variety of didactic-pedagogical resources were mobilized, such as seminars, meetings, panels, group projects and other didactical techniques, as well as group dynamics which pointed the way to the conception, development, and application of the Organic Model of Participatory Evaluation (MOAP). The MOAP's organicity is characterized by the connection it maintains with the evaluated context, because workers and users are interlinked in a common reality transformation project. The model that was constructed and applied at and with the teams that work in the Family Health Strategy, contributes to the emancipation and autonomy of the subjects, promotes a close relationship between users and workers with the social context. The MOAP constituted as a potent device for the evaluation at the Family Health Strategy, considering that it values the peculiarities of the context and of the actors involved in the process; contributes to introduce the workers and clients as active in the research processes and actions, producing new knowledge and practices to their own scenarios, as well as others; unalienating and motivating them to reflect and act on their own reality, increasing their consciousness of citizenship, as well as rescuing their functions and granting a consciousness of their own roles in the evaluative processes. As we applied MOAP, we were treating the act of evaluating as an organic act that is not only important for the work of the family health teams, but as the basis for permanent education, for the planning and decision making processes that value the participation and the negotiation aspects, because the community benefits as it gains more room in the local SUS management. The MOAP application enables an evaluative process that is tuned with its protagonists. The study also reveals that the Nurse is the main propelling agent in the evaluative processes in what concerns the Family Health Strategy.

Keywords: Health Services Evaluation. Family Health. Primary Health Care. Action-Research. Public Health. Nursing..

RESUMEN

SOUZA, Maria Liracy B. Modelo Orgánico Evaluación Participativa: construcción y aplicación de la Estrategia de Salud Familiar. Rio de Janeiro, 2011. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

Esta tesis de doctorado está vinculada al Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ (Escuela de Enfermería) y al Departamento de Enfermagem Comunitária do Curso de Enfermagem / UEPA (Departamento de Enfermería Comunitaria del Curso de Enfermería), teniendo como objeto: conocimientos y prácticas de evaluación de los equipos y los usuarios de la Estrategia de Salud de la Familia. Tuvo como objetivo general: promover la acción-reflexión-acción de los equipos de la salud de la familia; analizar los factores condicionantes y determinantes de las prácticas avaliativas no usuales; y contribuir con los EqSF en la (re)significación de la evaluación en cuanto proceso. El abordaje metodológico elegido fue la investigación cualitativa dirigida siguiendo los conceptos de la pesquisa-acción. Las informaciones fueron analizadas, considerando los procedimientos de análisis del contenido Temático-Categorial. El escenario de estudio fue el municipio de Ananindeua, exactamente en el Polo Sanitario I. Los participantes del estudio eran cinco usuarios de las micro-áreas y dos equipos de Salud Familiar que trabajan en el citado Polo. Hemos desarrollado diez eventos y movilizamos una variedad de recursos didáctico-pedagógicos como seminarios, reuniones, sesiones plenarias, grupos de trabajo y otras técnicas didácticas y dinámicas de grupo que nos señalaran el camino para el concepto, desarrollo, aplicación y validación del Modelo Orgánico de Evaluación Participativa, el MOAP. La organicidad del MOAP se caracteriza por la conexión que el grupo mantiene, pues trabajadores e usuarios se interconectan en un proyecto común de transformación de la realidad, obteniendo, en constante interacción, una visión social y política del contexto en lo cual están inseridos. El MOAP se constituye en un poderoso instrumento para la evaluación de la Estrategia de Salud Familiar, considerando que valoriza las peculiaridades del contexto y de los actores involucrados; contribuye a introducir a los trabajadores y a los usuarios como agentes que participan activamente en el proceso de investigación y de las acciones, produciendo nuevos conocimientos y nuevas prácticas para sus propios y otros escenarios; haciendo suyo el proceso y motivando a las personas a reflexionar y actuar sobre su propia realidad, dándoles la conciencia de su ciudadanía, como también al rescatar las funciones y al conferir la conciencia de los papeles en los procesos evaluativos. Cuando aplicamos al MOAP, tratamos del acto de evaluar como un acto orgánico no solo importante para el trabajo de los equipos de salud de la familia, pero como bases de la educación permanente, de los procesos de planeamiento y decisiones que valoricen a la participación y la negociación, pues la comunidad gana en la medida que consigue más espacio en la gestión del SUS local. La aplicación del MOAP proporciona un proceso evaluativo en sintonía con sus protagonistas. El estudio también reveló que el Enfermero es el principal agente propulsor de los procesos evaluativos en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia.

Palabras clave: Evaluación de Servicios de Salud. Salud de la Familia. Atención Primaria de Salud. Pesquisa-Acción. Salud Pública. Enfermería..

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS - Atenção Primária em Saúde

CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

EqSB – Equipes de Saúde Bucal

EqSF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MOAP – Modelo Orgânico de Avaliação Participativa

PAC II – Plano de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PA – Pará

PET- SAÚDE – Projeto de Educação pelo Trabalho e para Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNASS – Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SESAU – Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPA – Universidade do Estado do Pará

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA I - Síntese das concepções teóricas sobre avaliação	29
DIAGRAMA II - Representação da pesquisa-ação aplicada ao estudo	45
DIAGRAMA III - Categoria e temas analisados	102
DIAGRAMA IIIa - Categoria e temas analisados – conhecimentos acerca da avaliação ..	103
DIAGRAMA IIIb - Categoria e temas analisados – práticas avaliativas	108
DIAGRAMA IIIc - Categoria e temas analisados – condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais	111
DIAGRAMA IV - Desenvolvimento e aplicação do modelo orgânico de avaliação participativa – MOAP	59
DIAGRAMA V - Modelo Orgânico de Avaliação Participativa – MOAP	76

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SÍNTESE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	85
QUADRO 2 - SÍNTESES DOS ASPECTOS DESTACADOS PELO GRUPO	100
QUADRO 3 - PLANO DE CONTINUIDADE DO TRABALHO DE AVALIAÇÃO	101

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 CONSTRUÇÃO DO ESTUDO	21
2.1 INTERESSE PELO TEMA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS	21
2.2 MOTIVOS PARA ESTUDAR A AVALIAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
2.3 A PROBLEMÁTICA.....	25
2.4 O PROBLEMA DESENCADEANTE DO ESTUDO	27
2.5 A ESCOLHA DA PESQUISA-AÇÃO COMO METODOLOGIA DO ESTUDO ...	28
3 APOIO TEÓRICO	30
3.1 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	30
3.1.1 A importância da avaliação para o trabalho das equipes de saúde da família	33
3.1.2 A avaliação como atribuição das equipes de saúde da família	36
3.1.3 A avaliação como dispositivo orgânico do processo de trabalho	37
3.1.4 Os processos avaliativos na Estratégia Saúde da Família à luz do pensamento complexo	39
3.2 MODELOS DE GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	41
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
4.1 A METODOLOGIA	46
4.2 O CONTEXTO DA PESQUISA	49
4.2.1 O Estado do Pará	49
4.2.2 O Município de Ananindeua, PA	51
4.3 O CENÁRIO E COLABORADORES DA PESQUISA	53
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	56
4.5 PROCESSO DA ANÁLISE DOS DADOS	57
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	58
4.7 CRITÉRIOS DE RIGOR DO ESTUDO	59
4.7.1 Credibilidade	59
4.7.2 Aplicabilidade	59
4.7.3 Confiabilidade	59
5 MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA – MOAP: PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	60

5.1 ETAPAS E ATIVIDADES PRELIMINARES	62
5.1.1 Etapa Exploratória	62
5.1.2 Institucionalizando a Pesquisa	63
5.1.3 Reconhecendo as parcerias	66
5.1.4 Considerações complementares	72
5.2 APLICAÇÃO DO MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA (MOAP) NA ESF	72
5.2.1 Reconhecendo a Realidade e Construindo o Diagnóstico	78
5.2.2 Planejando as Ações para enfrentamento da Realidade	87
5.2.3 Definindo o Problema Prático	88
5.2.4 Planejando a Ação Nuclear para enfrentamento do Problema Prático	90
5.2.5 Desenvolvendo a Ação Nuclear para enfrentamento do problema prático.....	91
5.2.5.1 Oficina I – Trabalhando em Equipe	92
5.2.5.2 Oficina II – Compreendendo a Estratégia Saúde da Família	94
5.2.5.3 Oficina III – Desenvolvendo as Práticas Avaliativas no trabalho	94
5.2.6 Seminário de difusão: avaliando e refletindo sobre o MOAP	96
6 SABERES E PRÁTICAS AVALIATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	103
6.1 CONHECIMENTOS ACERCA DA AVALIAÇÃO	104
6.2 PRÁTICAS AVALIATIVAS	108
6.3 CONDICIONANTES E DETERMINANTES DAS PRÁTICAS AVALIATIVAS NÃO USUAIS	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	123
ANEXOS	130
APÊNDICES	133

1 INTRODUÇÃO

Com a decisão de tomar a Avaliação em Saúde como tema deste estudo, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como contexto e os saberes e práticas avaliativas como objeto, evidenciou-se a necessidade de um modelo orgânico de avaliação participativa (MOAP), que foi então concebido e aplicado com equipes de saúde da família e usuários. Primeiramente por se entender que a avaliação no plano praxeológico das Equipes de Saúde da Família (EqSF) permite ampliar e garantir a participação e o acesso às informações dos sujeitos, o que poderá ser fator de incômodos políticos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por ter sua cultura democrática ainda não plenamente consolidada. Segundo, porque a comunidade ganha mais espaço na gestão do SUS local e há o envolvimento dos usuários e trabalhadores num projeto comum para superação e enfrentamento das dificuldades locais.

No entanto, a adoção de diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários, a academia e os serviços de saúde, através de uma linguagem compartilhada, construída pelos saberes, ou seja, pelas experiências acumuladas que revelam o interno das coisas (MORIN, 2010) de quem vive os dois lados da assistência à saúde poderá possibilitar o enfrentamento de problemas não evidenciados através dos mecanismos convencionais utilizados para avaliar. Ao abrir espaços para a manifestação das EqSF e dos usuários quanto aos conhecimentos relativos a uma ação concreta (práticas) e oportunizar a incorporação de novas e outras práticas avaliativas com: (a) o sentido da visão ampliada do processo saúde doença; (b) a formação de vínculos; (c) a abordagem familiar e (d) o trabalho em equipe; certamente, poderá, como desafio, conduzir os sujeitos a uma reflexão em torno da estruturação do seu trabalho e de sua participação no processo de decisões, tendo como perspectiva a reorientação do modelo assistencial preconizado para o SUS.

O escopo deste texto está organizado em sete capítulos: Destacamos no segundo capítulo o tema o problema que solidificaram as ideias e o interesse em pesquisar o assunto considerado de importância ímpar para a Saúde Coletiva, especialmente no estado do Pará que ainda se ressentia de estudos sobre a ESF. As questões norteadoras do estudo, os objetivos, os motivos e as experiências que desencadearam o interesse pelo tema foram contemplados.

No terceiro capítulo, enveredou-se através dos vastos referenciais teóricos que embalsamaram e sedimentaram a ideia de trabalhar a avaliação, no plano praxeológico, das EqSF

como instrumento orgânico para o processo decisório na reorientação do modelo assistencial à saúde e apoiaram a construção e aplicação do MOAP. Trata-se, também, da Pesquisa-Ação, na perspectiva da tomada de consciência dos sujeitos sobre avaliação, do aprimoramento das práticas avaliativas e da geração de conhecimentos. Apresenta-se as bases teóricas que apoiaram o entendimento dos conteúdos manifestados pelos participantes dando uma visão ampla da literatura e pesquisas que tratam do tema.

No quarto capítulo, apresentou-se a dinâmica metodológica que tem como eixo a Pesquisa-Ação, e a análise dos dados a partir de um corpus constituído de transcrições áudio gravado de todos os eventos realizados junto à equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua (SESAU) e aos colaboradores (os sujeitos representados por cinco usuários e pelos membros de duas EqSF). Focalizou-se o contexto em que foi realizado o estudo, seu cenário, bem como as técnicas utilizadas para coleta e análise dos dados tendo como foco os saberes e práticas avaliativas das EqSF. Procurou-se descrever, detalhadamente, cada momento do percurso do estudo.

No quinto capítulo foi feita a apresentação e descrição do processo de concepção, as etapas/atividades preliminares, desenvolvimento, construção e aplicação do Modelo Orgânico de Avaliação Participativa (MOAP). Esse modelo foi concebido e desenvolvido pela autora deste estudo e aplicado na ESF como dispositivo ao alcance daqueles que fazem acontecer a saúde da família.

Detalhou-se, especialmente, quanto à Ação Nuclear: Atuando na ESF, desenvolvida conjuntamente com os colaboradores para enfrentamento do problema prático selecionado. Ao “olharem” para seu próprio trabalho, perceberam suas fragilidades e potencialidades para o enfrentamento de problemas tão complexos quanto desafiadores e por eles identificados e pensados.

O sexto capítulo foi dedicado à apresentação de conteúdos apreendidos das manifestações dos colaboradores sobre os conhecimentos acerca da avaliação, suas práticas avaliativas assim como os fatores condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais.

Na conclusão destacaram-se as contribuições desta pesquisa para estudos sobre avaliação em saúde e o que foi possível inferir sobre o enfermeiro como agente propulsor do processo avaliativo na ESF.

Ao longo do texto, apresentou-se um conjunto de oito diagramas na tentativa não apenas de ajudar a compreensão dos conteúdos abordados como, também, expor um esquema visual para ilustrar o processo de construção do conhecimento a que este estudo se propôs. Este estudo não se considera, nem tem a intenção de ser um produto acabado, pois seria contrariar o próprio espírito da ciência. Teve-se, sim, a clareza da necessidade de permanente aprimoramento de um conjunto de saberes e práticas que a cada ação-reflexão conduz a uma nova dimensão: a formação profissional, a assistência humanizada, a valorização dos atores que fazem o SUS, ou seja, o compromisso com a cidadania.

2 CONSTRUÇÃO DO ESTUDO

2.1 INTERESSE PELO TEMA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

Tratar do tema Avaliação em Saúde significa ter que fazer muitos recortes e escolhas para concluir um estudo. Tema vasto e de riquezas bibliográficas ímpares, se constitui um desafio ter que “abandonar” muitos aspectos e estudiosos da avaliação em saúde, para centrar esforços e caminhar numa direção desenhada ao longo de uma trajetória profissional e acadêmica acumulada em três décadas.

O interesse pelo tema surge ancorado em experiências profissionais na gestão e gerência de serviços de saúde e nas experiências acadêmicas, acumuladas ao longo de 30 anos.

Junto aos serviços de saúde, é possível perceber que a maioria das equipes gestoras, tanto na esfera estadual quanto municipal, demonstram fragilidades na condução do sistema de saúde traduzidas em dificuldades de ordem técnico-administrativa e gerencial no que diz respeito ao processo de planejamento, organização, controle e, especialmente, da avaliação em saúde. O que se observa é que o uso da avaliação pelas equipes, no cotidiano do trabalho é incipiente ou praticamente inexistente. Talvez por desconhecimento das equipes locais ou sobrecarga de trabalho, o que fomenta e perpetua a utilização, pela gestão, de um processo de decisões desfocado das necessidades de saúde da população e do cotidiano das equipes de saúde.

Por outro lado, os processos de planejamento, decisão, programação, organização e controle, acontecem de forma descolada da avaliação como se fosse uma ação independente de qualquer um deles, tornando esses processos limitados, principalmente o processo decisório onde se origina a necessidade de avaliar. E, quando a avaliação acontece, se dá de forma assistemática, quase sempre para atender demandas pontuais, externas, sem nenhum efeito no plano prático. Isso gera a tendência em confundir avaliação como aviltamento, humilhação; retraindo os atores do processo avaliativo na sua dimensão emancipatória.

Na tentativa de institucionalizar e desenvolver a cultura de avaliação na saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) estabeleceu a Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ).

Mesmo sendo esses processos induzidos pelo Ministério da Saúde, as respostas das equipes ainda estão aquém do esperado. Faltam-lhes domínios teóricos, metodológicos e conceituais para a utilização dos instrumentos de gestão, inclusive da avaliação como uma ferramenta atrelada ao processo decisório de maneira orgânica. Além disso, faltam-lhes também, condições infraestruturais e administrativas que favoreçam o aprimoramento do processo gerencial nas dimensões técnicas e políticas. Isso tem contribuído, possivelmente, com o baixo desempenho dos serviços, com desperdícios de recursos e alto grau de improvisações na tomada de decisões.

Na academia, a experiência como docente de cursos de graduação em enfermagem, pós-graduação *lato sensu*, extensão e capacitação das EqSF possibilita constatar, principalmente no que tange aos dois últimos, dificuldades apresentadas pelos estudantes em desenvolver tarefas referentes às ferramentas gerenciais. Essas dificuldades possivelmente se devem não só às lacunas na formação dos profissionais de saúde como às tímidas políticas locais que favoreçam sua educação permanente, nutrindo suas limitações quanto ao domínio teórico, técnico e metodológico no uso de instrumentos gerenciais.

Para efeitos deste estudo, entende-se por ferramentas ou instrumentos gerenciais, as atividades ou dispositivos (planos, projetos, fluxogramas, manuais, avaliação, monitoramento, dentre outros), de cunho técnico-administrativo, que apoiam os gestores e gerentes no processo gerencial das necessidades de saúde da população com vistas ao alcance de resultados compatíveis.

Esta tese foi desenhada não apenas para suprir uma lacuna nas pesquisas sobre o SUS no Pará, mas também pelo problema ter sido confirmado pela autora a partir das práticas de coordenação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) em 2007 e Projeto de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-SAÚDE) em 2008, ambos instituídos pelos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007, 2008).

Essas iniciativas foram desenvolvidas pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) e pela SESAU. Durante a implantação e implementação, ocorreu estreita aproximação com as equipes gestoras e de saúde da família desse município; desde o processo de articulação à implantação das atividades previstas. Isso desencadeou inúmeras reflexões pelas equipes das instituições parceiras, quanto à imperiosa necessidade de se estabelecer e manter vínculos entre a academia e os serviços que oportunizassem a troca de experiências, além de contribuir para a aproximação com a realidade específica do município e, em especial, com o processo de trabalho das EqSF. Detectou-se a completa e não incomum, ausência de participação dos

usuários nos processos de trabalho dirigidos ao coletivo. Nessa experiência houve a oportunidade de construir o diagnóstico e planejamento das ações de saúde de uma das dezesseis EqSF, na época, existentes no Pólo Sanitário I, como plano piloto.¹ Na ocasião, desenvolveu-se uma metodologia de trabalho com foco primordial na participação de usuários que se integraram ao trabalho por dois meses consecutivos, contribuindo com soluções e envolvendo-se, ativamente, na execução das ações programadas. Esse trabalho resultou em um plano, envolvendo órgãos públicos, para atender as questões que foram apontadas pela comunidade principalmente sobre a remoção do “lixão clandestino” e o abastecimento de água. No momento atual, pode-se afirmar que o primeiro está praticamente sanado e o segundo foi incorporado ao Plano de Aceleração do Crescimento (PAC II) com obras previstas para iniciar em 2012. Conquistas indefensáveis da sociedade que participou do trabalho dando legitimidade ao pleito.

Dessas experiências nasceram as seguintes questões norteadoras: Em que consistem os saberes e práticas avaliativas de usuários e das EqSF do município de Ananindeua, Pará (PA)? Até que ponto o processo decisório para o desenvolvimento das ações de saúde está apoiado no processo de avaliação? De que maneira as EqSF e os usuários operam a avaliação como apoio ao processo decisório e conseqüente reorientação do modelo assistencial médico-centrado em um processo de formação com Pesquisa-Ação?

Deste modo, por meio de uma formação com Pesquisa-Ação, o estudo teve como objetivo geral: promover a ação-reflexão-ação das equipes de saúde da família e usuários quanto a avaliação como base orgânica do processo decisório e, específicos: identificar saberes e práticas avaliativas dos usuários e das equipes de saúde da família; analisar os fatores condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais; contribuir com as EqSF na (res)significação da avaliação como processo.

2.2 MOTIVOS PARA ESTUDAR A AVALIAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No que pese a vasta bibliografia nacional sobre a estratégia de saúde da família e sobre avaliação em saúde, é importante ressaltar que, sobre essa temática, o estado do Pará dispõe de estudos pontuais e, de certa forma, tímidos. Essa situação decorre, possivelmente, do breve tempo de implantação da estratégia no estado; em torno de 15 anos.

A avaliação, historicamente, tem como tradição apenas medir os fenômenos dando ênfase à eficiência e à eficácia, sem, muitas vezes, envolver os atores no processo. Este estudo

¹ Planejamento ascendente e participativo.

trata os saberes e práticas avaliativas dos usuários das EqSF, que atuam no município de Ananindeua,PA, a partir de um processo interativo/participativo da reflexão-ação-reflexão, acreditando que, para a consolidação das práticas de avaliação no cotidiano dos serviços de saúde, há de se instalar um processo efetivo de avaliação com a participação de trabalhadores e usuários.

O município de Ananindeua foi escolhido para a realização deste estudo porque tem a terceira maior população entre os municípios da região Norte e possui o segundo maior número de EqSF². É um município que reúne dificuldades gerenciais típicas de municípios metrópoles, está em fase de organização do processo de planejamento e avaliação. Além disso, descentralizou a gestão em pólos sanitários. Essas foram apenas algumas razões da escolha do local da pesquisa. Um fator que o diferencia da maioria dos municípios paraenses, é que não tem poupado esforços para cumprir os princípios do SUS. Para um SUS universal, humanizado e de qualidade é necessário enfrentar os desafios representados pelos entraves políticos, financeiros, gerenciais e outros que constroem a efetivação de seus princípios cidadãos.

Para a conformação da prática avaliativa como instrumento de trabalho de caráter emancipatório no plano praxeológico das EqSF é imprescindível promover reflexões para possíveis mudanças na base do processo decisório com vistas ao desenvolvimento de serviços e ações de saúde. Também é necessário contribuir para que essas equipes e usuários operem a avaliação com habilidades e competências através de um processo interativo favorecido pela Pesquisa-Ação. A partir daí, ressignificar a avaliação como um instrumento orgânico essencial ao processo decisório no plano praxeológico com a perspectiva de estabelecer a avaliação no cotidiano das EqSF, do aprimoramento dos serviços e ações de saúde e do processo decisório compatíveis às necessidades de saúde da população.

Este estudo representa um marco na história da saúde do estado do Pará e uma contribuição inestimável para a compreensão e difusão da avaliação como um processo salutar para a revitalização dos serviços de saúde, através da adoção de um processo decisório consciente, especialmente pelas EqSF, pois é por meio de um processo interativo que se buscará o substrato necessário para apreender os saberes e práticas avaliativas dos usuários e trabalhadores da estratégia, os quais tem sobre seus ombros a responsabilidade de mudar o modelo assistencial hegemônico centrado nas ações curativas.

² A população do município de Ananindeua-PA é de 471.980 hab (IBGE,2010) e conta com 83 Equipes de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2011).

2.3 A PROBLEMÁTICA

O Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), (BRASIL, 2011) informa que a rede de serviços do SUS, no estado do Pará, registra a proporção de 1,5 médicos e 0,5 enfermeiros para cada 1.000 habitantes, o que torna o acesso ao atendimento à saúde complicado e os desafios gerenciais complexos quanto à gestão dos recursos humanos para atender a toda a população. Estando a maior concentração dos profissionais na capital, os municípios do interior do estado ressentem a baixa concentração deles. Principalmente médicos e enfermeiros, responsáveis por 11,1% e 40,5% dos procedimentos de atenção básica, respectivamente, realizados no ano de 2010. Enquanto outros profissionais executaram, nesse mesmo período, 12,7% desses atendimentos. Isso indica que o enfermeiro é responsável pela maior parcela de atendimentos. Reis (2007), em sua dissertação de mestrado, quando se reporta ao trabalho do enfermeiro, refere que acumulam a realização de uma diversidade de procedimentos que contam muito mais para a produção do que para contribuir na mudança do modelo de atenção à saúde. Mesmo desenvolvendo um papel baseado no modelo de atenção médico-centrado, portanto, diferente do que estabelecem as diretrizes operacionais da ESF, o enfermeiro tem reforçado sua participação na ESF.

Esta pesquisa poderia enveredar por muitas dimensões da avaliação em saúde. Em se tratando do SUS e, especificamente da ESF, onde suas práticas tem sido alvo de muitos estudos, bem como de críticas e sugestões. No entanto, deu-se preferência a seguir o caminho dessas práticas que vêm sendo construídas e consolidadas com o propósito de mudar o modelo assistencial hegemônico.

É sabido que a ESF, configura-se como o primeiro contato do usuário com o SUS e que tem íntima relação com os princípios do próprio Sistema de Saúde, ou seja, universalidade, integralidade, equidade e participação popular. Têm também como pressupostos o trabalho em equipe num determinado território e o desenvolvimento de práticas assistenciais e gerenciais democráticas e participativas.

No entanto, muitas fragilidades e dificuldades têm sido identificadas como desafios a serem superados, principalmente quando os processos decisórios passam ao largo das necessidades e demandas de saúde da população. Esse quadro se configura como um incômodo quando não se percebe de forma construtiva as práticas avaliativas no cotidiano dos serviços de saúde, embora sejam recomendadas nos instrumentos normativos.

Este estudo tomou para si a avaliação em saúde no âmbito da atuação das EqSF do município de Ananindeua, PA. Entende-se que os processos decisórios, quando dissociados

das práticas avaliativas, têm muitas chances de não atender às necessidades de saúde da população, favorecendo, assim, os desperdícios de tempo e recursos; e improvisos de ações que mais atendem aos interesses da organização do que aos dos usuários.

Nessas práticas, na maioria das vezes, não são levadas em consideração a participação dos trabalhadores e usuários como sujeitos do processo de decisão e de avaliação. Tampouco seus saberes e práticas subsidiam, mais consistentemente, a gestão. Tais práticas poderiam influenciar as decisões de forma ascendente ao se adotar as práticas avaliativas na sua dimensão orgânica, pois faz parte, simultaneamente, de vários processos que movem o trabalho em saúde. Dessa forma, descaracterizariam os modelos de gestão burocráticos e centralizadores que, invariavelmente, imobilizam a mudança do modelo assistencial.

Diante da pluralidade de conceitos e métodos, é importante destacar o que entende o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) sobre avaliação, posto que normatiza o processo através de diretrizes e programas que orientam essa atividade instrumental:

Avaliação em saúde pode se configurar num instrumento central para implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, principalmente se aquilatada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, supondo participação e controle democrático, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, principalmente se tal prática se insere no cotidiano institucional das instâncias gestoras do SUS. (BRASIL, 2005, p.5)

Mesmo sendo a avaliação uma ferramenta ou instrumento, não deverá ser entendida como algo estanque e pontual, apenas para corrigir os desvios ou problemas e prestar contas. O desafio é torná-la instrumento que possa emancipar, aperfeiçoar, aprimorar o trabalho e promover processos decisoriais conscientes das necessidades de saúde da população.

Especificamente no Pará, a prestação da atenção à saúde é marcada por serviços dispersos, centrados nos centros urbanos, cuja cobertura é baixa, com sistemas de referência e contra-referência incipientes. Além disso, há a oferta, predominantemente, de atendimentos de curta duração que não aproximam o mundo do trabalho das realidades de saúde (STARFIELD, 2002). Esse contexto deixa evidentes os desafios para a efetivação do processo de trabalho, reforçando a imperiosa necessidade da gestão/gerência buscar respaldo em elementos extraídos de avaliações, que devem ser feitas com a participação dos usuários, de modo contínuo e sistemático que possibilitem a orientação das ações às famílias e comunidades de maneira mais coerente e sólida, fazendo da família um sujeito efetivo do processo.

O município de Ananindeua, PA, como na maior parte dos municípios, o processo de avaliação está em fase de institucionalização e a avaliação, como processo requerido no cotidiano da gestão, ainda não foi efetivamente institucionalizada, como resultante das questões complexas que caracterizam o setor saúde no município. Esse quadro é agravado por um processo de gestão que ainda não utiliza, no cotidiano, as ferramentas de gestão calcadas em modelos participativos, de caráter ascendente. Isso, de alguma forma, fomenta a manutenção dos processos de gestão fisiológicos, em detrimento das necessidades de saúde da população, além de se constituir um dos inúmeros desafios a serem enfrentados, diariamente, pelas EqSF que atuam no território do Pólo I, para atender aos problemas de saúde oriundos das diversas formas de exposição a riscos individuais e coletivos a que está submetida à comunidade.

2.4 O PROBLEMA DESENCADEANTE DO ESTUDO

Nessas experiências foi possível perceber as diversas fragilidades demonstradas pelas equipes quanto aos seus saberes e práticas avaliativas. Isso ratifica a necessidade deste estudo, que visa trocas entre saberes empíricos e acadêmicos num movimento de interação coletiva em que o usuário do SUS seja efetivamente sujeito, e não objeto, do trabalho e das pesquisas no SUS.

Não sendo as práticas avaliativas usuais no plano das EqSF, possivelmente o processo decisional se estabelece de maneira descolada da realidade. Isso contribui para o imprevisto de ações no campo gerencial e assistencial, gerando desperdícios de tempo e recursos para atender, quase que exclusivamente, demandas individuais, pontual e sintomaticamente diagnosticadas, em detrimento de ações coletivas voltadas ao atendimento das reais necessidades de saúde da coletividade. As práticas avaliativas não usuais, certamente, contribuem para a preservação de um modelo assistencial que valoriza o clientelismo em detrimento de estratégias de articulação e vínculos entre os serviços de saúde e sociedade na dimensão da corresponsabilidade pela saúde. Esse modelo prevalente, tendo o usuário como objeto, não contribui para o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS.

Além disso, outros fatores motivadores para a realização deste estudo são decorrentes das reflexões acerca da pouca familiaridade dos gestores e profissionais de saúde com os temas da administração e, em especial, da avaliação. Essa situação fomenta a adoção de modelos de gestão e gerência burocráticos e centralizados, em que o aprimoramento do trabalho das equipes e a melhoria da qualidade dos serviços apresentam muitas dificuldades e

fragilidades que pouco favorecem a mudança da atenção parcial para a atenção integral no contexto de reconhecida importância que a ESF tem.

Além dessas questões, pode-se perceber a total ausência dos usuários como sujeitos do processo e as dificuldades na utilização das ferramentas gerenciais enfrentadas pelos profissionais da EqSF que atuam nos 143 municípios do estado do Pará. Essas questões, e as fragilidades dos processos avaliativos daí decorrentes, carecem ser examinadas à luz da ciência, pois é evidente a relação inquestionável entre avaliar e tomar decisões. Prova disso está nos serviços onde gestores, trabalhadores e usuários da saúde estão, cotidianamente, tomando decisões. É necessário que incorporem a avaliação como instrumento desse processo. “A avaliação é ou deve vir a ser um processo habitual e cotidiano na gestão, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas” (TANAKA e MELO, 2007, p.124).

Certamente que algumas dificuldades para entender a importância da avaliação como uma ferramenta de apoio técnico e político ainda estão presentes na gestão e gerência dos sistemas e serviços de saúde, pois são frutos da trajetória histórica das políticas socioeconômicas na região. Isso tem favorecido as condições desiguais das pessoas que ali nascem, vivem, trabalham e morrem e têm, assim, contribuído para que o SUS necessite de muitos investimentos nos seus recursos humanos. Contandriopoulos (2006) enfatiza que o processo decisório, ao melhorar, melhora também o sistema de saúde.

2.5 A ESCOLHA DA PESQUISA-AÇÃO COMO METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido utilizando a Pesquisa-Ação como metodologia. Pretendeu-se o exercício efetivo da participação e interação entre os sujeitos que deixam de ser apenas objeto do estudo e passam a ser colaboradores na construção de uma ação que clarifique a problemática. O método da Pesquisa-Ação foi escolhido considerando a ousadia em produzir conhecimentos com base na experiência e na ação dos sujeitos e favorecer as EqSF para a tomada de consciência do seu papel na construção e consolidação do modelo assistencial. Essa tomada de consciência parece ser a peça que está faltando para que as práticas avaliativas sejam adotadas como instrumento orgânico no seu trabalho.

A Pesquisa-Ação, de acordo com Thiollent (2007), é uma estratégia de pesquisa social que pressupõe a participação das pessoas envolvidas no problema investigado. Nela, existe abrangente e explícita interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação. A

Pesquisa-ação é um método de condução de pesquisa aplicada, orientada para elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções.

Neste estudo sobre avaliação em saúde, no campo do SUS e no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, tomamos a avaliação como um instrumento que vai além do julgamento do valor ou mérito, mas que considera as posições do avaliador e do avaliado em interação crítica-reflexiva.

Nesta pesquisa trata-se do ato de avaliar como um dispositivo orgânico não só importante ao trabalho das EqSF, mas como alicerce dos processos de planejamento e dos processos decisórios que valorizem a participação e a negociação.

A tese construída está inserida no campo das práticas avaliativas das EqSF. Foi possível inferir que as práticas avaliativas não usuais na ESF e sem a participação dos usuários, não promovem a autonomia das equipes, limita suas ações à atenção paliativa; inviabiliza o espírito criativo e transformador das equipes, não transformam a realidade e perpetuam o modelo assistencial vigente.

Esta tese defende que a utilização de uma ação orgânica de avaliação participativa é um dispositivo para legitimar os processos de trabalho das equipes de saúde da família. O MOAP, nessa perspectiva, foi então concebido e aplicado para (com) provar a tese-de-partida. O modelo concebido emergiu da necessidade da autora, alicerçado nos princípios teórico-metodológicos anunciados. O MOAP construído e aplicado, neste estudo, junto às EqSF no município de Ananindeua se constitui um dispositivo potente para avaliação na ESF, pois valoriza as peculiaridades do contexto e dos atores envolvidos. Entende-se que contribui para introduzir os trabalhadores e usuários como atores ativos nos processos de pesquisas e de ações, produzindo novos saberes e novas práticas para seus próprios e outros cenários; inalienando e motivando-os a refletir e agir sobre a própria realidade, despertando a consciência da sua cidadania.

Para tanto, requer-se, como uma ação orgânica, a adoção de dispositivos gerenciais que possibilitem legitimar a avaliação como uma ferramenta de trabalho capaz de ajudar a equipe a refletir sobre a realidade. A avaliação é capaz de evidenciar um conjunto de informações que servirão de eixo para dimensionar e orientar as ações e serviços que atendam à sociedade.

3 APOIO TEÓRICO

O diagrama abaixo representa as bases teóricas que utilizamos para este estudo. Nele, considerou-se a avaliação um instrumento importante ao processo do trabalho gerencial e operacional e incorporando-a como ferramenta útil no trabalho, no sentido de apoiar as equipes para enfrentamento das necessidades e problemas de saúde que se avolumam a cada dia. Para tanto, será necessária uma postura crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores sobre suas práticas cotidianas.



3.1 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliar é atribuir valor, qualidade e mérito de alguma coisa. Segundo Furtado (2006, p. 716), os processos avaliativos estão associados a práticas autoritárias e de controle; e vem contribuindo para a “utilização da avaliação com fins escusos, como protelar decisões, dar cunho científico a decisões eminentemente políticas ou intimidar grupos, dentre outros abusos”.

Tradicionalmente, as avaliações eram exclusivas das atribuições e responsabilidades de especialistas. Existem vários conceitos de avaliação e todos têm um ponto comum: a avaliação é um julgamento.

Segundo Patton (1997) e Contandriopoulos (2006), os processos avaliativos servirão para subsidiar processos de tomar decisões considerando, assim, a avaliação para a gestão.

No entanto, a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para avaliar programas de intervenção é considerada pesquisa de avaliação ou investigação avaliativa (ROSSI e FREEMAN, 2004). Isso é avaliação como método e não como processo.

Em se tratando da utilização dos resultados da avaliação, Contandriopoulos (2006) refere que não se traduzem automaticamente em decisão, mas contribuem para o julgamento desde que sejam pertinentes (capacidade de fornecer respostas aos problemas) que tenham credibilidade (valor científico atribuído pelas instâncias decisórias) e que reúnam explicações teóricas (sob a ótica de governo, gestores, economia e profissionais de saúde) capazes de melhorar a tomada de decisão.

Segundo Mendes e Serman (2006), “avaliação é um processo contínuo, sistemático e complexo. Não é uma ação pontual. Implica no julgamento de mérito ou valor, o qual é de extrema relevância para qualquer instituição que pretenda otimizar seus resultados” (p.11).

Entendendo a avaliação como uma ferramenta de gestão/gerência, mesmo que o campo da avaliação tenha sido ampliado, os profissionais ficam afastados e limitados a um papel um tanto passivo, embora estejam sempre criando e avaliando novas estratégias de intervenção. Ruf (2007), em sua tese de doutorado, ao analisar a trajetória profissional dos membros da equipe de saúde da família, mostrou que pouco mudou o “tradicional” papel dos profissionais.

A avaliação é fator indispensável para o exercício do trabalho decisional ou gerencial e poderá reunir a complexidade e a incerteza (SERAPIONE, 2006). Constitui potente ferramenta de “conhecimento da realidade para definição dos conteúdos da gestão e como fator de sucesso das políticas públicas” (SAWAIA, 2006, p. 131), assim como para mobilizar apoio para mudanças e remediar as desigualdades de redistribuição de poder.

Reconhecendo que existem diversos “usuários da avaliação, tais como: organizações públicas, cientistas sociais, gestores, agentes de governo, público em geral e sociedade” (FARIA, 2005, p. 99), há de se exigir responsabilidades na sua utilização para evitar comprometer todos os esforços despendidos.

Alguns trabalhos abordam a avaliação em contraposição aos modelos hierárquicos e autoritários de cunho positivista. Segundo Mercado et al (2006), quando analisam as produções envolvendo a avaliação enfatizam que esses trabalhos,

Visam [...] impulsionar processos como a democratização das instituições de saúde, a atribuição de poder a determinados indivíduos ou grupos, o aprendizado permanente, a transparência dos processos e o fortalecimento da sociedade como um todo, mas especialmente dos grupos, tradicionalmente excluídos. (MERCADO et al, 2006, p.23)

É amplo o campo das produções técnico-científicas referentes à avaliação em saúde. Muitas produções revelaram realidades variadas e revitalizaram as formas de administrar e gerenciar, trazendo para as lentes da ciência estudos de avaliação e pesquisas avaliativas. Avaliar, segundo os dicionários, significa ajuizar, julgar, ponderar, pesar, medir. Avaliação em saúde é uma área em construção, tanto conceitual quanto metodológica, e significa a emissão de juízos de valor. Todas essas ações estão na conformação de processo porque se estabelecem de forma cíclica, sistemática, em fases ou etapas para alcançar seu propósito.

Estudos comprovam que a prática da avaliação ainda está circunscrita aos especialistas e agentes de fora do sistema local. Alguns autores enfatizam dificuldades que tem a ver com os próprios profissionais, tais como: baixo nível educativo, desinformação, desinteresse, falta de motivação, dentre outros (HITO e GASTALDO, 2006).

No campo mais geral, Hartz (2006) refere que, no Brasil, a ausência de diretrizes, parâmetros e dispositivos legais que norteiem a avaliação, tem colaborado com a utilização incipiente dessa ferramenta.

O modelo preconizado por Donabedian (1993) relaciona avaliação em saúde com qualidade. Ele é feito por meio de três enfoques: Estrutura (relacionada aos recursos humanos, físicos, materiais e o modelo organizacional presente); Processos (avalia o que de fato é realizado) e Resultados (o impacto da assistência no estado de saúde do usuário ou da população).

No entanto, Vieira-da-Silva (2006) considera que esse autor limita a avaliação à condição instrumental e considera que, didaticamente, no espectro da avaliação, de um lado se encontram as práticas cotidianas das equipes e que corresponde a um julgamento a partir da percepção dos seus componentes e, de outro, se encontram as investigações avaliativas que são julgamentos feitos sobre as práticas sociais.

Ainda sobre concepções quanto à avaliação encontra-se uma pluralidade de conceitos. Contandriopoulos (2006) refere que:

Avaliar é uma atividade que consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos a construir um julgamento capaz de ser traduzido em ação. (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706)

Esse julgamento, segundo o autor, é resultado da aplicação de critérios e normas ou a partir de um julgamento científico. Ele refere à participação dos sujeitos ou atores envolvidos considerando o caráter instrumental da avaliação.

De acordo com Novaes (2000), a ideia de valor vai além do julgamento como mérito. Pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado que interagem com o contexto através dos conteúdos advindos da avaliação. Assim sendo, a avaliação visa sempre à mudança, ao aprimoramento do trabalho para a qualidade das ações ou programas.

3.1.1 A importância da avaliação para o trabalho das equipes de saúde da família

É inegável que o trabalho das EqSF não poderá prescindir da avaliação enquanto processo sistemático, contínuo e complexo que consiste em emitir um juízo de valor e auxiliar no processo decisório que se apoie em dados e informações relevantes à saúde da comunidade. Como a avaliação faz parte da ação humana, está presente no cotidiano da EqSF de maneira informal ou formal, institucionalizada ou não. Assim sendo, é necessário que se tenha uma visão clara e precisa do processo saúde-doença socialmente determinado e a velocidade de transformação dos modos de viver, adoecer e morrer da população num determinado território; além dos modelos administrativos que embasam as organizações de saúde e que, de certa forma, interferem nas práticas assistenciais e administrativas. Nessa condição, se torna necessária a busca de saberes e práticas que possibilitem uma nova lógica de interpretação da realidade à luz de novos paradigmas que, certamente, explicam parte desse contexto.

No caso deste estudo e tendo em vista que seu foco é a Estratégia Saúde da Família, dar-se-á destaque a ela. Também pelo fato do AMQ ser compromisso do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que foi implementado para contribuir na consolidação da ESF em municípios com mais de 100 mil habitantes (BRASIL, 2005).

O AMQ visa fortalecer a avaliação da Atenção Básica nas três esferas do governo. Se propondo ser um instrumento universal de gestão e, também, de apoio ao processo de tomada de decisão. É uma metodologia de gestão interna que tem como eixos centrais parâmetros de qualidade para a ESF e propõe cinco instrumentos de autoavaliação. É dirigido ao gestor municipal, coordenação da ESF, Unidade de Saúde da Família (USF), EqSF e os profissionais de nível superior da ESF. Vale destacar que é de livre adesão. Porém, para o seu

desenvolvimento é necessário que a gestão estadual apoie essa atividade através de seu plano estadual de monitoramento e avaliação da atenção básica.

Dado aos entendimentos, muitas vezes equivocados, sobre avaliação como aviltamento, humilhação, rebaixamento e coisas do tipo; até então, poucos municípios do estado do Pará haviam aderido à proposta e não têm ocorrido motivações políticas e técnicas no sentido de institucionalizar a avaliação no estado como uma política que possibilitasse o processo de tomada de decisão e a melhoria das ações de saúde no âmbito da ESF até a presente data. Além disso, a padronização dos instrumentos, pelo Ministério da Saúde, deixou de lado a pluralidade de experiências na ESF Brasil afora, certamente contribuindo para a quase nula adesão ao instrumento tendo em vista a natureza complexa e multifacetada realidade dos municípios do Pará.

Num apanhado de alguns conceitos e críticas sobre a avaliação em saúde, é possível depreender que as práticas avaliativas são conhecimentos empíricos, referentes à avaliação em saúde, acumulados e aplicados pelas EqSF no cotidiano dos serviços com a participação do usuário, visam reorientar o modelo assistencial a partir das ações executadas e com potencialidades de influenciar os processos decisórios nos diversos planos do SUS local.

Uma pesquisa originada a partir do PROESF objetivou compreender experiências e explorar concepções de técnicos e gestores em relação às práticas de avaliação e monitoramento por eles desenvolvidas.

Nas experiências avaliativas, prevalece o modelo normativo, tradicional, revelando-se uma distância nos planos conceitual e praxeológico.

As concepções que os informantes apresentam sobre avaliação não coincidem com as experiências dessas práticas no cotidiano das ações no serviço de saúde, fundadas em uma concepção de avaliação como processo contínuo, sem, contudo, essa visão se operacionalizar na prática. Por fim, a avaliação não está interligada ao processo gerencial do nível central, podendo-se afirmar que a avaliação, em seu sentido pleno, não ocorre (VASCONCELOS, BOSI e PONTES, 2008, p.2898)

Essa referência vai ao encontro do que se traduziu em incômodo neste estudo, especialmente com relação às práticas avaliativas que parece constituírem uma lacuna que tem se somado ao conjunto de fragilidades para a consolidação do SUS, e da ESF especificamente, associado ao seu propósito de mudança do modelo assistencial hegemônico. Nessa conjuntura, se percebe que há necessidades de estudos que possibilitem a problematização das questões correspondentes à avaliação como um dispositivo que possa apoiar a construção de uma nova lógica que não fragilize as conquistas sociais em curso. As

práticas avaliativas, ainda que não estejam incorporadas como uma ação formalmente institucionalizada, não de ser compreendidas como instrumento de conquistas de práticas de saúde mais significativas. Segundo Pinheiro e Silva Jr. (2008), práticas avaliativas são diferentes formas de avaliar baseadas nas ações exercidas nos serviços e incorporam saberes e práticas dos sujeitos e subsidiam a avaliação como intervenção.

Vieira-da-Silva (2005) refere que a avaliação toma por objeto as práticas do cotidiano e em outros âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas. Enfatiza que o julgamento pode consistir no valor dicotômico qualitativo/quantitativo e que a avaliação é uma arte que envolve outras habilidades além da metodologia científica. Considera que a avaliação tem três objetivos primários: fazer julgamento, facilitar o desenvolvimento e contribuir para o conhecimento.

Em se tratando de gestão e avaliação no campo da saúde, é importante ressaltar que as responsabilidades das EqSF, devem ser exercidas em estreita relação com as realidades socioeconômicas e culturais e que possam ser vislumbradas numa dimensão que contemplem as desigualdades sociais.

No sentido da competência para a identificação de problemas de saúde e dos modos de intervenção, comumente se depara com a adoção de dispositivos de apoio ao processo decisório com critérios referenciais explícitos a partir de dados e informações objetivas. Nessa perspectiva, considera-se que esse dispositivo permite revelar apenas uma parte da realidade. Contandriopoulos (2006) expressa que a avaliação, como instrumento para melhorar o Sistema de Saúde, é paradoxal. Um julgamento de dada instância de decisão deveria considerar os critérios que permitissem apreciar as consequências de sua decisão sobre o sistema e não apenas aqueles de eficiência. Porém, para a compreensão mais plural e dinâmica da realidade de saúde para além apenas da eficiência, há de se levar em consideração a face subjetiva dos sujeitos advinda de seu caráter humano e social. Até porque abriga lógicas diferentes e antagônicas por envolver sujeitos num processo interativo, participativo e mutuamente implicados considerando que a avaliação, num primeiro momento, está ligada aos processos individuais, ou seja, onde há a inserção identitária dos sujeitos.

Os membros das EqSF, como sujeitos das ações na saúde, certamente são vulneráveis às influências externas, especialmente das políticas públicas, quando elas impõem padrões ditos de qualidade e às vezes aleatórios, interferindo na identidade individual e na identidade institucional, principalmente no processo decisional. Serapioni (2006) assevera que a decisão não deve estar separada do processo de avaliação. Esse mesmo autor refere que a avaliação

nasce no contexto decisional/gerencial e tem sentido utilitário e prático. A avaliação deve ter como norte o processo de transformação social e deve ser um processo crítico-reflexivo permanente cujos produtos possam servir de subsídios para o processo de tomada de decisão.

3.1.2 A avaliação como atribuição das equipes de saúde da família

A portaria de Nº 648/2006 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) também propõe, dentre tantas competências e atribuições sobre avaliação no âmbito da ESF, que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para a gestão, planejamento, monitoramento e também para a avaliação; propõe ainda que as SMS institucionalizem a avaliação, acompanhem e avaliem o trabalho divulgando os resultados alcançados.

Essas competências parecem inteiramente pertinentes e ao mesmo tempo consubstanciam o trabalho na ESF que não deve ficar à margem dos processos avaliativos nem de seus efeitos e repercussões junto à comunidade.

Apesar do tempo de vigência desse instrumento normativo, pouco se avançou ou se conquistou nesse campo, embora se tenha proposto o AMQ como um programa que ajudasse a instituir a cultura avaliativa. Em que pese essa iniciativa, são inegáveis os esforços técnicos e políticos de alguns poucos gestores para a institucionalização da avaliação. E quando se fala em avaliação na ESF, o problema fica mais denso. Então, por que não avaliar na ESF? O que vem impedindo que a avaliação seja feita?

A resposta a essas questões serão buscadas no dia a dia das equipes. Quais são as suas atribuições? Quem deve motivar o processo avaliativo das equipes? É preciso criar mecanismos motivadores que não tenham associações com os mitos e convenções sobre avaliação. E quais seriam esses mecanismos?

Respostas para esse outro conjunto de perguntas não de vir com práticas avaliativas que ultrapassem os processos impositivos de avaliar apenas para cumprir o que está estabelecido nos instrumentos legais e normativos.

Quanto ao processo de trabalho, o instrumento normativo editado pelo Ministério da Saúde destaca que esse processo de trabalho é caracterizado pelo acompanhamento e

avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Quando se foca nas atribuições comuns a cada membro da equipe de saúde da família identifica-se que o mesmo instrumento propõe que as equipes participem das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe utilizando dados disponíveis apontando, assim, para uma avaliação restrita aos dados e quando eles estão disponíveis. Contudo, sem estimular outras modalidades de avaliação que oportunizem aperfeiçoar seu próprio trabalho e as condições do contexto macro que têm fortes e inegáveis influências no cotidiano da equipe.

3.1.3 A avaliação como dispositivo orgânico do processo de trabalho

A avaliação, segundo Santos e Merhy (2006), constitui parte importante do planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo pode 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 com grandes possibilidades de reduzir improvisos. No entanto, a avaliação é, possivelmente, uma das atividades menos praticadas. Os autores referem que vários fatores têm contribuído para isso; desde a falta de recursos financeiros, dificuldades metodológicas, insuficiência de capacitação dos recursos humanos para a atividade até a ausência de vontade política dos gestores.

O Ministério da Saúde, como instituição coordenadora do SUS no âmbito nacional, caracteriza o exercício da tarefa de avaliar como um processo insipiente, pouco incorporado às práticas dos serviços de saúde, de caráter prescritivo, burocrático e punitivo, não se constituindo ainda em instrumento de suporte ao processo decisório nem de formação dos sujeitos que deveriam ser envolvidos no próprio processo (BRASIL, 2005).

Além de subsidiar a identificação de problemas, a avaliação reorienta a organização das ações e dos serviços desenvolvidos. Contribuindo com essa assertiva, Merhy (1999) considera que os processos deverão ser sistematicamente avaliados, tendo como centro da avaliação os benefícios do trabalho em saúde para a qualificação da vida e sobrevivência das pessoas adoecidas ou com riscos de adoecer. Para que haja a transformação do sistema, é preciso que a avaliação seja um julgamento avaliativo, verdadeiramente crítico.

Furtado (2006) destaca que, à medida que trabalhadores, usuários e outros grupos de interesse sejam tomados como co-condutores e fontes de informações e da transformação da realidade, as práticas avaliativas tornam-se mais efetivas. Sousa (1996) ressalta que:

Ninguém melhor do que o próprio cliente para avaliar e sugerir ideias de melhoria. Assim, ao ouvirmos a voz do ausente – o cliente, significa estar avaliando diretamente o grau em que os problemas e serviços estão atendendo as necessidades daqueles que confiam nele (SOUSA, 1996, p. 27).

A autora, em sua dissertação de mestrado, recomenda um conjunto de medidas técnico-políticas e administrativas que estão provavelmente associadas a não usual práticas de avaliação dos serviços pelos trabalhadores e usuários, mas, também, pela ausência ou baixo grau de compreensão dos gestores da importância da avaliação, uma vez que muitos problemas detectados no estudo poderiam ser evitados se a avaliação fosse uma prática usual.

Assim sendo, este estudo identificou nas práticas e saberes dos usuários e das EqSF um dos substratos para análise e compreensão da realidade diante da incontestável responsabilidade à consolidação da política de saúde territorialmente localizada, que “pode favorecer a aglutinação crítica de atores sociais, fazendo do processo administrativo não um exercício meramente científico, mas um caminho em direção a um modelo mais justo, equitativo e democrático” (BOSI e MERCADO, 2006, p. 17).

A avaliação como base ao processo decisório poderia estar no dia a dia das ESF quando surgem situações que exigem atenção e decisões para agir. Pois decidir significa escolher ações que oferecem maiores condições para alcançar os objetivos ou propósitos e renunciar às demais (ABRAMCZUL, 2009). Muitas decisões estão atreladas a problemas, ou seja, a decisão acontece para solucionar um impasse, um problema. Para a resolução de problemas há de se ter um conjunto de ações cuja escolha poderá afetar um grupo, uma comunidade. Ao processo decisório é imperiosa a necessidade de avaliar no sentido de, dentre um conjunto de problemas e alternativas, escolher quais poderão atender aos propósitos ou objetivos do grupo.

A decisão, no âmbito das organizações, sofre uma série de influências dos meios internos e externos. Um nível condiciona a decisão de outro. Simon (1964) refere que as decisões no nível operacional são geralmente repetitivas e rotineiras, facilmente programáveis. Diferentemente dos níveis intermediários e superiores, onde há predomínio da intuição, criatividade e experiência. As decisões no nível intermediário se dão baseadas num processo de integração entre o nível superior e o operacional.

No setor de saúde, o processo decisório se dá sob duas lógicas, a administrativa e a política (CORNÉLIO, 1999); os gestores operam num contexto técnico e também político. No caso deste estudo, o enfoque no que diz respeito ao processo decisório está dirigido ao plano operacional, ou praxeológico, no âmbito das ESF. Nesse âmbito, não basta ter um sistema de

informações típico dos critérios de racionalidade, onde a decisão é provocada pela detecção de problemas, nem organizacional, que visa atender os interesses apenas da gestão, mas conciliar diversos interesses políticos e técnicos que possibilitem desenvolver um sistema eficaz. Além disso, a decisão, no plano praxeológico das EqSF, deve valorizar a negociação e as experiências do dia a dia, pois o objeto da decisão são situações significativas para os indivíduos, movidos por interesses comuns, onde se faz a escolha de uma ação apropriada a um propósito, independente dos propósitos de quaisquer outros agentes (ABRAMCZUL, 2009).

3.1.4 Os processos avaliativos na Estratégia Saúde da Família à luz do pensamento complexo

O todo é o constitutivo das partes e as partes constituem o todo. Esse é um dos princípios da Teoria da Complexidade. Os sistemas complexos fazem parte da essência humana. Para entendê-los, é preciso afastar o pensamento linear, as regras rígidas. O pensamento aberto é que consegue entender a complexidade.

O pensamento complexo se configura numa nova visão de mundo. Segundo Mariotti (2000, p. 1) “o modo como nos tornamos propensos (pela educação e pela cultura) a pensar é que vai determinar as práticas no dia-a-dia, tanto no plano individual quanto no social”. Esse autor ensina que a essência da cidadania é a diversidade.

Nos processos avaliativos, é possível perceber o quanto o pensamento linear ainda é aplicado utilizando o raciocínio institucional das estruturas governamentais. No entanto, ele não é suficiente para compreender e abranger a totalidade do cotidiano das pessoas.

Este estudo, que tomou como objeto os saberes e práticas avaliativas das EqSF permitiu buscar novas formas de entender a complexidade dos processos avaliativos. Isso porque é impossível pensar nas práticas avaliativas sem pensar no contexto que envolve as pessoas, seu ambiente, as questões sociais, situacionais e políticas, dentre outras.

O pensamento sistêmico é valioso para compreender a complexidade. É muito importante para compreensão do todo complexo e organizado que caracteriza o SUS. Para sua completa consolidação, depende-se da ação e do desempenho de outras políticas como de educação, econômicas, do trabalho, transporte, lazer, habitação, entre outras. Essas políticas é que possibilitam às pessoas desfrutarem, concretamente, da saúde em seu sentido pleno e conforme consta nos preceitos legais do SUS, os quais enfatizam a saúde como um processo resultante de outras políticas que não apenas a da saúde.

O pensamento complexo desempenha um papel decisivo na estruturação para a transformação das realidades de saúde da população. É importante, também, para entender a comunicação entre os agentes colaboradores, para entender as necessidades de saúde da comunidade, o envolvimento dos usuários numa ação interativa, a necessidade de desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos de profissionais, de gestores e da sociedade para que, por sua vez, possam desenvolver suas atividades e responsabilidades. A interação entre os elementos que compõem uma ação é capaz de gerar a responsabilidade ética em vez de responsabilidade técnica quando é desenvolvida por uma pessoa individualmente, ignorando o coletivo.

Segundo Morin, Gadoua e Potvin (2007), o pensamento complexo é capaz de reunir, de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, é capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto, que gerou a ideia de adotar o referencial da complexidade para a interpretação dos dados e informações à luz do pensamento complexo tendo o real em franco processo de evolução e mudança.

Então, para melhor analisar a dinâmica deste estudo no âmbito do SUS e no contexto da ESF, valeu-se do paradigma sistêmico, pois, segundo Morin, Gadoua e Potvin (2007), este

Estimula a pesquisa participativa a revisar continuamente sua problemática e a incita a encarar seriamente uma visão sistêmica, com causalidade circular ou interação das causas e, assim, a repensar suas soluções em função dos critérios de globalidade, teleologia, pertinência e capacidade de agregação (MORIN, GADOUA e POTVIN, 2007, p. 70).

A dimensão desta pesquisa não ficou ao largo de uma análise à luz de ilustres teóricos. Buscou-se articular o desenvolvimento do estudo dentro de um quadro teórico referencial e de uma problemática que envolve as práticas avaliativas em saúde como instrumento orgânico do processo de trabalho na ESF.

Assim, as práticas avaliativas neste estudo foram facilitadas pela aplicação da metodologia da pesquisa-ação, onde não foi subtraída a participação dos trabalhadores e dos usuários com seus saberes e práticas que ajudam a construir um SUS melhor, permitindo desenvolver um trabalho prazeroso, dialógico, democrático e emancipador.

Os conhecimentos e práticas avaliativas das EqSF requerem a colaboração de todos os envolvidos no processo. “Pois o uso da avaliação não ocorre naturalmente; precisa ser facilitado e facilitar sua utilização” (PINHEIRO e SILVA JUNIOR, 2008, p. 37).

A escolha da pesquisa-ação como estratégia metodológica para a operacionalização da pesquisa exigiu abrir mão de diferentes experiências já aplicadas, mas ficou constatada a

potencialidade que a metodologia tem para motivar os participantes, para tornar o processo avaliativo dinâmico, coerente e animador na perspectiva de construção de práticas de atenção à saúde, na perspectiva da emancipação e autonomia dos implicados, produzindo alto grau de satisfação e trazendo para o bojo do processo o usuário-cidadão.

3.2 MODELOS DE GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A gestão do SUS tem à sua frente contextos complexos que são suficientemente férteis para o surgimento de muitos problemas que necessitam de ações administrativas e gerenciais para sua resolução. Porém, para o desenvolvimento dessas ações, é defensável a utilização de ferramentas ou instrumentos gerenciais diferentes daqueles utilizados nos modelos administrativos adotados pelos gestores centrados na lógica da administração tradicional e burocrática com desperdícios de tempo e energia.

A perpetuação do modelo de atenção à saúde voltado a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, a incorporação de tecnologias a qualquer preço e a centralidade no hospital como instância articuladora do sistema (FEUERWERKER, 2005), será desvirtuar a ESF de sua finalidade. Para o contrário, há de se buscar o estabelecimento de estratégias e ações mais dinâmicas que levem em consideração as diversas interfaces (políticas, técnicas, legais, sociais e culturais) do modelo centrado na emancipação. Ou seja, a adoção de um modelo técnico-administrativo que rompa com as questões meramente burocráticas e avance na direção democrática, respeitando as peculiaridades e as mudanças que ocorrem no ambiente onde estão inseridas as organizações de saúde. Bodstein (2009, p. 1338) diz que há “necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, e de se incentivar uma cultura de reflexividade e de avaliação do sistema”. Neste caso específico, as EqSF, que demonstraram pouco domínio no uso das ferramentas de apoio aos processos de trabalho na saúde. Especialmente a avaliação que ainda é concebida apenas como um mecanismo para diagnóstico, de julgamento e de controle e não como aquele que poderá alargar os horizontes da ação administrativa e gerencial, tornando reconhecida a possibilidade de emancipação dos sujeitos.

Na tentativa de reduzir as consequências dos problemas advindos das políticas socioeconômicas na vida e na saúde das pessoas, os organismos federais têm implantado e implementado ações e mecanismos para execução de programas de atenção à saúde e estratégias políticas e operacionais que possibilitem a inversão do quadro sócio-sanitário. No estado do Pará, essa inversão ainda não pôde ser percebida. Muito embora esforços de

enfrentamento dos problemas de saúde tenham sido feitos por alguns e poucos gestores dos 143 municípios daquele estado, no geral, não se constitui uma ação política dos poderes estadual e municipais. Dentre as estratégias, aqui se destaca a ESF que objetiva propor a inversão do modelo assistencial, na perspectiva de atenção integral à saúde a partir de uma nova lógica do processo de trabalho e que tem capilaridade nas diversas e longínquas comunidades, diferentemente de outras políticas de cunho social.

A ESF foi estabelecida no Brasil em 1994 e no Pará teve início em 1998. Ananindeua foi o segundo município do Pará a implantar o antigo Programa Saúde da Família e hoje a ESF.

Essa estratégia no estado do Pará, em vistas das fragilidades técnico-administrativas e gerenciais e, ainda, pela ausência de políticas e pesquisas, enfrenta muitas dificuldades para seu desenvolvimento e consolidação. Campos (1994) enfatiza que hospitais e centros de saúde são incapazes de assegurar acesso e eficácia no atendimento às necessidades de saúde. Precisa-se de planejamento, avaliação, ou seja, “criar sistemas de gestão que permitissem a combinação de diretrizes até agora consideradas e tidas como antagônicas” (CAMPOS, 1994, p.70). A questão que permanece, prossegue o autor, é com que instrumentos operar essas mudanças. “Identifico a possibilidade de instaurar uma série de alterações nos mecanismos de gestão e dos processos de trabalho em saúde que atendessem as necessidades de saúde da população” (CAMPOS, 1994, p.70).

Os modelos gerenciais prevalentes no setor de saúde dos municípios do Pará privilegiam o controle em detrimento da gerência onde os sujeitos – profissionais de saúde, usuários e gerentes – sejam valorizados em todos os aspectos e não submetidos a imposições de práticas tradicionais para um Sistema de Saúde dito avançado. Pasche e Hennington (2006) referem que organizar o sistema de saúde e produzir políticas econômicas e sociais é uma tarefa complexa que exige uma nova racionalidade. Reforçam que o SUS depende, de um lado, de políticas econômicas e sociais e, de outro, da capacidade de organizar o funcionamento dos serviços capazes de dar respostas adequadas e oportunas às necessidades de saúde da população, exigindo a combinação de uma nova ética, na defesa radical do direito à saúde e a oferta de ações integrais.

Almeida, Giovanella e Matos (2002) referem que deve haver modelos de organização de serviços de saúde que tenham como característica principal a prontidão, focados e dirigidos por padrões técnico-administrativos adequados às dinâmicas de vida desses indivíduos.

A organização dos serviços, além de ser uma complexa tarefa, cuja racionalidade, os novos mecanismos e padrões de gestão, propostos pelos autores, depende da valorização dos

sujeitos e que possa ser estabelecida no sentido dos princípios ideais da conduta humana que se almeja na gestão e gerência como meio de viabilização da assistência à saúde digna.

O SUS demonstra inúmeras fragilidades como: má qualidade no acolhimento dos usuários dos serviços, filas de espera, demora na marcação de exames e cirurgias eletivas especialmente pelas concentrações populacionais nas áreas urbanas. Essas fragilidades são consequências, basicamente, da ineficiência da gestão em duas dimensões: 1) no conjunto de organização dos serviços e fluxo dos usuários e, 2) no sistema de logística para aquisição dos insumos e equipamentos bem como para sua manutenção. Esse quadro requer um padrão de gestão diferenciada, pois a cultura organizacional imobiliza os gestores em processos burocráticos e não dinamiza a gestão em resultados (TEMPORÃO, 2007).

Esse quadro político-organizacional, além de imobilizar os gestores, impede o dinamismo que a saúde requer. Os entraves burocráticos são fomentados por práticas da administração ainda centralizadoras, apoiadas apenas na lógica de mensuração de produtividade sem levar em consideração os desperdícios e improvisos, indefensavelmente, tão comuns nos serviços de saúde, além de expor a administração e o trabalho gerencial ao descrédito junto à sociedade em vistas do baixo grau de respostas que é capaz de oferecer aos problemas e necessidades de saúde.

O setor de saúde no Brasil, na base do movimento da reforma sanitária, ainda está imerso em muitos conflitos, agravados pela dimensão territorial que produz as desigualdades regionais, configurando-se num desafio para ampliação das políticas públicas, incluindo a saúde. Até porque, o setor de saúde se diferencia dos demais serviços pelo seu processo de trabalho. É um setor que gera conhecimentos, riquezas, impostos e empregos. O processo de trabalho em saúde, que tem identidade com o setor de serviços, reúne especificidades que estimulam estudos em profundidade. É, hoje, coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e da divisão parcelar na lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

Quanto ao trabalho das EqSF, tem-se criado importantes expectativas sobre as transformações a que se propôs a Estratégia de Atenção à Saúde da Família na tentativa de reorganizar e qualificar a atenção primária (MARTINES e CHAVES, 2007).

O Ministério da Saúde cria, no Brasil, o Programa de Saúde da Família em 1994 e, depois transformado em estratégia, procurando seguir as diretrizes previstas no SUS, tomando a família como eixo dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população assistida. A estratégia de atenção à saúde da família, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, caminha por ações preventivas, de promoção da saúde,

diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, voltadas aos sujeitos, suas famílias e comunidade onde todos os membros da equipe têm um importante papel.

Os sistemas municipais de saúde têm se desenvolvido através da Estratégia Saúde da Família certamente porque promovem a Atenção Primária em Saúde (APS) de boa qualidade. (XIMENES NETO et al., 2007).

No entanto, Ribeiro, Pires e Blank (2004) revelam algumas dificuldades no desenvolvimento da estratégia de atenção à saúde da família, tais como: a imposição dos programas normatizados pelo Ministério da Saúde; a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios na oferta de serviços de saúde e da complexidade do quadro epidemiológico brasileiro, dentre tantas.

Enormes obstáculos estão postos no trabalho das equipes de saúde que, diante de muitas atribuições de caráter assistencial, devem ainda planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar. As inúmeras ações assumidas; a concentração de tarefas; o êxito ou fracasso das ações a ele atribuídas tem comprometido diretamente o gerenciamento do processo de trabalho de enfermagem, nas Unidades de Saúde da Família (VILLAS BÔAS, ARAÚJO e TIMÓTEO, 2006).

Vivenciando esse conjunto de problemas, possivelmente, estão as 944 EqSF (BRASIL, 2011) distribuídas em 143 municípios do estado do Pará e certamente têm sobre seus “ombros” as responsabilidades legais e éticas de assegurar o desenvolvimento da política de saúde através de suas ações.

Referente aos aspectos gerenciais, Vanderley e Almeida (2007, p. 445) dizem que a gerência é uma ferramenta de transformação e é importante às políticas. Na concepção das autoras, para os princípios do SUS, é necessário “pensar uma gerência que se aproprie mais de tecnologias leves e que o primeiro passo para a eficiência gerencial seja a capacidade de possuir uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais.” Isso corrobora com o que referem Trevisan e Junqueira (2007), que destacam dois descompassos gerenciais quando se reportam ao SUS: uma política de saúde de cunho universalista e a exigência para minimização de custos.

Além desses fatores e, em se tratando da estratégia de atenção à saúde da família, o grande desafio é rever as práticas e repensar o processo de trabalho adotando metodologias e instrumentos diferentes daqueles atualmente utilizados (VILLAS BÔAS, ARAÚJO e TIMÓTEO, 2006).

Santos (2004), em sua dissertação de mestrado, concluiu que os enfermeiros concebem a estratégia como um modelo de assistência à saúde e que, a partir de sua implantação, incorporaram novos elementos no seu processo de trabalho.

Em que pese essa assertiva, Coimbra (2005), em sua tese de doutorado, chama atenção concluindo que há uma repetição da dinâmica tradicional do trabalho e que, para a reestruturação do modelo assistencial, o programa tem inúmeras limitações relacionadas às instalações físicas, condições de trabalho, verticalização do modelo gerencial, dentre outras.

O processo gerencial, que também faz parte do trabalho das EqSF, há de se apoiar em dispositivos que possibilitem o desenvolvimento do trabalho além da dimensão normativa de modo a compreender e atender às demandas da comunidade. Dispositivos que valorizem o processo gerencial como mecanismo de sinergia orientado através das ferramentas próprias da gerência, devendo adotar uma nova lógica diferente da atual a qual, necessariamente, deve romper com paradigmas que valorizam apenas as normas e a racionalidade adjacente.

Peterline e Zagonel (2006) registram que, para a viabilização de novos modelos de saúde, é necessário que os profissionais tenham uma *performance* gerencial diferenciada. Em se tratando de gerência e sua associação com o processo decisório típico dessa atividade, Hito e Gastaldo (2006, p. 494), destacam que a capacidade de tomar decisões dos profissionais de saúde é fundamental. Devem ter “competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas”, o que não implica dizer que é apenas isso, mas, é fundamental para que o processo gerencial se estabeleça na sua dimensão essencial e para que amplie seu grau de liberdade e autonomia.

É importante destacar que o produto do trabalho em saúde é a assistência, atendendo finalidades individuais e coletivas, o que exige habilidades e competências gerenciais. As atividades gerenciais estão associadas ao desenvolvimento do planejamento, da organização, da coordenação, do monitoramento, do controle e do processo decisório que procede à avaliação tida como importante ferramenta diante das alternativas que implicam na decisão a qual consiste num ato típico da gerência e gestão.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 A METODOLOGIA

Neste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa, pois se propôs aprofundar questões referentes aos saberes e práticas avaliativas dos usuários e EqSF que atuam no município de Ananindeua, PA. Na análise qualitativa é possível buscar o significado mais profundo do objeto do estudo. Os estudos qualitativos preocupam-se com a intensidade dos temas e priorizam os significados atribuídos às coisas e à intencionalidade da ação.

DIAGRAMA II - REPRESENTAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO APLICADA AO ESTUDO(*)



(*) Thiollent (2003)

A Pesquisa-Ação foi escolhida por ser um tipo de pesquisa social que pressupõe a participação das pessoas envolvidas no problema investigado, em que existe abrangente e explícita interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa aplicada, orientada para a elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções. Segundo Thiollent (2007), os pesquisadores na Pesquisa-Ação têm papel ativo na transformação da própria realidade dos fatos observados.

Como características, a Pesquisa-Ação está orientada para o futuro desejável pelos interessados; há colaboração entre pesquisadores e atores; desenvolve a capacidade de

identificar e resolver problemas; gerando uma teoria com base nas ações e práticas dos atores e as relações estabelecidas na situação não são totalmente previsíveis (THIOLLENT,1997).

Em virtude da ampla inserção do pesquisador no contexto da pesquisa e do envolvimento do pesquisador e dos membros da organização pesquisada em torno de um interesse comum, os dados tornam-se mais facilmente acessíveis em uma Pesquisa-Ação.

Segundo Thiollent (1997), a Pesquisa-Ação corresponde a uma concepção de ação que requer um agente (ator), um objeto, um objetivo, um ou vários meios ou estratégias e um campo de domínio. Essa ação, segundo o autor, possui caráter racional de tipo instrumental e valorativo. “Está inserida em uma prática na qual se aplica séries de ações semelhantes” (p.36). Roesch (2001) diz que a Pesquisa-Ação muitas vezes é confundida com consultoria. No entanto, segundo a autora, difere porque busca a elaboração e o desenvolvimento do conhecimento teórico e poderá, ao mesmo tempo, resolver problemas práticos. A Pesquisa-Ação, segundo Thiollent (1997), pode permitir a captação de fenômenos interativos entre as pessoas e os grupos e resulta em propostas de mudança negociadas, além do que pode ser relacionada com o planejamento participativo que, ao que parece, é perfeitamente coerente com os princípios do SUS. Com relação aos aspectos da Pesquisa-Ação Thiollent (2007), refere que poderá estar voltada à resolução de problemas, tomada de consciência ou produção de conhecimentos.

Por essas e outras características, a Pesquisa-Ação foi utilizada para inserir os participantes no campo da avaliação em saúde na ESF. Ao mesmo tempo em que se construiria o diagnóstico da realidade das equipes, com a colaboração de todo o grupo – inclusive dos usuários – para a identificação de problemas e busca de soluções, essa realidade estaria sendo investigada para promover as mudanças desejadas. Esse conjunto de atividades ainda alimentaria com elementos que levassem a buscar outros problemas de interesse para novas pesquisas.

Ao adotar a Pesquisa-Ação percebeu-se que se favoreceu ao grupo repensar a realidade de maneira espontânea que, aos poucos, foi tomando consciência da importância do ato de avaliar. Esse repensar a realidade é uma forma de avaliar essa mesma realidade, de forma que o grupo avançou nas perspectivas de mudanças e de melhorias do contexto em que se insere enquanto equipe e enquanto cidadãos.

Ainda que a Pesquisa-Ação não imobilize o pesquisador para o exercício da criatividade e que as etapas do projeto não sejam, rigorosamente, rígidas e totalmente predefinidas, neste estudo considerou-se o seu desenvolvimento em quatro etapas: exploratória/diagnóstica, planejamento, desenvolvimento da ação e avaliação. Embora as

etapas sejam distintas para efeitos didáticos, na prática, a fase exploratória e de avaliação se dão simultaneamente e ainda no planejamento surgem elementos consideráveis para o próprio diagnóstico. Esse movimento é interessante para a retroalimentação do processo como um todo. As etapas se sobrepõem no seu desenvolvimento (MORIN, 2004).

A Pesquisa-Ação procura melhorar um contexto através de mudanças. Envolve e assegura a participação dos integrantes do processo e proporciona o compromisso dos interessados na mudança (RICHARDSON, s/d).

A Pesquisa-Ação tem sido cada vez mais utilizada no campo da saúde. Sua aplicação tem sido, em parte, por ser uma metodologia que associa técnicas de pesquisa das ciências humanas e sociais com vistas à transformação da realidade. Constitui-se numa modalidade investigativa com procedimentos metodológicos flexíveis, havendo retorno dos resultados aos pesquisados no desenrolar da investigação.

O método da Pesquisa-Ação utilizado nesta pesquisa é definido por Thiollent como:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2007, p.16).

Assim, a ação deverá ser definida em função dos interesses e das necessidades encontradas e todas as partes ou grupos interessados na situação ou nos problemas investigados devem ser consultados.

Complementando, a Pesquisa-Ação não é constituída apenas pela ação ou pela participação, sendo necessário também produzir conhecimentos, adquirir experiências, contribuir para a discussão e avançar acerca dos problemas levantados. A relação entre conhecimento e ação está no centro da problemática metodológica da pesquisa social voltada para a ação coletiva.

Segundo Tripp (2005), a Pesquisa-Ação constitui-se como um tipo de investigação-ação e segue um ciclo de aprimoramento da prática pela oscilação entre a ação, no campo da prática, e a investigação.

A reflexão é uma característica da Pesquisa-Ação. O conhecimento construído é compartilhado com outros. Na Pesquisa-Ação, o participante é conduzido num processo que ele próprio se torna sujeito da produção desse conhecimento. Essas reflexões se dão sobre a realidade de vida e de trabalho. Ao problematizar a realidade concreta, o sujeito é identificado

com o que precisa ser mudado e os conhecimentos necessários para a mudança são descobertos.

4.2 O CONTEXTO DA PESQUISA

4.2.1 O Estado do Pará

O estado do Pará conta com uma população estimada, segundo o censo 2010, de 7.581.051 habitantes. Registrou, entre os censos do ano 2000 e 2010, um crescimento de 22,54%. A população masculina representa 50,4% da população geral e, 49,6% são pessoas do sexo feminino. Esses dados revelam que continua atraindo pessoas do sexo masculino na busca de trabalho, historicamente gerado pelos grandes projetos econômicos instalados ao longo de décadas no estado. De alguma forma, são responsáveis por parcela dos problemas sociais gerados quando iniciam e quando encerram suas ações. 68,5% da população está concentrada na zona urbana, contra 31,5% na zona rural. Registra uma densidade demográfica de 6 hab/Km², o que demonstra que o estado é pouco povoado. O censo de 2010 também revelou que moram, em média, quatro pessoas por domicílio (IBGE, 2011), dado importante quando se trata da ESF.

Quanto ao saneamento básico, as informações obtidas são oriundas do censo do ano de 2000, posto ainda não estarem disponíveis as informações do último censo. Identificamos que as condições de saneamento básico no estado do Pará provavelmente contribuem para que diversos problemas de saúde surjam em decorrência de que apenas 41,9% da população têm acesso à rede geral de água e apenas 6,6% à rede de esgoto, trazendo a ocorrência de doenças de veiculação hídrica e outros agravos decorrentes da falta de saneamento básico potencializados pela taxa de analfabetismo na ordem de 11,86% (IBGE, 2011). Embora não seja uma das maiores taxas, é representativa quando comparada às demais unidades da federação, especialmente da Região Norte.

De acordo com informações disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para atendimento à saúde da população, o estado dispõe de 3,2 leitos/1.000 habitantes e conta com uma rede assistencial constituída por 4.751 unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais, sendo 54,51% unidades públicas e 45,49% unidades da rede privada (BRASIL, 2011). Na rede pública, os Postos de Saúde e Centros de Saúde, ou Unidades Básicas de Saúde, representam 38%. Essa rede assistencial exige da gestão estadual e municipal mecanismos incomuns para fazer frente à universalidade, equidade, integralidade

e participação social propostos como princípios do SUS. Viana et al (2007) apontam que, na região amazônica, existe limitada integração entre as políticas públicas, baixa tradição na área da saúde com políticas regionais, expansão de pequenos e médios municípios, pouco desenvolvimento institucional, limitada autonomia e baixa qualidade de gestão, limitado impacto dos investimentos federais e persistente dificuldade de fixação dos recursos humanos. Isso corrobora com o quadro que se identifica no Pará e produz reflexões quanto aos desafios gerenciais no sentido de reduzir as consequências na vida e na saúde das pessoas, além dos desafios sociais, econômicos e políticos que margeiam os problemas gerenciais.

Com relação aos indicadores de mortalidade, o estado registra as doenças do aparelho circulatório como a primeira causa de morte, seguida de causas externas. Isso vem requerendo a organização de uma rede assistencial que responda a essas questões de forma mais equilibrada e que ofereça à população serviços mais estruturados para promoção, prevenção e recuperação da saúde. No entanto, quando se trata de ações de promoção e proteção à saúde, principalmente através da ESF, identifica-se que apenas 40,4% da população geral do estado são cobertos por esse serviço (BRASIL, 2011). Mesmo assim, o DATASUS revela que houve em 2010, 83,3% de cobertura pré-natal (BRASIL, 2007). No que diz respeito ao atendimento através da ESF, nesse mesmo ano, registrou-se apenas 0,10 visitas por família, o que, certamente, demonstra a assistência ainda centrada nas instalações físicas das unidades de saúde, nos cuidados individuais e com baixa oferta de ações e serviços dirigidos às famílias e ao coletivo.

O contexto registrado no estado do Pará é complexo e, portanto, possui muitos desafios. Tem sido alvo de muitos interesses nacionais e internacionais no que se refere às questões ambientais e à instalação de projetos econômicos que deixam um rastro de muitos problemas relacionados à saúde, educação, trabalho, assistência social e outras políticas públicas. No campo da saúde coletiva, os efeitos são graves. As populações dos municípios estão submetidas a toda ordem de riscos pessoais e coletivos exigindo processos gerenciais mais ágeis, eficientes e participativos.

O estado reúne características muito próprias da região amazônica: sua dimensão territorial, dispersão dos grupamentos populacionais, baixa densidade demográfica, altos níveis de pobreza e desemprego, índices preocupantes de agravos à saúde e indicadores de saúde que depõem contra as predominantes formas de desenvolvimento e execução de políticas públicas.

Esse contexto é agravado pelo fato de que a rede de serviços de saúde está organizada com base em um modelo assistencial que não responde às necessidades e problemas de saúde

da população nem em quantidade nem em qualidade; pelo modelo de administração e gestão adotado; pelo contingente de profissionais precariamente capacitados para atender as demandas de saúde; insuficientes recursos e programas para qualificação de pessoal, além de muitos outros fatores que contribuem para compreender o Pará como um estado que, mais do que nunca, precisa de investimentos em todas as áreas sociais, especialmente na saúde, no sentido de resgatar os danos consequentes dos anos em que esteve na “contramão” do SUS e estabelecer os novos rumos para a mudança do modelo assistencial hegemônico.

Em que pesem as responsabilidades das três instâncias do SUS, ainda está sendo atribuída a maior parcela dessas responsabilidades aos gestores municipais e aos profissionais das EqSF que estão mais próximas dos problemas e que são consequências dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e, na maioria das vezes, fora de sua governabilidade. Portanto, necessitando que as equipes busquem mecanismos capazes de superar essas dificuldades.

4.2.2 O Município de Ananindeua, PA

O município de Ananindeua pertence à Região Metropolitana de Belém. Ocupa uma posição privilegiada no setor viário, devido à proximidade com a capital do estado. Segundo dados do Censo de 2010, o município possui uma população de 471.980 habitantes para uma área de 191 km², dos quais a população urbana é de 470.819 hab. e a rural de 1.161 hab., o que representa uma taxa de urbanização de 99,8% e uma densidade demográfica de 2.477 Hab./Km², sendo a maior entre os municípios do estado do Pará (IBGE, 2011).

Nos últimos anos, o município de Ananindeua experimentou um expressivo crescimento demográfico. De um total de 22.527 habitantes, de acordo com o Censo de 1970, a quantidade de moradores alcançou a marca de 65.878 hab. em 1980, subindo para 88.151 pessoas no Censo de 1991, vindo a alcançar 393.569 habitantes em 2000 e 471.980 hab. no censo de 2010, ou seja, aumentou em, aproximadamente, vinte e uma vezes o número de habitantes em 30 anos.

Quanto às informações referentes ao saneamento básico, estão disponíveis aquelas registradas no censo de 2000, quando 85,04% dos domicílios contavam com coleta regular de lixo, enquanto 8% dos domicílios destinavam seu lixo em terrenos baldios/ logradouros e rios, 6% queimam e 2% enterram ou utilizam outro destino. O censo do ano 2000 mostrou que apenas 38% dos domicílios particulares estavam ligados à rede geral de abastecimento de água, totalizando 32.415 consumidores de água encanada no município. A maioria dos

domicílios se abastecia através de poços ou nascentes. Segundo a mesma fonte, dos domicílios particulares que tinham banheiros ou esgoto, apenas 7,31% estavam ligados à rede geral de esgoto, contra 77,95% que utilizavam fossa séptica, 10,58% utilizava fossa rudimentar, e ainda domicílios que utilizavam vala, rio e outro escoadouro abarcando 4,16%. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) registrado no município é de 0,782, no estado do Pará o IDH é de 0,723 e no Brasil 0,699, todos considerados altos. Esse índice varia de zero (0) a um (1) e computa o Produto Interno Bruto (PIB), a longevidade, a educação (índice de analfabetismo, taxa de matrícula) e utiliza também os números de expectativa de vida ao nascer (PNUD, 2010).

Na consulta aos dados disponibilizados na página do DATASUS (BRASIL, 2011), encontram-se informações referentes aos diversos indicadores sociais e de saúde. Identificando-se que 43,5% das internações ocorridas em menores de um ano, no ano de 2010, deveu-se a doenças do aparelho respiratório, seguida de 23,1% às doenças originadas do período perinatal, o que possivelmente tem a ver com a qualidade da atenção pré-natal. No entanto, 22,7% das internações foram decorrentes de gravidez, parto e puerpério, sendo que 57,2% referentes à faixa etária de 15 a 19 anos, o que indica o problema da gravidez na adolescência, fato que vem incomodando autoridades e profissionais de saúde. A segunda causa de internações está atribuída às doenças do aparelho respiratório quando foram identificadas 18,4% do total das internações. Um dado que causa incômodo está associado às internações na faixa etária de 10 a 14 anos (18,1%) por agravos decorrentes de envenenamento e causas externas. Talvez esse dado possa ser atribuído à preocupante questão da violência o que vem sendo, frequentemente, registrado em reuniões pela comunidade moradora do Pólo Sanitário I. Quanto ao indicador de mortalidade proporcional, o município de Ananindeua registrou, em 2009, que 58,3% dos óbitos se deram como consequências de agressões, seguido de 36,1% por doença cerebrovasculares e 15,9% por diabetes *mellitus*, além de outras também de significativa importância. No entanto, estas causas são destacadas por representarem também uma realidade encontrada em outros municípios do Pará e também no Brasil demonstrando que Ananindeua reúne problemas de saúde de natureza diversificada e complexa, exigindo ações de enfrentamento através de um olhar plural e com ações tangenciadas por um conjunto de medidas intersetoriais.

No que se refere à Atenção Básica, o município cobre 56,9% da população através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família juntos. Registra uma cobertura com consultas de pré-natal de 93,2%. A média de visitas domiciliares por

famílias é de 0,9, demonstrando a perpetuação do modelo assistencial ainda pautado na demanda espontânea. A concentração de profissionais, no que pesa a proximidade da capital paraense, está na ordem de 0,3 enfermeiro/1000 habitantes, 1,5 médico/1000 habitantes e 0,2 dentista/1000 habitantes, independentemente de seus vínculos trabalhistas. Isso, possivelmente, constitui um dos fatores que contribui para o comprometimento do acesso aos serviços de saúde. Esses profissionais estão distribuídos em 132 estabelecimentos de saúde sendo 60 públicos, 70 privados e 2 filantrópicos. Na atenção hospitalar, o município conta com 1,9 leitos públicos/1000 hab. (BRASIL, 2011).

O município registra a maior quantidade de EqSF (83), representando em torno de 9% do total de equipes do estado, cobrindo em torno de 54,95% de sua população. Historicamente, vem reduzindo a mortalidade infantil desde a ampliação do número de equipes (BRASIL, 2011).

4.3 O CENÁRIO E COLABORADORES DA PESQUISA

O município está dividido em cinco Pólos Sanitários (ANEXO A), como uma decisão para fazer face à descentralização técnico-administrativa. Sendo o Pólo Sanitário I o lócus deste estudo, uma vez que é Distrito Escola da UEPA desde a parceria estabelecida em 2007 através de convênios com a SESAU para atender ao PRÓ-SAÚDE e ao PET-SAÚDE.

Segundo as informações registradas pelas EqSF que atuam nas micro-áreas do Pólo Sanitário I (SESAU, 2009), essa área possui uma população correspondente a 25,37% da população geral de Ananindeua, ou seja, 119.761 habitantes, os quais são atendidos por quatro Unidades Municipais de Saúde (Ananindeua, Júlia Seffer, Guanabara, Águas Lindas), quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Águas Lindas, Ananindeua, Guanabara e Júlia Seffer) seis Unidades de Saúde da Família (Nova Águas Lindas, Jardim Amazônia, Mariguella, Águas Brancas, Aurá e Pedreirinha), uma Unidade de Urgência e Emergência (Águas Lindas) e 22 EqSF (Águas Lindas I e II, Águas Brancas, Ananindeua, Aurá, Dom Bosco, Guanabara I, II e III, Jardim Amazônia, Girassol, Jardim Japonês, Mariguella I e II, Palmeira do Açaí, Pedreirinha I e II, Riacho Doce, Vila Esperança, São Judas Tadeu, Nova Águas Lindas e Júlia Seffer) e cinco Equipes de Saúde Bucal (EqSB).

Na área do Pólo Sanitário I encontra-se, também, a referência Municipal de Imunização, assistência farmacêutica que é garantida por duas farmácias populares (Ananindeua e Guanabara) e, complementando, os prestadores privados. É importante destacar que, no Pólo I, está o aterro sanitário que atende à região metropolitana de Belém,

com mais de dois milhões de habitantes, bem como a presença de comunidade quilombola denominada Abacatal, cujo acesso a atenção à saúde se faz apenas através da ESF.

A presença do aterro sanitário tem incomodado permanentemente a população do Pólo I. Mesmo porque as normas sanitárias não são aplicadas, caracterizando mais como um “depósito de lixo” do que, verdadeiramente, um aterro sanitário. Há informações dos moradores de que, aproximadamente, sessenta toneladas de lixo eram despejadas, diária e clandestinamente, no local. Isso levava a exposição da população a toda sorte de problemas relacionados à falta de saneamento básico, especialmente os agravos e doenças advindas da destinação inadequada do lixo.

A comunidade entrou com uma ação junto ao Ministério Público e muitas providências já foram encaminhadas para resolver, definitivamente, o destino do lixo na área. Essa ação foi consequente do planejamento estratégico que a comunidade local – atendida por uma das EqSF – construiu em parceria com a UEPA como uma das ações do Pró-Saúde/2008 liderada pela autora deste estudo.

Atualmente, 22 EqSF atendem, aproximadamente, quinze mil famílias, ou seja, 49,92% da população do Pólo Sanitário sendo o maior percentual na faixa etária entre 20 a 39 anos de idade, seguido da população entre 10 a 14 anos (SESAU, 2011). Os dados coletados pelas EqSF do local indicam que 83,29% das famílias cadastradas utilizam água de poços ou nascentes e apenas 15,18% dos domicílios são providos com abastecimento da rede pública. Com relação ao destino dos dejetos, 94,70% das famílias depositam os dejetos em fossa e 1,47% a céu aberto. Quanto à coleta de lixo, 95,89% das famílias informam que são atendidas através da coleta pública de lixo (SESAU, 2011).

O estudo focou como primeira opção cinco das dezenove equipes que atuavam no Pólo Sanitário I em 2009, tendo em vista corresponder ao critério quantitativo referente ao número de EqSB que apoiavam as dezenove Equipes existentes no referido Pólo, com ações de saúde bucal, cabendo a cada uma delas, em média, quatro EqSF, o que, teoricamente, possibilitaria a apreensão de saberes e práticas avaliativas do conjunto de profissionais inseridos na ESF.

No entanto, das cinco equipes inicialmente previstas, apenas duas aceitaram participar do estudo, o que não se considera impeditivo relevante, pois a representatividade qualitativa se dá pela valorização de critérios interpretativos ou argumentativamente controlados.

As duas Equipes que aceitaram participar do estudo atuam, conjuntamente, na mesma USF, fato de extrema relevância, pois foi possível identificar e trabalhar problemas comuns e ao mesmo tempo diluir o processo de disputas que se instala, naturalmente, em ambientes

cujo poder é dividido. As duas equipes atendem em torno de seis mil pessoas. A unidade conta com 26 trabalhadores dentre eles dois médicos, duas enfermeiras, um dentista (sem atuação há mais de seis meses), doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, dois agentes administrativos, dois agentes de portaria e dois vigilantes. A maioria do grupo atua na unidade há mais de um ano. A minoria (apenas três) aprovada em concurso público e os demais trabalhadores têm contrato precário com a prefeitura de Ananindeua. Coube à equipe gestora, em reunião realizada para esse fim, em 22 de março de 2010, indicar as cinco EqSF que, possivelmente, aceitariam participar da pesquisa a partir de critérios estabelecidos conjuntamente com a pesquisadora, pois se considerava que a equipe da SESAU reunia informações sobre as equipes, suas limitações, possibilidades e disponibilidade para participação no estudo, ponto fundamental para prosseguimento das etapas seguintes.

Definiu-se que os usuários participariam do estudo, como colaboradores imprescindíveis, solicitando-se aos ACS, que convidassem um usuário de cada micro-área para participar do Seminário Introdutório que aconteceu após a reunião com a equipe gestora da SESAU, momento em que se deu a institucionalização da pesquisa.

O envolvimento dos usuários é uma decisão imprescindível para este estudo. Assim se considera: (a) o princípio constitucional que garante a participação social (Lei 8.142/90); (b) a natureza da participação dos usuários como componente essencial para romper com os processos decisórios burocráticos e centralizadores; (c) a imperiosa necessidade do envolvimento da sociedade na construção de um modelo assistencial participativo, com práticas afirmativas de cidadania; (d) a necessidade de legitimar a participação dos usuários nas práticas avaliativas em saúde como mecanismo de controle social e de tomada de decisão; (e) a compreensão que a avaliação em saúde somente terá sentido se contar com a participação daqueles que são sujeitos do processo de construção do SUS, em especial os usuários.

Participaram das reuniões para diagnóstico e planejamento, em média, dezoito pessoas, entre trabalhadores de duas equipes e usuários. Nas Oficinas correspondentes ao desenvolvimento da Ação Nuclear participaram, em média 28 pessoas e do Seminário de Difusão participaram 30 pessoas. O número de usuários variava entre três e sete, em cada evento realizado (APÊNDICE A).

Decidiu-se, inicialmente que os seguintes critérios de inclusão dos trabalhadores seriam adotados:

- 1) atuar na estratégia saúde da família há pelo menos seis meses por considerar-se o tempo mínimo de experiência necessária;
- 2) trocar experiências quanto aos conteúdos correspondentes à avaliação;
- 3) manifestar vontade e interesse em contribuir à mudança da prática da avaliação;
- 4) ter interesse em ser colaborador da pesquisa e, conseqüentemente, ator do processo de reorientação do modelo assistencial.

Quanto à inclusão dos usuários, elegeu-se como critérios:

- 1) ser morador residente no território das micro-áreas onde atuam os ACS
- 2) ter sido convidado pelo ACS da sua micro-área e
- 3) concordar e manifestar interesse e vontade em participar do estudo.

No entanto, dada a dinâmica do processo da Pesquisa-Ação, onde o interesse é a participação e a colaboração, o primeiro critério (1) adotado para a inserção dos trabalhadores não foi atendido, uma vez que haviam Agentes Comunitários recentemente contratados. Primeiro porque o sentido da pesquisa era aferir os saberes e práticas avaliativas das equipes e não seria prudente, nem ético, excluir quaisquer membros que não atendessem aos critérios anteriormente definidos. No entanto, os demais critérios foram integralmente utilizados. Não parece ter havido prejuízos na apuração das manifestações dos colaboradores pelo fato de sete membros estarem a menos de um ano atuando na Estratégia, pois o aprendizado e contribuições se deram concretamente e proporcionaram a sua aprendizagem que foi sendo demonstrada durante todo o desenrolar das etapas e claramente manifestada.

Quanto aos critérios de inserção dos usuários, todos foram atendidos, mas os usuários que participavam não tiveram a frequência integral. Havia sempre novos personagens, enquanto outros se repetiam nas reuniões subsequentes.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

O corpus foi constituído por: duas atas das reuniões administrativas com as equipes gestoras da SMS; dez relatórios resultantes do Seminário Introdutório e de Difusão; cinco Reuniões de Trabalho com os Colaboradores (trabalhadores das duas EqSF e usuários); três Oficinas referentes a Ação Nuclear. e diário de campo utilizado como instrumento de registro do que foi percebido e vivido no decorrer da pesquisa para descrever espaços físicos, relatos de

acontecimentos particulares, atividades, preocupações, ações e conversas, bem como para o registro das reflexões quanto ao desenrolar do estudo.

Morin (2004, p.113) refere que, na Pesquisa-Ação, “pressupõem-se que as trocas de ideias sejam suficientemente estruturadas para permitir a coleta de informações de todos os atores”. Enfatiza que o ‘diário de bordo’ (neste estudo, ‘diário de campo’) é um instrumento para o ator pesquisador. A implicação do ator pesquisador é a principal característica e deve se valer de ferramentas onde o diálogo e a expressão dos atores sejam favorecidos.

Com exceção da reunião com as Equipes Gestoras, todos os eventos foram registrados através de gravação em áudio, transcritos na íntegra e autorizados pelos participantes, o que era afirmado a cada início dos eventos realizados.

4.5 PROCESSO DA ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2006), sistematizada por Oliveira (2008), aplicada no âmbito da Pesquisa-Ação. Oliveira a denomina de análise de conteúdo temático-categorial, que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, em descobrir os diferentes núcleos de significado que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Assim, na fase seguinte à exploração do material, tem-se o período mais demorado: a etapa da codificação, na qual são feitos recortes de unidades de registro, e a fase da categorização; os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade (OLIVEIRA, 2008).

Utilizou-se a Análise de Conteúdo Temático Categorial (OLIVEIRA, 2008) como recurso metodológico para analisar as informações obtidas no conjunto do corpus adotado para este estudo. Segundo Oliveira, “pode servir a muitas disciplinas e objetivos, uma vez que tudo que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado” (OLIVEIRA, 2008, p. 570). Essa modalidade de análise de conteúdo proposta pela autora constitui-se de procedimentos que também poderão ser aplicados em outros tipos de estudos. São eles: leitura flutuante; definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado; determinação das unidades de registro; definição das unidades de significação ou temas; análise temática das unidades de registro e análise categorial do texto.

Decidiu-se por utilizar como Unidades de Registro os Temas em decorrência da pluralidade e repetição das manifestações dos colaboradores cujas manifestações estão identificadas segundo sua condição, ou seja: trabalhador(tr) ou usuário(us). Quase a totalidade

do texto foi transformada em Unidades de Registro que foram anotadas em um quadro matriz concebido para esse fim.

Procurou-se seguir integralmente a proposta de Oliveira (2008). A análise resultou no preenchimento de dois quadros com dados quantitativos: um com a síntese das Unidades de Registro e outro com a síntese das construções da Categoria. Elaborou-se uma grade prévia para apurar as Unidades de Registro manifestadas pelos colaboradores em atendimento ao objeto de estudo.

Superado esse momento, a associação das Unidades de Registro aos Temas foi feita e procedeu-se ao registro deles nos quadros-síntese das Unidades de Registro/Unidades de Significação – sugeridos por Oliveira.

No primeiro quadro (APÊNDICE B) foram registrados os Temas e seus respectivos códigos e, no segundo quadro (APÊNDICE C), apenas os nomes dos Temas.

A fase seguinte foi a de Análise Temática das Unidades de Registro. Quantificaram-se os Temas em Unidades de Registro de cada corpus analisado com seus respectivos códigos, quais sejam: Seminário Introdutório, Reuniões de Trabalho, Oficinas e Seminário de Difusão. Os temas e sua quantificação final foram transportados para o segundo quadro proposto por Oliveira (2008) calculando a frequência relativa, o que levou a definir a Categoria adotando os seguintes critérios: homogeneidade; exaustividade; exclusividade; objetividade e pertinência ao objeto de estudo. Além desses critérios, a importância quantitativa e qualitativa foi estabelecida conforme apresentadas nos quadros das sínteses das unidades de registro e de significação e da construção de categorias.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu o rigor científico e aos preceitos éticos exigidos em lei, tendo seu projeto sido apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 30 de março de 2010, sob o protocolo 099/2009 (ANEXO B).

Ao aceitarem participar deste estudo, os colaboradores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para tanto, se respeitou o sigilo e o direito dos participantes em interromperem sua participação caso sentissem necessidade ou constrangimentos.

4.7 CRITÉRIOS DE RIGOR DO ESTUDO

4.7.1 **Credibilidade**

A credibilidade deste estudo está garantida, pois levou em consideração o tempo de engajamento junto aos sujeitos, ou seja, junto às equipes gestoras da SESAU, às EqSF e usuários, desde o ano de 2007, o período de cinco meses que a pesquisadora se envolveu e participou ativamente de todas as atividades no campo estabelecendo um vínculo longitudinal com os colaboradores sem perder de vista os preceitos éticos e morais. Além disso, houve registros e observações persistentes sobre o objeto pesquisado; seguidos de interpretações prévias dos dados e informações e a apresentação e confrontação dos dados e interpretação junto aos grupos envolvidos.

4.7.2 **Aplicabilidade**

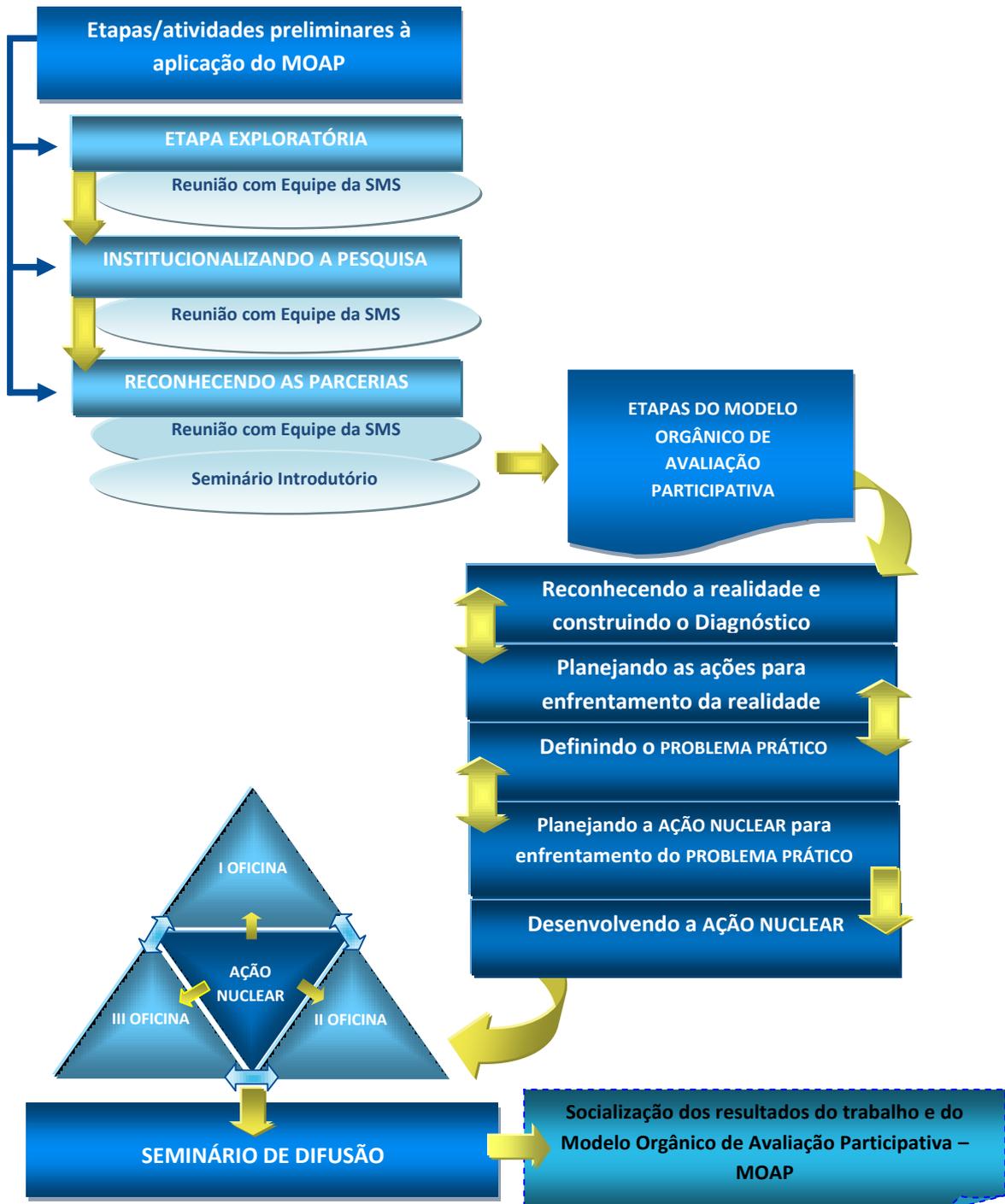
Estando o município de Ananindeua situado na região metropolitana de Belém, conta com a maior quantidade de equipes e detém 9% do total de EqSF do estado do Pará. Apresenta um conjunto de problemas de saúde e de organização e funcionamento do SUS local semelhante aos outros demais municípios. Deste modo, é possível a transposição e aplicação dos conhecimentos e experiências geradas no contexto desta pesquisa para outros locais, já que buscou-se gerar informações as mais completas possíveis, de modo a facilitar essa replicabilidade.

4.7.3 **Confiabilidade**

A interpretação e os resultados desta pesquisa estão correlacionados ao contexto e aos atores sociais. Os fatores contextuais e políticos que, possivelmente, afetam direta ou indiretamente o curso e resultados da pesquisa foram os propiciadores dessa interpretação e resultados. Espera-se, assim, ter atingido a compreensão e análise dos aspectos problemáticos que revelaram os sentimentos e interpretações agregados em torno destes.

5 MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA – MOAP: PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DIAGRAMA IV – DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA - M.O.A.P.



Elaboração: Maria Liracy Batista de Souza

Para buscar respostas às questões que surgem no plano das práticas avaliativas da EqSF, buscou-se correspondências teóricas que levassem em consideração a importância que tem a dimensão humana, afinal, a avaliação é uma ação inerente ao homem.

Os momentos de avaliação devem ser construtivos, criativos, reflexivos e cooperativos para que, efetivamente, aconteça a sua dimensão educativa e transformadora.

Nas práticas avaliativas convencionais, o contexto é visto a partir da perspectiva clássica a qual enxerga apenas a realidade visível. Não interpreta, na maioria das vezes. A singularidade da realidade deixa de ser estudada na e com as diferenças. E isso orientava para buscar uma forma de avaliar como um ato orgânico, ou seja, uma maneira arraigada ao interno das equipes e comunidade.

O MOAP é uma tecnologia para avaliar, no âmbito das equipes de saúde da família, que prestigia a participação dos usuários, trabalhadores e gestores. Os quais se interligam num projeto comum para transformação da realidade a partir da adoção de um processo avaliativo arraigado ao interno do trabalho das equipes e ao contexto organizativo social e político da comunidade. Valoriza a interação e capacidade de pensar e agir dos sujeitos. Visa, sobretudo, a autonomia e emancipação dos sujeitos favorecendo contínuos reajustes de acordo com a realidade. A organicidade do MOAP se dá pela conexão que o grupo mantém com o contexto avaliado obtendo, em constante interação, uma visão política do contexto onde se inserem. Ao avaliar desenvolvem a capacidade de pensar, agir e assim, construir uma nova realidade pela troca de experiências que se dá em torno do exercício das práticas avaliativas.

Constitui-se em um dispositivo para avaliação que prioriza a inclusão dos atores num processo dinâmico de interação. Há completa sincronia entre os atores e o contexto avaliado, pois a reflexão sobre a realidade imprime certa autocrítica da equipe quanto ao compromisso com a ética, com a participação e com a inclusão.

O MOAP foi resultante de um processo que iniciou com as etapas denominadas, neste estudo, de preliminares e, de outras que foram sendo desenvolvidas com a perspectiva de estruturar, numa seqüência didático-pedagógica, um trabalho onde a avaliação pudesse ser praticada baseada em uma lógica diferente das práticas ortodoxas. Ou seja, que as etapas desenvolvidas fossem configurando-se em um processo capaz de estabelecer a interdependência entre estas e permitindo que a crítica e a reflexão fossem permanentemente exercitadas e exercidas pelo grupo.

Posteriormente ao desenvolvimento das seis etapas ficou claro o modelo criado e aplicado junto ao grupo e, assim, estas foram adotadas como as etapas que constituem o MOAP.

5.1 ETAPAS E ATIVIDADES PRELIMINARES

O primeiro momento de aproximação à SESAU foi imprescindível para que os sujeitos e as informações iniciais para prosseguimento dos passos seguintes fossem acessados. As demais atividades foram consequentes desses primeiros momentos em que foi possível explorar o contexto, institucionalizar a pesquisa e reconhecer as parcerias na perspectiva de consolidar a proposta de desenvolvimento da investigação.

5.1.1 - Etapa Exploratória

Segundo Thiollent (2007, p. 52), a “fase exploratória consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas”. Essa fase se configurou com a realização de reuniões com a equipe gestora que aconteceram após aprovação e autorização do Comitê de Ética (ANEXO B) e teve como propósitos institucionalizar a pesquisa e identificar os possíveis colaboradores. A primeira reunião aconteceu com a equipe da Assessoria Estratégica da SESAU, responsável pela implantação o Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), proposto pelo Ministério da Saúde. Nessa reunião, foram apresentados os objetivos da pesquisa no sentido de aproximar os interesses da instituição e da pesquisa, posto que as características e peculiaridades do trabalho desenvolvido para implantar o AMQ poderiam nortear a exploração dos problemas e a participação dos potenciais interessados. Nessa ocasião, as pesquisadoras foram informadas que havia um cronograma para treinamento das EqSF do Pólo Sanitário I a ser efetivado pela equipe de assessoria e as EqSF do Pólo I. Colocaram-se à disposição para participar de alguns encontros para que se pudesse ter a exata dimensão dos conteúdos abordados e perceber o grau de compreensão do programa por parte das equipes.

Participou-se de apenas uma reunião onde estiveram presentes cinco EqSF, pois as demais reuniões foram realizadas em dias e horários incompatíveis, o que inviabilizou nossa participação sem, no entanto, comprometer as observações captadas na única reunião, até porque, não se constituía objetivo da pesquisa. Mas isso mostrou, mesmo superficialmente, como as equipes, presentes na reunião, se posicionavam diante de um processo de avaliação verticalizado em que ficavam na condição de observadores e executores do que emanava da gestão central.

5.1.2 – Institucionalizando a Pesquisa

A segunda reunião com a equipe gestora da SESAU foi imprescindível ao desenvolvimento do estudo. Segundo Thiollent (2007), a busca de apoio institucional é considerada muito importante na Pesquisa-Ação para que o processo transcorra com a perspectiva de reunir esforços capazes de produzir os efeitos desejáveis ao processo de transformação da realidade. O mesmo autor refere que “trata de detectar apoios e resistências, convergências e divergências [...] além do mais é necessário conceber o lançamento da pesquisa com habilidades necessárias para sua aceitação por parte dos interessados [...]” (THIOLLENT, 2007, p.52).

A referida reunião foi realizada junto à equipe gestora com a presença da Assessoria Estratégica, com quem foi feita a primeira reunião, a Diretoria Técnica e Coordenação da APS, sob a qual estão subordinadas as EqSF, além da Ouvidoria e demais Assessores. Nessa reunião com o grupo gestor não houve a participação da Coordenação do Pólo Sanitário I – de onde adinham as equipes – que, embora convidada, não justificou sua ausência. No entanto, posteriormente, foi inteirada dos conteúdos da reunião, os quais focaram a apresentação e discussão quanto ao objeto e os aspectos operacionais que poderiam ser contemplados através deste estudo, assim como suas possibilidades e limitações, uma vez que, por experiências anteriores junto às equipes gestoras da SESAU, esta já demonstrava interesse em atuar junto as EqSF do Pólo Sanitário I, quanto ao tema avaliação em saúde.

Para essa reunião, a própria equipe da SESAU se incumbiu da organização da atividade e demonstrou inteira receptividade e completo interesse pela proposta de estudo, ressaltando que iria ao encontro de um dos principais e atuais desafios da instituição: desenvolver a cultura da avaliação como uma condição ao processo gerencial mais consistente que respalde as principais decisões tomadas no âmbito das equipes e também da gestão central.

Apresentou-se o resumo do projeto em forma de *folder*, que foi entregue aos presentes e as possíveis estratégias de apoio institucional à pesquisa, sua viabilidade e legitimidade foram discutidas. A participação do usuário em eventos de avaliação e afins seria vital para a busca de soluções compartilhadas, garantindo, assim, a legitimidade do processo avaliativo e de aprendizagem dos participantes.

Para as reuniões de apresentação do projeto e discussão das estratégias de apoio institucional, a equipe preparou um ambiente formal. Destinou uma sala confortável, formalmente organizada, colocando à disposição papel e canetas para registros. Houve um

acolhimento respeitoso e cordial. As duas reuniões com a equipe gestora aconteceram nas instalações da SESAU e a segunda reunião foi decisiva para iniciar o estudo. Na oportunidade desenvolveu-se a seguinte pauta:

a) Apresentação dos participantes

Todos se apresentaram e registraram suas assinaturas em formulário construído para registrar a pauta e desenvolvimento da reunião. Nesse momento, constatou-se a presença de quase toda a equipe que tem algum tipo de ingerência referente às EqSF e o que parecia importante ao processo de desenvolvimento do estudo que se iniciava, pois todos passaram a conhecer seus propósitos.

b) Apresentação e esclarecimentos sobre a proposta de estudo

Após a apresentação dos participantes o *folder* com as informações sobre a proposta do estudo foi distribuído e discutido item a item. Na oportunidade, foram feitos vários questionamentos pelos presentes, no sentido de deixar mais claro possível as intenções da pesquisa. Houve inteira aceitação pela equipe a qual enfatizou que vai ao encontro de uma necessidade já identificada.

A equipe referiu que tem clareza das deficiências das EqSF no campo da avaliação e que será importante propor estratégias e ações que possibilitem a ampliação dos saberes e práticas avaliativas das equipes. Mesmo porque, diante de alguns esforços já empreendidos, ainda há baixa adesão às práticas avaliativas, pois a maioria, por experiências anteriores, entende a avaliação como uma condição de julgamento e aviltamento.

A equipe entendeu como interessante, dentre os objetivos propostos, a (res)significação da avaliação, dado a cultura e o entendimento da avaliação como um processo estanque, pontual e com baixa qualificação de resultados. Segundo a diretora técnica, “a avaliação não deve acontecer apenas ao final do ano para apresentar resultados do que foi feito”, o que ressalta a associação da avaliação apenas como prestação de contas.

A pesquisadora propôs o conceito de que (res)significar a avaliação pressupõe o entendimento da avaliação como processo de construção da autonomia e emancipação.

O tema avaliação, conforme trata o estudo, foi oportuno para a discussão com a equipe gestora quanto às concepções que tomem a avaliação uma ferramenta útil no trabalho e não apenas como um instrumento pontual de prestação de contas. Sendo assim, não estabelece as consistências necessárias aos processos decisoriais, o que ficou perfeitamente entendido pela equipe gestora quando demonstrou o interesse em apoiar a pesquisa.

Foram apresentadas as principais estratégias para a execução da pesquisa e esclareceu-se à equipe presente que estas etapas poderiam ser ampliadas ou aperfeiçoadas à medida da dinâmica de desenvolvimento do estudo, assim como pelas características que vão sendo reveladas pela realidade.

A reunião com a equipe gestora pareceu imprescindível para obter o apoio necessário na perspectiva da inserção no campo para o desenvolvimento do estudo, pois planejou-se, conjuntamente, as etapas subsequentes, dando absoluta ciência aos gestores quanto ao desenvolvimento de todas as etapas previstas.

c) Identificação e seleção das Equipes Saúde da Família participantes da pesquisa

Preliminarmente, ficou acordado, na reunião, que participariam do estudo cinco equipes: três EqSF ligadas à USF do bairro denominado Ananindeua e duas que estão vinculadas na USF do bairro do Aurá. A equipe sugeriu também a inclusão das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que ainda atuam na área, pois estão, de certo modo, descobertas de ações ou projetos que possam auxiliar e contribuir ao seu aperfeiçoamento e ampliação de seus conhecimentos. Consideraram que a metodologia aplicada, por ter um componente de aprendizagem e de ação-reflexão-ação, certamente contribuiria à qualificação das equipes ao terem oportunidade de refletir sobre o processo de avaliação, o que seria muito útil no cotidiano das práticas dessas equipes.

As EqSF sugeridas foram consideradas pela equipe gestora como as mais estruturadas em termos de sua composição. Apresentavam melhores condições técnicas e administrativas e por ainda não terem sido campo de práticas curriculares e pesquisas. Além disso, têm disposição e espírito colaborativo.

Não se opôs a isso, pois se entendia que a equipe gestora reunia as melhores informações sobre o perfil das equipes. Ninguém melhor do que a equipe gestora seria capaz de selecionar as equipes baseando-se em critérios lógicos e importantes para metodologia aplicada: interesse, participação e colaboração.

A Pesquisa-Ação propõe que a articulação técnica e política deve existir no sentido de dar equilíbrio entre os interesses de ambas as partes. Como a escolha não implicaria no desenvolvimento da pesquisa como um todo, não houve resistências nem argumentações que desconsiderassem a opção - da equipe gestora - pelas EqSF das unidades dos bairros de Ananindeua e do Aurá como prováveis colaboradores do estudo, bem como a Equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Foi uma reunião descontraída e sem interrupções. A equipe se mostrou muito interessada no projeto e curiosa em vistas das ações que poderiam surgir do trabalho. As opiniões foram favoráveis e com expectativas de correção de possíveis “desvios”. Os membros presentes assinaram a ata identificando sua função.

Esses primeiros contatos foram positivos e favoráveis ao desenvolvimento das etapas subsequentes da pesquisa. Além do apoio político-institucional pela relevância do estudo para as EqSF e para a saúde em especial, a equipe gestora, a partir da reunião, socializou junto aos demais segmentos da SESAU a importância da pesquisa e colocou à disposição, para a etapa seguinte, o Seminário Introdutório, as instalações do auditório próprio da SESAU, o projetor multimídia (*datashow*) para apresentação do projeto e funcionários de apoio. Os demais materiais de consumo, como impressos, canetas, cartolinas, pincéis e papéis para anotações, foram supridos com recursos da pesquisadora.

5.1.3 Reconhecendo as parcerias

O reconhecimento de parcerias é um fator imprescindível ao desenvolvimento da Pesquisa-Ação. As duas reuniões com a equipe gestora da SMS foram, não apenas essenciais ao processo de institucionalização da pesquisa, como também para a etapa de reconhecimento das parcerias, pois no momento em que se deu a institucionalização se deu também a identificação inicial das equipes que participariam da pesquisa considerando as sugestões da equipe gestora.

Nessa etapa, realizou-se um Seminário que foi denominado ‘Seminário Introdutório’, cujo objetivo foi a construção preliminar do diagnóstico, ou seja, identificar exatamente o que os sujeitos sabiam sobre avaliação e como faziam, caso a fizessem. Esse seminário foi desenvolvido junto às EqSF que foram sugeridas durante a segunda reunião com a equipe gestora da SESAU e, posteriormente, convidadas a participar da pesquisa.

a) Preparando o Seminário Introdutório.

Identificadas as pessoas que participariam da pesquisa como os prováveis colaboradores; iniciou-se a preparação do Seminário Introdutório.

Foi agendada, em comum acordo, a data e os convites individuais foram preparados, dirigidos a todos os membros das equipes sugeridas e usuários que seriam informados e convidados pelos ACS. Os convites (APÊNDICE D) foram encaminhados às equipes pela Coordenação da Atenção Primária e Coordenação do Pólo Sanitário I. As visitas na área para

entrega dos convites não foram feitas, pois foram consideradas improdutivas haja vista as equipes estarem em atividades dispersas o que dificultaria o contato com todos. Além disso, foi considerado o respeito à hierarquia, que é valorizada pela instituição.

Contou-se com o apoio técnico e logístico-operacional da pedagoga Ana Rita dos Santos que, por todo o desenrolar da pesquisa, ajudou a gravar as manifestações, a organizar todas as reuniões e os demais eventos que foram desenvolvidos, inclusive as duas reuniões com a equipe gestora.

Os alunos de graduação do Curso de Enfermagem participaram apenas do Seminário Introdutório e da primeira Reunião de Trabalho com os colaboradores. Retiraram-se da pesquisa, pois não tinham autorização de seus professores para sair do campo de prática curricular (SIC).

b) O Seminário Introdutório

O Seminário Introdutório tinha como propósito esclarecer aos participantes quanto aos objetivos da pesquisa e sensibilizá-los quanto à necessidade e importância de atuarem como colaboradores e que pudessem exercer algum grau de governabilidade sobre as ações a serem colocadas em prática. O evento teve como objetivo descobrir o campo da pesquisa, os colaboradores potenciais e as demais parcerias e, certamente, identificar, ainda que preliminarmente, os saberes e práticas avaliativas.

O evento aconteceu no auditório da SESAU com carga horária de 240 minutos (4h/seminário), foi estabelecida uma programação e cumpridas todas as etapas previstas:

- Credenciamento e acolhimento dos participantes

O evento programado para começar às 8h somente iniciou às 9h e 30 minutos quando estavam presentes os trabalhadores de quatro das cinco equipes convidadas. Os participantes alegaram que não receberam os convites em tempo hábil e estavam com alguns compromissos na área o que contribuiu para seus atrasos.

Os participantes foram acolhidos e credenciados à medida que iam chegando. Solicitou-se que registrassem dados como nome da Equipe de Saúde da Família onde atuam, categoria funcional e que assinassem o formulário de credenciamento (APÊNDICE E) para que ajudasse a identificar as EqSF presentes e as suas presenças fossem registradas.

Alguns, sem saberem exatamente qual o objetivo da atividade, pareciam desorientados. Informaram que só tomaram conhecimento através de outros membros da equipe quando de

suas chegadas às instalações da USF. À medida que iam chegando, tomavam seus assentos e entregávamos a programação do Seminário (APÊNDICE F).

A participação prevista era de oitenta pessoas, sendo cinquenta profissionais que atuam nas equipes e trinta usuários. No entanto, apenas vinte pessoas compareceram: dezessete trabalhadores e três usuários, ou seja, 25% do previsto. Além dos membros das equipes, houve a presença da equipe gestora da SESAU, que não foi contabilizada na frequência por não serem os sujeitos previstos no projeto de estudo e estarem presentes para as apresentações formais apenas, embora tenham permanecido três representantes da equipe gestora da SESAU por todo o tempo de realização do Seminário.

- Apresentação da equipe coordenadora – alunos do Curso de Enfermagem da UEPA e pesquisadora

Iniciou-se a atividade sendo as pesquisadoras apresentadas pela equipe da SESAU, que estava presente ao Seminário com essa finalidade. Na oportunidade, a Coordenadora da Atenção Primária no município ressaltou a importância do trabalho e solicitou apoio de todos os presentes, enfatizando que seria interessante para as equipes e para a comunidade, pela oportunidade de trocar experiências entre as equipes e a pesquisadora.

- Apresentação dos participantes

Estavam presentes enfermeiros e ACS. Os demais membros da equipe alegaram, posteriormente, ter muitas dificuldades para afastamento de suas atividades em vistas da comunidade reclamar de suas ausências, certamente pela rotina de atendimento ainda concentrada nas instalações físicas da Unidade.

- Apresentação e discussão do Projeto

O projetor multimídia (*datashow*) foi utilizado para a apresentação do Projeto, dando ênfase aos objetivos e estratégias previstas e mantendo-se fiéis a todo o conteúdo abordando-o com linguagem acessível, pois a maioria dos presentes se constituía de ACS.

Após a apresentação, as pesquisadoras se colocaram à disposição para os esclarecimentos necessários. Houve poucas manifestações de dúvidas e apenas algumas questões relacionadas ao local da pesquisa. Os participantes encontravam-se tímidos e pouco à vontade, possivelmente em função de ser o primeiro contato e ainda não terem compreendido exatamente o sentido do Seminário.

- Convite aos colaboradores das EqSF para participação na Pesquisa

Esclarecidas as questões quanto ao local de desenvolvimento das atividades de pesquisa, o convite para participarem do estudo foi publicamente formulado, informando da não obrigatoriedade e da liberdade de solicitar afastamento quando considerassem necessário. Nessa ocasião, as equipes se reuniram para tomar a decisão coletiva ouvindo o parecer das enfermeiras presentes, uma vez que a pesquisa previa a participação da equipe e não apenas de seus membros isoladamente.

- Intervalo para o lanche

O lanche servido foi patrocinado pela pesquisadora e se constituiu em um momento de descontração, quando os participantes tiveram a oportunidade de trocar ideias e refletir sobre as suas participações no estudo.

- Apresentação e esclarecimentos sobre o TCLE

Nessa etapa entregou-se o formulário do TCLE e o documento foi apresentado em slides de modo a tornar possível o domínio total dos conteúdos do TCLE (APÊNDICE G). Os participantes leram com bastante atenção e fizeram vários questionamentos sobre as estratégias de participação, principalmente quanto à não remuneração pela participação na pesquisa.

Dentre as questões levantadas, a que mais produziu discussão no grupo foi a opção em realizar a pesquisa na área de atuação das equipes, pois no momento não dispunham de local apropriado. Na impossibilidade de reunir na área de atuação das Equipes, por inexistência de local, foi sugerido, como segunda alternativa, realizar as reuniões nas instalações do Auditório da SESAU. A maioria dos participantes reagiu contrariamente e se propuseram conseguir um local, a Escola Municipal, nas proximidades das áreas, para que pudessemos nos reunir para o desenvolvimento das etapas previstas no projeto e apresentadas na ocasião do Seminário Introdutório, principalmente porque o deslocamento dos participantes para outro local implicaria em despesas com pagamento de transporte coletivo, o que desagradava a todos e não estava previsto no TCLE. A iniciativa dos grupos presentes foi acolhida como uma importante manifestação de interesse pelo estudo. Nessa ocasião foi reforçado quanto a importância em realizar as atividades de pesquisa no próprio território de atuação das equipes posto que ficasse mais real e oportunizaria a participação de todos inclusive dos usuários. Posteriormente, foi inaugurado um Centro Comunitário que abrigou os trabalhos de pesquisa durante os quatro meses de atuação no território das equipes.

Depois da leitura e esclarecimentos sobre o TCLE, apenas doze dos vinte presentes, ou seja, 60% aceitaram participar da pesquisa. Os que não aceitaram alegaram, publicamente, que não participariam em vistas aos seguintes pontos: não receberiam quaisquer contribuições financeiras; teriam custos com pagamento de transportes, embora tenha sido decidido que ficaríamos atuando nas proximidades da USF que apoia as equipes; descrédito nas pesquisas em que participaram nos últimos meses. Outros que não aceitaram alegaram ter receios de punições – de parte da gestão – advindas da possibilidade de revelação de problemas que poderiam surgir no decorrer do estudo de avaliação.

Os que aceitaram não se manifestaram sobre suas decisões. Apenas aceitariam colaborar.

O único representante de uma das equipes agendou reunião para que pudéssemos apresentar a proposta aos demais membros que não puderam estar presentes. O representante de outra equipe alegou que sua equipe, certamente, aceitaria dado o interesse em colaborar. No entanto, a enfermeira da equipe estava demissionária e que, possivelmente, influenciaria a decisão dos demais. Não quis comprometer-se em nome dos membros e não manifestou quaisquer iniciativas para informar a equipe sobre o objetivo do seminário. Optou-se por deixar à vontade – os únicos representantes das equipes ausentes – para decisão em colaborar com o estudo visto que, na Pesquisa-Ação, o importante é a representatividade qualitativa.

Das duas equipes que aceitaram participar da pesquisa estavam presentes apenas as enfermeiras e ACS. Informaram que a equipe não conta com os profissionais da área da saúde bucal e que o médico não pode comparecer dado à demanda de atendimentos nas instalações da USF, assim como os demais. Ressaltaram que, em quase todos os eventos, independentemente de quem os promova, apenas as enfermeiras e ACS participam.

- Explicação sobre o formulário para construção do perfil dos participantes

Quanto ao formulário para a construção do perfil dos participantes, orientou-se que, ao aceitarem participar da pesquisa, seria importante preencherem o formulário considerando a necessidade de se traçar o perfil do grupo. Diante da decisão dos presentes em participarem da pesquisa, entregou-se o formulário do Perfil do Trabalhador (APÊNDICE H) e Perfil do Usuário (APÊNDICE I) que foram preenchidos, devolvidos à equipe coordenadora e consolidados (APÊNDICE J).

- Formação dos grupos de estudo e aplicação da Técnica de Cartazes em Grupo

Concluídas as etapas anteriores, formaram-se grupos para aplicação da técnica de cartazes em grupo; selecionada intencionalmente para construção do diagnóstico preliminar sobre os saberes e práticas avaliativas das EqSF, conforme prevista na programação do seminário. Formaram-se dois grupos, cada um deles constituído por representantes das equipes presentes. Todos receberam pincéis e cartolinas para registrarem suas concepções a respeito das perguntas sugeridas como *start*. Essa atividade foi muito importante no sentido em que oportunizou trocar experiências e saberes entre os presentes, independente da ausência de outros membros das equipes. Também foi importante pela participação e colaboração ocorridas entre os grupos frente a um assunto nunca discutido entre eles. A tarefa deixou o grupo em posição mais confortável e descontraída, diferentemente de quando iniciaram a atividade.

As três perguntas sugeridas para o trabalho em grupo foram:

- a) O que é avaliação?
- b) Para que serve a avaliação?
- b) Como funciona a avaliação?

Os grupos desenvolveram a atividade em quarenta minutos.

- Apresentação das conclusões dos grupos em plenária

Após a conclusão da tarefa, solicitou-se que escolhessem um dos membros do grupo para relatar as conclusões que foram socializadas a partir de textos e também de desenhos feitos nas cartolinas, cujos resultados da análise foram incorporados e estão apresentados no capítulo 4 desta tese.

Ao final do trabalho, o grupo estava mais animado e aparentemente mais à vontade. As reuniões seguintes foram agendadas, estabelecendo horário e local, com três equipes.

- Encerramento

O seminário foi encerrado às 12 horas e 30 minutos, tendo sido desenvolvido em 180 minutos, 60 a menos do que o previsto, considerando que a quantidade de participantes ficou aquém do esperado e, certamente, contribuiu para a redução do tempo programado e utilizado pelos presentes. O grupo não aceitou fazer avaliação individualmente, fizeram comentários informais e descontraídos enfatizando que foi uma excelente oportunidade e que vislumbravam a importância da pesquisa para seu trabalho e para sua aprendizagem.

5.1.4 Considerações complementares

Uma das equipes que manifestou interesse em participar e cujos membros não se encontravam presentes agendou reunião para apresentação da proposta de estudo. No dia da reunião agendada, estavam presentes e aceitaram participar, apenas, um Agente Comunitário e a enfermeira, o que inviabilizou a pesquisa junto a essa equipe, posto que o trabalho devesse ser desenvolvido com a equipe e não apenas com dois representantes.

A outra equipe, cuja enfermeira estava demissionária, não mostrou qualquer interesse pela pesquisa, embora a líder tenha tentado sensibilizá-los e comunicou-nos, por e-mail, sobre a decisão da não participação da equipe.

Frente a esses fatos, a equipe gestora foi comunicada e decidiu-se prosseguir o estudo com duas das cinco equipes que estavam previstas no projeto, o que se caracterizou numa experiência gratificante e com maiores possibilidades de aprofundamento qualitativo junto aos colaboradores.

Deste modo, ficou constituído o grupo de colaboradores, composto por duas equipes, que durante quatro meses contribuiu substancialmente com a pesquisa. Trocamos experiências, construímos novos saberes e descobrimos maneiras de avaliar sem, contudo submeter-nos a condições de aviltamento, mas, o real e prazeroso exercício de avaliar construído coletivamente, fazendo descobertas, crescendo intelectualmente e nos tornando autônomos e cidadãos.

Após a realização do Seminário Introdutório, quando ficaram definidos os colaboradores, foram desenvolvidas as etapas do MOAP em cinco reuniões de trabalho, três oficinas correspondentes a Ação Nuclear e um Seminário final denominado ‘Seminário de Difusão’ totalizando nove eventos correspondentes ao processo propriamente dito, dos quais trata-se a seguir:

5.2 APLICAÇÃO DO MODELO ORGÂNICO DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA (MOAP) NA ESF

A avaliação, apesar de vir crescendo em importância, ainda é uma prática incipiente no âmbito da ESF. No entanto, há de se estabelecer dispositivos que possibilitem que as práticas da avaliação possam ser incorporadas como atividade do cotidiano das EqSF na busca de qualificar as ações que exigem decisões do conjunto de atores que nela atuam.

O dispositivo deverá antes de tudo apoiar-se em princípios como:

- Aprendizagem das pessoas e da organização;
- Aprimoramento das pessoas e do processo de trabalho;
- Autocrítica da equipe;
- Avaliação como processo;
- Avaliação para agir;
- Compromisso com a mudança;
- Empoderamento da comunidade;
- Ética;
- Foco na decisão;
- Inclusão social;
- Interdisciplinaridade;
- Negociação;
- Participação;
- Reconhecimento da diversidade da realidade onde atua;
- Reflexão-ação;
- Velocidade da mudança e;
- Visibilidade do futuro.

Esses princípios orientaram o processo de concepção, desenvolvimento, aplicação e validação do MOAP que se propõe a estimular, nos processos avaliativos, uma postura crítica e reflexiva sobre a importância da avaliação como ferramenta do processo de trabalho gerencial para atender as necessidades e problemas de saúde, não apenas da população, como também os problemas das próprias equipes.

Para promover a cultura avaliativa e incorporar as práticas avaliativas no âmbito das Equipes de Saúde, há de se sensibilizar os atores para qualificar a sua prática cotidiana e fortalecer o processo decisório daqueles que estão na base e que possuem algum nível de poder. Então, surge a negociação como um fator que, no seu exercício, deixa aos implicados a certeza da complexidade dos problemas no seu contexto sócio cultural onde é gerado. Sendo possível estudar, dinamicamente, os problemas surgidos, à luz da reflexão interdisciplinar, sob vários olhares e diferente visão de mundo daqueles implicados no processo avaliativo. Os sujeitos envolvidos oferecem importantes contribuições, pois proporcionam análises mais profundas dos próprios problemas.

O MOAP proporciona a captação das fragilidades e potencialidades do grupo, as quais poderão ser trabalhadas buscando as habilidades necessárias para orientação do processo

avaliativo e superação dos problemas estudados a partir de decisões oportunas que correspondam ao ideal, à situação almejada.

Os sujeitos que participam do processo avaliativo, utilizando o MOAP, incorporam raciocínios precisos quanto aos problemas oferecendo melhores condições para compreensão, interpretação e análise do contexto. Propondo, assim, ações de enfrentamento com racionalidade sem, contudo, serem enquadradas, simplesmente, em regras e normas convencionais que imobilizam os sujeitos a pensar sua própria realidade, pois reconhecem a diversidade da realidade onde atuam.

Os problemas enquadrados na problemática são definidos em função dos interesses dos atores, o que exige soluções apropriadas e gera um conjunto de ações factíveis e capazes de mudar a realidade objeto de incômodos da comunidade e da equipe.

O Problema Prático emerge da discussão entre os participantes que, analisando a problemática e os problemas, definem o “problema concreto”, que existe na realidade analisada, o qual poderá, quando superado, transformá-la, ou seja, marcar a diferença entre o que é e o que a equipe deseja que seja.

Para definição do Problema Prático, é importante levar em consideração o compromisso da equipe com a mudança, a velocidade com que deseja que ocorra e com clara visibilidade do futuro desejado. É importante que o Problema Prático esteja ao alcance do grupo e possa ser solucionado num prazo razoável, levando em conta as condições reais da equipe que deseja superá-lo. Além disso, o Problema Prático deve ser de interesse do grupo como um todo, superados os dissensos e definidos os consensos.

A determinação das ações para enfrentamento do Problema Prático é fator primordial. Portanto, deverá ser clarificado e discutido para diluir as possíveis dúvidas e não desvirtuar as ações de seu propósito.

É essencial planejar e, posteriormente, colocar em prática a Ação Nuclear definida para a solução do Problema Prático de maneira que ela, realmente, possibilite a mudança de um estágio para aquele idealizado pela equipe.

Colocar a Ação Nuclear em prática é uma questão que implica no envolvimento de todos da equipe, pois se caracteriza pelo desenvolvimento do desejo do grupo. É essencial ter uma visão clara de seu desenrolar para que resulte na situação almejada e não desestimule a todos. Para tanto, o planejamento deve ser minucioso e traduzido em linguagem acessível para permitir a compreensão do processo.

Para desenvolvimento da Ação Nuclear, devem-se ter bem claros os objetivos que precisam ser formulados com bastante cuidado, evitando a falta de especificidades, assim

como as estratégias e as ações que levarão a efeito a Ação Nuclear. Ao desenvolvê-la, é imprescindível o seu acompanhamento a cada etapa executada, sem perder de vista a aprendizagem das pessoas e o aprimoramento do processo de trabalho e, certamente, o efeito prático que deve ter na realidade.

Quando da aplicação do MOAP, a difusão dos resultados alcançados é de importância ímpar, pois reúne não apenas os interessados, mas toda a comunidade cujos representantes estiveram presentes em todo processo. É sempre interessante a preparação do material didático apropriado para o público a quem esses resultados serão apresentados.

O Seminário de Difusão exige esclarecimentos ao público e o envolvimento das demais pessoas que não apenas a coordenação, para que se oportunize aos diversos interlocutores manifestarem-se publicamente quanto à experiência e às conclusões obtidas. De modo geral, os participantes discutem as possíveis ações que poderão garantir a continuidade ao processo e o plano de prosseguimento do trabalho avaliativo. Na verdade, acontece a restituição das informações, condição muito útil quando a população de um determinado território é envolvida.

No Seminário de Difusão há sempre colaboração de novos atores a qual não deve ser desprezada, mas incluída para o aprofundamento e aperfeiçoamento do Plano de Continuidade que passa ser o ponto de partida de um novo processo avaliativo, zelando pelas diversas modalidades de contribuição à proposta de prosseguimento, de forma a evitar que alguma parte seja eliminada da discussão.

Para fins de melhor compreensão, o MOAP foi estruturado em seis etapas. No entanto, os conteúdos foram sendo revelados concomitantemente, a exceção da Ação Nuclear, que tem um período e propósito exclusivo, uma vez que o Problema Prático é que a determina.

A dinâmica de aplicação do MOAP na ESF proporcionou a aprendizagem de todos implicados, não apenas com a Ação Nuclear, mas por todo o processo. É possível constatar a produção e a circulação de novos saberes entre os participantes em todas as etapas executadas.

No caso específico, o MOAP foi apreciado e avaliado ao longo do seu processo de implantação e, no Seminário de Difusão, pelos gestores e demais trabalhadores das EqSF, que participaram, especificamente, da Ação Nuclear, pela comunidade em geral e pela Academia (UEPA). Esses grupos ratificaram a nova visão da avaliação como ferramenta possível de ser incorporada no cotidiano das EqSF e demais equipes de saúde.

A aplicação do MOAP poderá vir a ser um dispositivo para desencadear a aprendizagem, pois a ação avaliativa que é facilitada pelo Modelo se constitui em espaço que possibilita a reflexão-ação-reflexão e, conseqüentemente, desencadeia novas atitudes,

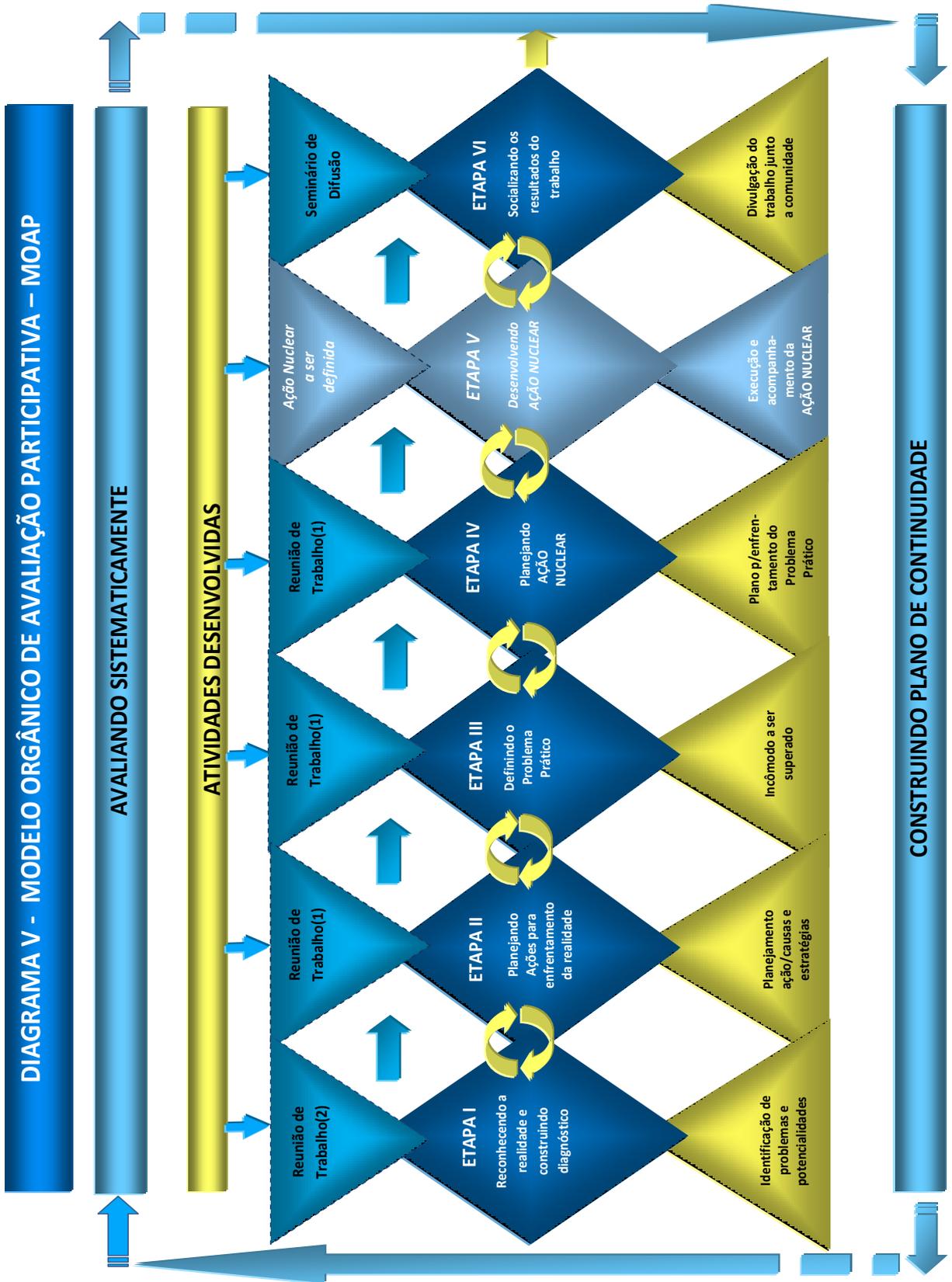
comportamentos, valores e ações. O mais importante é que acontece no trabalho dos profissionais, proporcionando, pedagogicamente, a mudança na perspectiva de construção de outra lógica. Uma lógica em que os trabalhadores e usuários aprendem juntos e buscam, juntos, as soluções para os problemas que dizem respeito a todos; além da oportunidade de instituir a cultura da avaliação para melhorias e humanização das práticas de saúde.

O MOAP promove a estreita relação entre usuários e trabalhadores com o contexto social, político e organizativo em que compartilham problemas e soluções. Resgata as suas funções e confere a consciência dos seus papéis nos processos avaliativos. Além disto, promove a construção a organização do trabalho em equipe, melhorias das condições de trabalho e a educação permanente e a comunidade ganha na medida em que consegue mais espaço na gestão do SUS local, pois discute os problemas da comunidade, da gestão do SUS, do trabalho das EqSF, dentre outros. O processo avaliativo ocorre arraigado e em sintonia com seus protagonistas. A compreensão do contexto torna-se maior, pois rompe com os paradigmas em que há a centralização dos processos decisórios e amplia a autonomia dos sujeitos favorecendo contínuos reajustes na realidade

Após a realização do Seminário Introdutório, o passo seguinte foi a estruturação das etapas sequenciais com características didático-pedagógicas que compuseram o Modelo Orgânico de Avaliação Participativa (DIAGRAMA V) o qual, como dispositivo, permitiu desenvolver o processo avaliativo a partir da execução de seis etapas; cada uma delas realizada através de uma ou mais atividades e mobilizados um conjunto de recursos didático-pedagógicos de divulgação e de comunicação.

Destacamos que a etapa V, ou seja, o desenvolvimento da Ação Nuclear, está diretamente relacionada ao Problema Prático e cada realidade onde é aplicado, é o MOAP que vai indicá-la.

Prosseguindo, o desenvolvimento de cada uma das etapas representadas no Diagrama V será descrita.



5.2.1 - Reconhecendo a realidade e Construindo o diagnóstico

Para apoiar a construção do Diagnóstico e o Planejamento, utilizou-se uma Matriz apreciada e aprovada pelo grupo (APÊNDICE K) – constituída por quatro colunas – contendo os problemas priorizados, suas causas, soluções e as ações necessárias. A Matriz, que teve como objetivo orientar e proporcionar uma visão global do trabalho foi traçada em folhas de papel madeira (ou *craft*) e colado à parede para que se pudesse ir registrando as conclusões surgidas a cada debate.

Essa etapa do trabalho foi direcionada a reconhecer e debater o contexto de atuação das equipes de forma que refletissem sobre a realidade e buscassem alternativas de solução frente aos problemas priorizados.

É importante lembrar que a Pesquisa-Ação, por ser uma estratégia de pesquisa social, pressupõe a participação das pessoas envolvidas no problema investigado, onde existe abrangente e explícita interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação. Assim sendo, foram feitas duas Reuniões com a finalidade de construir, coletivamente, o diagnóstico, priorizar os problemas a serem enfrentados e as suas respectivas soluções apropriadas. Inicialmente, não se limitou a definir apenas os problemas no nível de governabilidade do grupo, até porque seria um limitador contrário à proposta. Preferiu-se debater a realidade, identificar problemas e a partir daí propor as soluções e as ações.

Nessas reuniões, houve a presença dos trabalhadores das equipes e de usuários que foram convidados a participar. A orientação era que cada ACS levasse um usuário de sua micro-área. No entanto, apenas três compareceram, embora todos os agentes comunitários tivessem referido tê-los convidado. Na ocasião, justificaram que, possivelmente, não haviam comparecido porque não têm a cultura da participação, não gostam de participar de reuniões, pois nada recebem em troca e não têm seus problemas solucionados.

Quanto aos trabalhadores, participaram apenas as enfermeiras e os ACS. O médico, o técnico de enfermagem e demais categorias (auxiliar de consultório dentário, auxiliar administrativo, agente de portaria) não puderam comparecer, pois não havia como desmarcar os atendimentos aprezados para o dia, uma vez que os agendamentos ultrapassam até dois meses, estando a agenda de atendimentos médicos comprometida até o mês de julho (a primeira reunião aconteceu em abril). Como os enfermeiros têm como rotina a reunião semanal, para esse grupo não houve impedimentos e todos participaram até o final do trabalho.

Durante as duas reuniões, adotou-se como mote a questão: ‘para que serve a avaliação no nosso trabalho?’ Essa pergunta foi dirigida ao grupo no sentido de estimulá-lo a pensar a sua realidade, tendo como foco a avaliação. Também se visou direcionar e motivá-lo a iniciar um trabalho coletivo em que é comum a timidez e iniciar um processo avaliativo de forma que o grupo, descontraída e espontaneamente, pudesse ir refletindo sobre seu trabalho sem, no entanto, pensar em estar fazendo avaliação propriamente dita. Deste modo, o grupo de colaboradores não se sentiria coibido ao saber que estava avaliando, “julgando”, pois o grupo manifestou, preliminarmente, o entendimento de avaliação como um processo de cobrança e de críticas e que pudesse vir a sofrer repressões ou retaliações pelos próprios colegas de trabalho ou pela gestão.

Ao longo das duas reuniões, o próprio grupo de colaboradores foi se dando conta que estava em franco processo avaliativo e percebeu que não havia ali restrições, censuras, críticas ou repressões, mas, uma ampla aceitação e respeito pelas opiniões e percepções do outro e do coletivo. Foi percebendo que a avaliação é uma ação humana e espontânea e que, neste caso, não havia qualquer motivo para culpas, punições ou medos. Foi, progressivamente, constatando o caráter elucidativo e democrático que deve ter o processo de avaliação.

Durante o desenvolvimento da etapa referente ao diagnóstico da realidade, o grupo se pronunciou sobre vários aspectos, tais como: organização e funcionamento do trabalho, o trabalho na ESF, características da comunidade e seu contexto sociopolítico e cultural, gerência e gestão do sistema de saúde local. Também fez uma ampla reflexão sobre a oportunidade de estar se reunindo e pensando sobre seu trabalho, seus incômodos, necessidades e sobre as potencialidades que tem para desenvolver um trabalho dessa natureza e dimensão, assim como sobre a participação do usuário nesse processo de construção coletiva, entendendo que é um parceiro importante para a legitimação dos processos avaliativos e desdobramentos que daí decorrem, bem como as estratégias e as ações que possam ser contempladas nos planos de ação das equipes na busca de melhorias de seus contextos de trabalho e de saúde.

Os colaboradores, ao pensarem sobre sua realidade, identificam que as ações desenvolvidas na área não são, efetivas e concretamente, preventivas. Que há apenas “intenções” para uma ação preventiva sem, concretamente, desenvolvê-las em seu sentido pleno, embora reconheçam que a essência do trabalho é a promoção e a prevenção.

Fazem referências aos problemas típicos do modelo assistencial centrado no médico e referem que apenas 33%, ou seja, três em cada dez consultas teria realmente a necessidade da atenção do profissional médico. Os demais atendimentos poderiam ter a solução dos seus

problemas com ações preventivas. Ainda há a concentração de atendimentos no interior da Unidade, o que compromete a capacidade de atendimento não apenas dos médicos como dos enfermeiros com atendimentos centrados nas instalações físicas.

Todos os casos não atendidos pelo médico, e que de alguma forma precisam de atenção, são encaminhados ao enfermeiro para que possa orientar e dar os encaminhamentos necessários. Os agentes administrativos é que organizam o acesso das pessoas e dos agentes comunitários aos enfermeiros, dada a quantidade de pessoas que precisam da atenção dos profissionais, sendo este mais um dos fatores de sobrecarga de trabalho com atividades burocráticas.

Os colaboradores referiram que há procura demasiada por encaminhamentos a consultas especializadas, informando que o atendimento de rotina da unidade é organizado em grupos programáticos a partir da distribuição da quantidade de consultas médicas que os profissionais são capazes de produzir diariamente. Essa distribuição é, quantitativamente, semelhante, sem levar em consideração as características da área e o princípio da equidade. O atendimento a demanda espontânea é feito sem critérios de priorização dos atendimentos.

Existem grandes dificuldades de acesso das pessoas aos serviços especializados. Informaram que parte do total de consultas e exames está sob o comando de outras instâncias de poder. Os colaboradores, ao refletirem sobre as questões de acesso aos serviços especializados, principalmente quanto às consultas especializadas, exames e procedimentos de média e alta complexidade, indagam as razões dessa demanda e as estratégias necessárias para evitar as demandas a consultas especializadas.

Esses questionamentos permitiram ao grupo Colaborador pensar sobre a finalidade da ESF e as distorções que rondam o seu trabalho, pois também percebem que a comunidade tem uma visão distorcida do papel do ACS. Concluindo, os colaboradores enfatizaram que falta tanto aos membros das equipes, quanto à comunidade, esclarecimentos sistemáticos e consistentes sobre a finalidade da ESF, seus objetivos e ações propostas. Acreditam que parte do problema deve-se ao fato de muitos profissionais serem contratados sem critérios técnicos, mas apenas políticos.

A cultura assistencialista, tanto da comunidade, quanto da própria equipe, descaracteriza os princípios do SUS que também são distorcidos pelos próprios níveis hierárquicos superiores. A comunidade manifesta que não deseja apenas ações preventivas, deseja solução imediata para seus problemas sentidos, que lhes causa sofrimentos. A própria comunidade valoriza as ações curativas e almeja ações mais efetivas. Não aceita e nem acredita em palestras e reuniões, pois não tem ali seus problemas, os do momento, resolvidos.

Segundo os colaboradores, os usuários não se dispõem a expor seus problemas em público, nas palestras. Reforçam que muitos problemas não são da responsabilidade da gestão e do poder político, mas que todos têm responsabilidades sobre os problemas da área. O grupo de colaboradores percebe que alguns trabalhadores não se sentem parte e nem são responsáveis pelos problemas, pois compreendem que esses problemas têm raízes culturais, sociais, políticas e econômicas, principalmente com relação à falta de saneamento básico.

Enfatizam que a cultura da comunidade referente às ações preventivas não favorece a adesão às ações que possam agir sobre determinados agravos. Consideram que suas próprias condições de vida não favorecem a essa adesão. Alguns usuários demonstram resistências e não aceitam cumprir as orientações das equipes. Mas também não aceitam medidas paliativas e ficam a buscar, permanentemente, atendimentos na USF por sintomas recorrentes. Considera que muitos fatores desencadeantes dos agravos estão relacionados à falta de educação em saúde, o que contribui para o aumento da procura pela consulta médica.

O grupo de colaboradores atribuiu que as principais doenças como a diarreia, as infecções respiratórias e doenças dermatológicas, são ocasionadas pelas precárias condições financeiras das famílias e tem a clareza de que os problemas de saúde existentes na área exigem ações intersetoriais. Além disso, as soluções são muitas vezes dificultadas pela burocracia excessiva aplicada pelos órgãos públicos para a solução dos problemas de saúde encontrados. Informam se sentirem impotentes para resolvê-los.

Ao refletirem sobre a realidade social da comunidade, os participantes referiram que está abandonada pelo poder público. Um dos problemas mais graves que o grupo considera é a taxa de mortalidade em jovens de 15 a 24 anos ocasionada pela violência.

De acordo com os colaboradores, a comunidade valoriza, diferentemente dos demais trabalhadores, as figuras do médico e do enfermeiro, dando maior credibilidade a esses dois profissionais. As enfermeiras assumem não apenas os atendimentos às pessoas que não conseguiram atendimento com o médico como também se envolvem com os problemas de relacionamento entre os trabalhadores e, principalmente, com problemas das instalações físicas e condições insalubres de trabalho das equipes que se queixam dos alagamentos quando chove, da falta de materiais, da falta de capacitação e da falta de água impedindo o funcionamento regular do consultório odontológico, o que tem sido objeto de queixas da comunidade.

Os colaboradores enfatizaram que o trabalho do enfermeiro está voltado predominantemente ao atendimento em consultório. Essa realidade, na visão dos colaboradores, inviabiliza a atuação dos enfermeiros em outras atividades dada a sobrecarga

de trabalho, que chega a ultrapassar sua própria capacidade de atendimento, uma vez que se envolve com os atendimentos excedentes na tentativa de acolher e atender a maior parte da demanda que procura, espontaneamente, a Unidade, uma realidade não relevada, que compromete o desenvolvimento das ações as quais exigem ferramentas que poderiam ser estruturantes para o desempenho satisfatório dos serviços intra e extra unidade, como a avaliação e o planejamento da atenção a saúde.

O fato de concentrarem os atendimentos nas instalações da USF, o grupo se percebe pressionado pelo público que vai em busca de atendimentos. Embora o trabalho na recepção permita conhecer melhor os usuários e os problemas da área, leva a equipe a um alto estado de estresse, pois exige muita habilidade para lidar com o público.

O público faz críticas ao trabalho burocrático dos Agentes Comunitários, especialmente quando tem que desenvolver atividades administrativas no interior da unidade, entendendo que o trabalho está descaracterizado.

Além disso, segundo os colaboradores, as enfermeiras custeiam, com recursos próprios, algumas ações desenvolvidas junto à comunidade. Principalmente quando programam algum tipo de atrativo para estimular as pessoas a participarem. Informam que há sempre necessidade de atrair os usuários para aderirem às atividades coletivas. Sem atrativos como lanches, cesta básica, prêmios, sorteios de brindes, etc. os usuários não comparecem. Dessa forma, reforçam a cultura assistencialista.

Quanto à visita domiciliar, o grupo colaborador considera que a quantidade de visitas por dia extrapola a capacidade dos ACS, principalmente porque as condições ambientais como chuva, calor, alagamentos das ruas e ameaças de violência interferem na produção quantitativa de visitas domiciliares estabelecidas e comprometem a qualidade do atendimento domiciliar.

Percebem que as famílias precisam de mais atenção e escuta aos seus problemas, fazendo cobranças e manifestando algum tipo de insatisfação com o trabalho desenvolvido na área e na USF, pois não aceitam não serem atendidos e tem resistências ao cumprimento das normas do serviço.

Embora as equipes contem com apoio da Unidade Básica de Saúde (UBS) para os casos encaminhados para atendimento especializados, existem problemas de comunicação entre as duas Unidades. Há queixas dos usuários encaminhados quanto ao acolhimento na Unidade de apoio, que gera dificuldades no funcionamento adequado do sistema de referência e contra-referência, onde se encontra o poder individual do trabalhador sendo exercido em

detrimento dos direitos dos usuários, especialmente com relação à informação e ao fluxo de atendimento.

O grupo colaborador atribui essa realidade à má organização e funcionamento do sistema de referência. A contra-referência não existe, pois os usuários encaminhados à Unidade de apoio não retornam com os registros e informações dos atendimentos ali realizados.

A comunidade cobra a atuação de cada membro da equipe. Que reage às cobranças e não se sente compromissada com o tipo de trabalho na ESF, onde a escuta, o acolhimento, a comunicação e as articulações de políticas são primordiais.

Destacam que têm muitas dificuldades em sensibilizar e mobilizar a comunidade para participarem das ações coletivas e de caráter preventivo promovidas pelas equipes. Há descrédito e desinteresse. A própria comunidade informa que não participa porque tem seus afazeres domésticos. Portanto, não participa principalmente de palestras, pois não acredita nos seus resultados e não recebem nada em troca. Informam também não gostarem de participar de pesquisas.

Os colaboradores desencadearam um debate sobre as pesquisas realizadas por algumas instituições de ensino superior. Enfatizam que não são muito afetos a participar de pesquisas. Suas experiências indicam que as pesquisas apontam e estudam problemas, mas trazem poucas contribuições concretas para as suas realidades de trabalho e vida.

O vínculo da comunidade com o profissional médico é cultural, segundo os colaboradores, quando se reportam comparando com a procura pelo atendimento odontológico. Justificam que essa situação está mais presente porque o serviço odontológico não estava funcionando pela falta de água na USF.

O grupo reflete que há falta de recursos humanos, porém não está na sua governabilidade e essa realidade tem facilitado o desvio de funções, embora seja do conhecimento da SMS.

Quanto à avaliação, os colaboradores refletem que as práticas avaliativas não são usuais não apenas pela sobrecarga de trabalho como pela deficiência de recursos humanos o que faz gerar os desvios de função. Informam que, para a avaliação, há dados disponíveis sobre óbitos na área e sobre internações, o que de alguma forma ajudam a pensar algumas ações específicas para o enfrentamento desses problemas. No entanto, reconhecem que não são suficientes para uma análise mais apropriada e consistente. Contribuindo para que outras ações deixem de ser cobertas e pensadas. Não valorizam os processos avaliativos por não terem como atender as demandas que poderão surgir das avaliações.

O grupo colaborador considerou que o trabalho na ESF é muito difícil, pois a educação das pessoas se constitui em desafio. Os problemas identificados têm forte relação com a cultura e educação das pessoas e que é muito difícil mudar seus hábitos e costumes. Muitos problemas são de difícil solução porque as equipes não têm governabilidade sobre eles.

Nas discussões, foi enfatizado que, muitas vezes, na recepção, são oferecidas respostas pouco convincentes aos usuários, o que contribui para reagirem de forma agressiva e ameaçadora junto aos profissionais.

Os Agentes Comunitários informaram, especificamente, que recebem muitas ameaças durante as visitas domiciliares e que o medo, a fome e o cansaço comprometem a qualidade dessas visitas, gerando preocupações quanto as suas integridades físicas e proporcionando, assim, situações de riscos iminentes. Referem que as suas condições sociais e econômicas não são levadas em consideração e não se sentem protegidos e valorizados no que se refere a ações institucionais dirigidas às suas situações de saúde, enquanto trabalhadores da saúde. Percebe-se, em seus relatos, que não têm quaisquer tipos de governabilidade sobre essa realidade.

O grupo, ao analisar sua própria realidade e suas necessidades, enfatiza que existem problemas de relacionamento e de ética entre os membros da equipe. A comunicação, muitas vezes, se torna difícil e há certo clima de descortesias proporcionando conflitos e dificuldades na interação entre a equipe e com o público de forma geral. Os colaboradores percebem resistências às mudanças, em aprender com o outro e com a realidade. Percebem que não há demonstração de compromissos consigo mesmo e na aceitação em adotar comportamentos que proporcionem as melhorias nas atitudes profissionais de cada membro.

Há consenso que essa situação identificada no contexto do trabalho da equipe deve-se à falta de capacitação do grupo, principalmente quanto à ESF, pois muitos são colocados para atuar na estratégia sem conhecimento prévio ou treinamentos que possibilitem, minimamente, orientar sobre os aspectos básicos importantes para atuação nas EqSF.

Ressentem que há tempo não sofrem atualização e que muitos profissionais têm se incorporado ao grupo sem quaisquer tipos de capacitação. Desenvolvem suas atividades com orientações apenas de seus colegas de trabalho. Informam que o processo de capacitação ocorre esporadicamente e, muitas vezes, não são convocados ou convidados a participarem. Destacam que as capacitações não se dão em equipe.

Criticam que os conteúdos das capacitações não são dirigidos a todos os membros da equipe concomitantemente. Há programações segmentadas, dificultando a congruência de

saberes sobre dado tema ou assunto. Os colaboradores, ao examinarem a realidade das capacitações, destacam que as metodologias utilizadas nos diversos treinamentos não são participativas e se sentem pouco à vontade para solicitar esclarecimentos e tirar dúvidas. Isso restringe a participação e as manifestações dos participantes. Evitam expor seus pensamentos com receios de serem reprimidos e criticados.

Consideram que as capacitações são concentradas nos ACS, médicos e enfermeiros e que as demais categorias, como os agentes de serviços gerais, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, entre outras, não são contemplados sistematicamente com atualizações, cursos e outras modalidades de capacitação, o que faz com que as equipes não discutam seu próprio processo de trabalho, como equipe.

As informações quanto às capacitações programadas, muitas vezes, não chegam ao conhecimento das enfermeiras e, quando chegam, não conseguem avisar, a tempo, o grupo, inclusive para participação em pesquisas. Principalmente aqueles agentes comunitários que atuam em áreas mais distantes e com difícil acesso e comunicação.

Apresenta-se, a seguir, quadro contendo as sínteses dos principais problemas apresentados e debatidos. Tentou-se agrupá-los na intenção de apresentar ao leitor o que levou o grupo a definir o Problema Prático.

QUADRO 1 - SÍNTESE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS
Referentes à Capacitação
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitações concentradas nos Agentes Comunitários de Saúde, médicos e enfermeiros sem contemplar as demais categorias, tais como auxiliar de cirurgião dentista, agentes administrativos, agentes de portaria. • Os conteúdos das capacitações não são dirigidos ao conjunto da EqSF. • As metodologias utilizadas nas capacitações não são participativas. • Há tempo, não sofrem atualização e muitos profissionais têm se incorporado ao grupo sem qualquer tipo de capacitação. • O processo de capacitação ocorre esporadicamente. • Falta de capacitação do grupo - principalmente quanto à estratégia saúde da família. • Dificuldades de relacionamento e de ética entre os membros da equipe. • Baixo nível de qualificação dos trabalhadores quanto à ética, relacionamento interpessoal e com o público em geral
Referentes ao Trabalho na Estratégia Saúde da Família
<ul style="list-style-type: none"> • Ameaças à integridade física durante as visitas domiciliares. • Medo, fome e cansaço comprometem a qualidade das visitas domiciliares. • O trabalho burocrático do ACS é mal interpretado pela comunidade. • Estresse da equipe. • Quantidade de visitas por dia extrapola a capacidade dos ACS. • Trabalho da enfermeira voltado predominantemente ao atendimento em consultório, inviabilizando sua atuação em outras atividades. • Sobrecarga de trabalho do enfermeiro. • Instalações físicas e condições insalubres de trabalho das equipes. • Práticas avaliativas não são usuais pela sobrecarga de trabalho. • Desvios de função entre os trabalhadores; • A comunicação interpessoal é difícil. • Relacionamentos descorteses proporcionando conflitos e dificuldades na interação entre a equipe e com o público de forma geral. • Trabalhadores não se sentem comprometidos com o trabalho na ESF.
Referentes ao Modelo assistencial / Gestão
<ul style="list-style-type: none"> • Busca permanente por atendimentos na Unidade da Saúde da Família por sintomas recorrentes. • Demanda excessiva por consultas médicas, sobrecarregando a agenda em até dois meses de antecedência. • Comunidade abandonada pelo poder público. • Comunidade não aceita e nem acredita em palestras e reuniões, pois não tem ali seus problemas resolvidos. • Comunidade não adere às ações coletivas e de caráter preventivo promovidas pelas equipes. • Cultura assistencialista da comunidade e da própria equipe. • Dificuldades de acesso aos serviços especializados. • Famílias precisam de mais atenção e escuta aos seus problemas. • Má organização e funcionamento do sistema de referência. • Pesquisas trazem poucas contribuições concretas para as suas realidades de trabalho e de vida. • Precárias condições socioeconômicas das famílias. • Pressão do público pelo atendimento na Unidade.

Fonte: Seminário Introdutório - Reuniões de trabalho.

5.2.2 Planejando as ações para enfrentamento da realidade

Tomando como base o conjunto de problemas identificados nas reuniões realizadas para construção do diagnóstico, o grupo refletiu sobre os problemas e decidiu selecionar aqueles considerados prioritários e que, de alguma forma, estavam incomodando a todos:

- 1°. Baixa qualificação dos trabalhadores;
- 2°. Falta de recursos humanos;
- 3°. Avaliações não são usuais nem sistemáticas no trabalho das equipes;
- 4°. Necessidade de esclarecimentos e informações sobre a Estratégia de Saúde da Família para empoderamento do grupo, e;
- 5°. Demanda excessiva para consulta médica sobrecarregando as agendas de atendimento.

Definidos cinco problemas priorizados, iniciou-se o planejamento para seu enfrentamento. Os colaboradores discutiram as suas principais causas e soluções, assim como as ações essenciais para a superação desse conjunto de problemas, conforme a Matriz.

Quanto ao primeiro problema, o grupo de colaboradores identificou que os critérios para admissão utilizados pela gestão municipal e a falta de compromisso consigo mesmo na busca de qualificação se constituíam suas principais causas e as soluções seriam, principalmente, a concepção e execução de um Plano de valorização pessoal da Equipe e de um Plano de capacitação profissional. Essas soluções poderiam ser atendidas a partir da realização da Terapia Comunitária, da Implementação de um programa voltado à saúde do trabalhador e da realização de oficinas de capacitação em ética, motivação, relações interpessoais e relacionamento com o público.

Quanto ao segundo problema: Falta de recursos humanos na USF, os colaboradores atribuíram a principal causa à falta de planejamento para distribuição dos recursos humanos no município, principalmente, na área da saúde. O problema foi, imediatamente, informado pelas enfermeiras, à SESAU, e solucionado no decorrer da pesquisa, com a reposição de pessoal no quadro funcional da Unidade. Essa é uma das vantagens da utilização da Pesquisa-Ação, ou seja, alguns problemas surgidos no processo de construção do diagnóstico e planejamento poderão ter sua solução abreviada.

À respeito do terceiro problema, o grupo de colaboradores debateu e atribuiu que a sobrecarga de trabalho de rotina impede a equipe de avaliar seu trabalho e a solução seria o

planejamento das avaliações de forma que acontecessem sistematicamente, dando oportunidade para que todos participassem do processo, uma vez que estariam devidamente programadas. Como ações, o grupo propôs elaborar e executar um cronograma de reuniões para avaliação do trabalho com a participação de toda a equipe e com periodicidade mensal ou quinzenal.

Prosseguindo o processo de planejamento e com amplas discussões sobre a realidade pensada, os colaboradores identificaram que o quarto problema tinha como causa a falta de capacitação das pessoas sobre o que é a ESF e a avaliação como instrumento de trabalho. Propôs, como solução primordial, a capacitação das Equipes sobre a ESF e sobre avaliação. Então, decidiu que a ação seria a realização de oficinas que contemplassem os conteúdos relacionados à ESF e Avaliação como instrumento de trabalho.

Com relação ao quinto e último problema priorizado, o grupo de colaboradores atribuiu que a cultura da comunidade vinculada ao atendimento com o profissional médico e o Modelo Assistencial centrado na atenção apenas curativa eram as principais causas do problema e decidiu que a solução seria a necessidade imediata de racionalizar a distribuição das consultas médicas segundo os grupos programáticos e de especialidades e incentivar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Para tanto, definiu como ações o agendamento rotativo de atendimento de especialistas para atender na USF e realizar reunião administrativa para esclarecer o sistema de referência de suas fragilidades e potencialidades. Esse problema, bem como as possibilidades de solução, foram encaminhadas à SESAU para discussão, uma vez que envolvia outros atores no processo de solução.

A síntese das discussões, após consenso entre os colaboradores, era registrada nas folhas de papel madeira (*craft*) fixadas na parede.

No campo de alcance do grupo de colaboradores havia três problemas que foram discutidos, sistematizados e definidos como “Problema Prático”.

5.2.3 Definindo o Problema Prático

Por votação, o grupo de colaboradores decidiu que a qualificação do grupo seria a melhor estratégia para solução de três dos cinco problemas priorizados, pois se encontrava há tempo sem ter participado de capacitações envolvendo todos os membros das equipes que atuam na USF. Além do mais, a qualificação favoreceria o empoderamento do grupo para o enfrentamento de parte dos problemas relatados.

Na concepção do grupo, os programas de treinamento não estão voltados a toda a equipe. Acontecem de forma isolada e não têm oportunidade de serem capacitados conjuntamente sobre o processo de trabalho de interesse de todos e, principalmente, respeitando o papel de cada um e o sentido do trabalho integrado e articulado. Referiram que muitos programas de treinamento são genéricos e têm como objetivo atingir a maior parte das equipes e que muitas vezes não tratam, especificamente, de assuntos que interessam ao grupo e à sua própria realidade.

A escolha do tema e do problema prático se deu por consenso, especialmente porque a maioria não havia sido qualificada para atuar na ESF. No processo para definição do tema, era perceptível que o grupo “se olhou” buscando superar as dificuldades e lacunas que identificaram nas reuniões para exploração e planejamento da realidade.

Ao debater a realidade das equipes que participaram do estudo foi possível o grupo identificar, com clareza, o **Problema Prático**: *as práticas avaliativas não são usuais, mas ocasionais e superficiais porque as equipes se sentem sobrecarregadas e, assim como a comunidade, não conhece a base da ESF nem a avaliação como instrumento de apoio ao trabalho.* Segundo Thiollent (2007), na Pesquisa-Ação, o tema representa a designação do problema prático.

O problema prático foi delineado e votado pelos colaboradores por entenderem que suas decisões, na maioria das vezes, não estão voltadas para a sua realidade e necessidades de saúde da comunidade, uma vez que, por não utilizarem a avaliação como instrumento de trabalho, não conseguem refletir sobre a realidade onde atuam e pensar sobre seu próprio trabalho, quando, daí, podem surgir soluções apropriadas quando pensadas junto com a comunidade. Nesse entendimento manifesto está expresso o compromisso dos colaboradores e a urgência da situação diagnosticada.

Os problemas identificados exigiram a busca de um referencial teórico que desse conta da sua complexidade na perspectiva de compreender as diversas dimensões que advém, que influenciam e são influenciadas pelas práticas não usuais da avaliação.

Neste estudo, buscou-se no pensamento complexo as bases que levaram à compreensão da realidade decifrada. A ideia de utilizar o pensamento complexo para apoiar a compreensão da realidade ficou atrelada à necessidade de refletir sobre os referenciais que explicam apenas parte dos problemas dessa realidade, pois a focalizam numa visão reducionista e fragmentada impedindo a relação entre o todo e suas partes. Segundo Morin (2010), a complexidade pressupõe a integração e o caráter multidimensional de qualquer realidade. Realidade que o grupo se propôs a mudar e para tanto avançou-se à etapa seguinte:

5.2.4 Planejando a Ação Nuclear para enfrentamento do Problema Prático

O grupo decidiu elaborar um Projeto de Ação que tratasse de conteúdos de interesse das próprias equipes e da comunidade e que foram problematizados nas reuniões anteriores. A essa Ação chamamos de ‘Ação Nuclear’, pois se tornou o núcleo principal que auxiliaria a superar parte (60%) dos problemas priorizados. Decidiram que seria mais apropriada a capacitação do grupo abordando assuntos como motivação, relacionamento interpessoal, relacionamento com o público, acolhimento ao usuário; e outros, referentes à ESF e principalmente sobre Avaliação, pois, nos eventos realizados anteriormente tomaram consciência de suas fragilidades quanto a esses assuntos e, portanto, necessitavam não apenas atualizar seus conhecimentos, como melhorar o trabalho em equipe e se apropriar de saberes sobre avaliação de forma que pudessem aplicar no cotidiano de seu trabalho.

O planejamento da Ação Nuclear (APÊNDICE L) ocorreu na quinta reunião com esse objetivo, sem, no entanto, deixar de debater situações problemáticas que surgiam ao longo do processo de reflexão.

Nas reuniões para decidir as soluções e que ações dariam conta desses problemas, prosseguiu-se utilizando a Matriz de Diagnóstico e Planejamento como instrumento auxiliar. Nesse instrumento, registraram-se os problemas considerados prioritários para o grupo, suas prováveis causas, as possíveis soluções e as ações necessárias à sua superação, na visão do grupo colaborador.

Os conceitos de problemas foram explicitados no sentido de orientar o grupo naquilo que, realmente, se constituísse incômodo e que precisaria ser enfrentado com a perspectiva que outros problemas pudessem ser amenizados ou resolvidos.

O grupo refletiu sobre todos os problemas identificados e decidiu que cinco deles incomodavam, substancialmente, e que valeria buscar estratégias para seu enfrentamento. Conforme explicitado acima, três deles poderiam ser atenuados se o grupo sofresse um processo de qualificação. Um deles foi solucionado durante o processo de construção do estudo e outro, a demanda excessiva para as consultas médicas, adiado temporariamente, pois dependeria de decisões da equipe gestora, o que, certamente, levaria algum tempo para ser encaminhado, dada a complexidade de sua constituição envolvendo outros segmentos do funcionamento e estruturação do SUS local.

A partir dessa reflexão, os participantes decidiram que a Ação Nuclear traria em seu corpo a qualificação de todos os trabalhadores das duas equipes que atuam na USF e não apenas o grupo de interessados, os colaboradores, pois compreendiam que os problemas

identificados exigiam a qualificação das equipes para atuar frente a essa realidade desafiadora, a qual reúne um conjunto de problemas relacionados ao contexto socioeconômico e cultural, ao próprio trabalho das equipes e ao interesse em prosseguir com a avaliação, de forma sistemática, como uma ferramenta de trabalho, pois os colaboradores já haviam, nessa altura, percebido a si mesmos, avaliando.

Além disso, o grupo decidiu pelo tema da qualificação, uma vez que quantidade incipiente de trabalhadores, apenas três até aquele momento, havia sido capacitada para atuar na ESF, assim como outros haviam participado apenas de treinamentos pontuais e que, portanto, não conheciam ou compreendiam a ESF como estratégia para a mudança do modelo assistencial hegemônico. Faltavam-lhes conceitos, reflexões, informações sobre a atuação na ESF para dar sinergia ao trabalho.

O grupo decidiu pela Ação Nuclear: Atuando na ESF tendo em vista as questões éticas, de relacionamento interpessoal entre os membros da equipe e as dificuldades de relacionamento com o público, que precisariam ser discutidas através de metodologias apropriadas capazes de proporcionar as mudanças desejadas, pois via, na ação, uma oportunidade para debater esses assuntos que fragilizam o trabalho em equipe que precisa estar preparada para prestar atenção à saúde na comunidade. Os colaboradores perceberam-se com potencialidades de mudança, considerando que as pessoas e colegas de trabalho têm as virtudes que são exigidas para um trabalho em equipe e a comunidade poderia contribuir nesse processo como uma nova maneira de pensar o papel do usuário como cidadão.

O processo de capacitação do grupo com a participação dos usuários legitima o trabalho da equipe e insere o cidadão num novo espaço onde tem a oportunidade de criticar, refletir e contribuir.

Dessa forma, o grupo decidiu elaborar um projeto para levar a efeito a capacitação desejada. Nessa oportunidade, antes de iniciar a construção do Projeto da Ação Nuclear, foram esclarecidos os conceitos de projetos e os elementos constitutivos de sua estrutura. Assim, construiu-se coletivamente o projeto para execução e superação do Problema Prático.

5.2.5 Desenvolvendo a Ação Nuclear para enfrentamento do problema prático

Com o Projeto da Ação Nuclear pronto, iniciou-se sua operacionalização, colocando em prática a ação que foi composta por três Oficinas.

A primeira, intitulada ‘Trabalhando em Equipe’, a segunda, ‘Compreendendo a Estratégia Saúde da Família’ e a terceira, ‘Desenvolvendo as Práticas Avaliativas no Trabalho’.

Thiolent (s/d, p. 2) escreve que a ação formativa se constitui em fonte de conhecimento onde todos aprendem algo sobre a realidade. É capaz de enriquecer o aprendizado das pessoas envolvidas. A ação formativa, segundo o autor, “leva em conta os requisitos de uma formação técnica atualizada na perspectiva de uma melhoria das condições de trabalho e da humanização dos serviços prestados aos usuários” (THIOLLENT, s/d, p. 3).

Vale ressaltar que a ação formativa se deu ao longo de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa junto aos colaboradores e, posteriormente, com outros membros das equipes que se integraram ao grupo para participarem das Oficinas. Foi revelada uma ação técnica, política e ética possibilitando o aprendizado frente às contribuições que todos, e cada um individualmente, são capazes de oferecer ao coletivo a partir de suas vivências e experiências no SUS.

5.2.5.1 Oficina I – Trabalhando em Equipe

O plano de execução da primeira parte da Ação Nuclear foi elaborado pela docente da UEPA, Professora Benedita Abreu Leão, convidada especificamente para atuar como facilitadora da Oficina, dado sua experiência na área e posteriormente, apreciada e adaptada pelo grupo (APÊNDICE M). Teve como objetivo oportunizar espaço de convivência entre trabalhadores e usuários do SUS. Buscou-se refletir sobre os valores pessoais e sua influência na convivência de vida pessoal e coletiva para atender à demanda do grupo que indicou como um dos assuntos que gostaria de debater no processo de capacitação do grupo. As razões do grupo eram as questões da ética e relacionamento no grupo e com o público, que foram itens identificados nas reuniões e previstos no plano para desenvolvimento da ação que necessitariam ser abordados no sentido de orientar os participantes quanto a esses assuntos.

A oficina teve início às 9 horas com a apresentação da facilitadora e dos participantes. Seguidamente, distribuíram-se os crachás para facilitar a identificação dos participantes. Estiveram presentes 27 pessoas, entre trabalhadores e usuários.

A oficina cumpriu todo o plano elaborado e houve momentos de muita reflexão sobre o trabalho em equipe e as questões sobre ética, relacionamento interpessoal e relacionamento com o público. O grupo avaliou positivamente o trabalho e considerou os resultados de possível aplicação no trabalho e na vida pessoal.

Aqui, nos deteremos a respeito das duas principais dinâmicas desenvolvidas. As demais foram aplicadas de forma complementar para estimular a reflexão e a participação dos presentes.

Aplicou-se a dinâmica “O feitiço vira contra o feiticeiro” (SALVADOR, s/d), no sentido de desenvolver a reflexão sobre a arte de valorizar o outro. Na aplicação da dinâmica, o grupo formou um círculo onde todos ficaram sentados e escreveram uma tarefa que gostaria que seu companheiro da esquerda realizasse sem deixá-lo ver o que estava escrito. Após todos terem escrito, o feitiço virou contra o feiticeiro. Ou seja, quem realizou a tarefa foi a própria pessoa que escreveu. A dinâmica trouxe como princípio o debate e a reflexão a respeito do outro na dimensão da ética humana no sentido de despertar nos participantes a reflexão sobre si mesmos e sua relação intergrupala.

“Dançando em harmonia” foi a segunda dinâmica utilizada para promover uma avaliação sobre a importância e a valorização do trabalho em equipe. O grupo foi seguindo a música se esforçando para manter o ritmo harmonicamente. Nessa atividade foi observada a organização o espírito de liderança entre o grupo, apoio e habilidades em compartilhar sua habilidade com seu próprio parceiro. Ao final, o grupo fez uma reflexão ampliada sobre o verdadeiro sentido do trabalho em equipe.

As demais atividades geraram reflexões complementares e coletivas para um cenário de convivência saudável no trabalho, oportunizando o relato de experiências com alto grau de participação e colaboração.

Nove colaboradores informaram que nunca haviam participado de atividades com o caráter dinâmico e não conheciam as dinâmicas de grupo e se sentiram valorizados em ter colaborado com suas reflexões.

As dinâmicas aplicadas tiveram a participação de todos e levou o grupo à reflexão sobre seu trabalho, sua relação com os colegas de trabalho e também com o público. Avaliaram com muito entusiasmo e informaram terem suas expectativas atendidas. Dezesesseis participantes da oficina informaram nunca terem participado de qualquer capacitação que tivesse a interatividade como eixo norteador.

Consideraram a oficina excelente e, segundo os presentes, ela ajudou a aprender a falar com as pessoas e a compartilhar com os colegas de trabalho e muito favoreceu a integração do grupo. Refletiram sobre a importância do trabalho em equipe e a importância de respeitar as diferenças que existem entre as pessoas.

5.2.5.2 Oficina II – Compreendendo a Estratégia Saúde da Família

A segunda parte da Ação Nuclear (APÊNDICE N) foi desenvolvida pelo Professor da Universidade Federal do Pará e Assessor da SESAU, Raimundo Arias. Tratou-se da ‘Segunda Oficina: Compreendendo a Estratégia Saúde da Família’, a qual teve como objetivos promover a reflexão quanto a ESF e o processo de trabalho das equipes e compreender a estratégia como um dispositivo para a mudança do modelo assistencial ainda centrado na atenção curativa e paliativa.

Utilizou-se, como técnica de discussão, a ‘Roda de Conversa’, é um método que tem como objetivo estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação. É um espaço de diálogo onde os sujeitos podem se expressar, compartilhar, escutar os outros e a si mesmos. (CUNHA e CAMPOS, 2010)

Reuniu-se o grupo em círculo onde os 28 participantes, de maneira espontânea e natural, debateram os assuntos de modo dialógico. A metodologia teve como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão-ação. Envolveu, assim, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos.

O grupo considerou que a oficina trouxe a renovação de ideias e a oportunidade para refletir sobre o trabalho desenvolvido e criticou a distância que existe entre a teoria e a prática no processo de atendimento as famílias a partir da ESF. Informaram que a exploração sobre a estruturação da USF e as formas de organização prática do trabalho das equipes para o funcionamento da ESF precisavam ser mais bem explicitados, dada a falta de experiências de alguns trabalhadores presentes e também da comunidade, que pouco conhece sobre o papel de cada membro e a verdadeira finalidade da ESF. Refletindo sobre os conteúdos abordados e associando com o que, concretamente, desenvolvem no cotidiano, concluíram que a ESF somente funciona na teoria.

5.2.5.3 Oficina III – Desenvolvendo as práticas avaliativas no trabalho

A terceira e última etapa da Ação Nuclear tratou da ‘Oficina Desenvolvendo as Práticas Avaliativas no Trabalho’ (APÊNDICE O). Teve duração de, aproximadamente, quatro horas. Foi coordenada pela pesquisadora e por três representantes dos colaboradores que participaram, integralmente, de todos os eventos realizados.

Essa oficina foi dividida em três momentos: no primeiro momento o grupo foi orientado a fazer a avaliação da Oficina anterior de forma que exercesse a avaliação espontânea e natural, percebendo suas fragilidades e potencialidades. O segundo momento foi destinado ao trabalho em grupo; quando os participantes formaram dois grupos de trabalho: denominados ‘grupo azul’ e ‘grupo amarelo’.

Reuniram-se para produção de cartazes que seriam apresentados aos presentes para validação. A tarefa de um dos grupos consistia em responder à pergunta: ‘como o grupo amarelo vê o grupo azul?’ e o grupo azul responderia à pergunta: ‘como o nosso grupo pensa que somos vistos pelo grupo amarelo?’ As perguntas criadas para esse exercício levaram os grupos a se olharem e extrapolar suas percepções à visão do outro. Foi uma atividade interessante à medida que proporcionou reflexões sobre as atitudes pessoais e profissionais frente ao trabalho e à comunidade, além de configurar um exercício da autoavaliação.

O terceiro momento consistiu no exercício da avaliação. O grupo selecionou, com antecedência, uma situação específica da realidade de saúde de sua área, casos novos de tuberculose, e organizou-se a tarefa onde os participantes, organizados em quatro grupos de trabalho, receberam um texto com a ‘Situação Problema’ definida pelo grupo (APÊNDICE P) para que fosse analisada e elaborada uma Matriz (APÊNDICE Q) para auxiliar a pensar a realidade selecionada como exercício de avaliação.

Cada subgrupo seguiu o roteiro e construiu a Matriz para registrar as principais causas do problema identificado. Logo a seguir, fizemos uma plenária quando todos tiveram oportunidade de expor suas contribuições e complementar a discussão. A matriz se constituiu um instrumento a partir do qual os colaboradores pensavam e registravam as causas adjacentes e subjacentes equivalentes ao problema estudado: o número de casos novos de tuberculose na área. O que se pretendia era, exatamente, demonstrar uma das formas de avaliar e refletir sobre um dado problema ou incômodo. A equipe já vinha praticando o processo avaliativo dos problemas que identificaram ao longo das cinco reuniões e não tiveram muitas dificuldades de concretizar o exercício.

No final do trabalho, o grupo produziu um painel com a contribuição de todos os participantes onde constavam as causas adjacentes e subjacentes pensadas a partir do problema selecionado.

Durante a construção do painel com o problema e suas causas pensadas, houve a oportunidade de debater vários conceitos como: problema, acesso e acessibilidade, causa adjacente, causa subjacente, avaliação para a decisão, participação, motivação, etc. Os temas transversais surgidos no processo de discussão foram interessantes à medida que contribuiu

para que o grupo tomasse consciência do problema da tuberculose na área e no município de Ananindeua, PA.

O exercício proporcionou a reflexão sobre o trabalho da equipe em torno, não apenas da tuberculose, como também de outras patologias e agravos comuns na área de atuação das equipes.

Embora fosse um exercício exemplificador de como avaliar uma situação específica, para as equipes foi a oportunidade de pensar um plano de trabalho para o enfrentamento do problema estudado. Além disso, o grupo percebeu que a avaliação não se encerra em si mesma, mas é capaz de desencadear inúmeras e sucessivas etapas que dão sinergia, consistência e credibilidade aos processos avaliativos com a participação efetiva do sujeito.

Encerrou-se a terceira oficina de trabalho e o grupo concluiu que é possível fazer a avaliação sem aviltamento ou punições, demonstrando ruptura com os mitos que envolvem a avaliação. É possível, a partir da avaliação, aprimorar o trabalho, tomar decisões, detectar e corrigir alguns desvios e perceber os ensinamentos que todos tivemos oportunidade de vivenciar, proporcionando adotar decisões conscientes e transformadoras.

Nada pensado sozinho tem a magnitude e a importância que têm várias pessoas pensando. O grupo procede a avaliação até do momento e destaca que é absolutamente possível desenvolver as práticas avaliativas com baixo custo, envolvendo todos da equipe e a comunidade.

Nessa oportunidade, o grupo se mostra decidido a continuar com o processo e com as oportunidades de aprendizagem. Refletem que o trabalho não deve sofrer solução de continuidade mesmo que os profissionais estejam com as agendas de atendimentos sobrecarregadas, há de serem buscadas formas e mecanismos de prosseguimento.

Vale ressaltar que todos os que participaram da Ação Nuclear receberam Certificado pela UEPA por meio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), consequência da articulação com essa instituição de ensino superior no sentido de fortalecer a parceria entre a UEPA e a SESA e garantir aos participantes a comprovação oficial de sua qualificação.

5.2.6 Seminário de difusão: avaliando e refletindo sobre o MOAP

Ao término de cada reunião procedia-se a avaliação como uma etapa que não apenas ratificava o tema do estudo como auxiliava a recompor e aperfeiçoar as etapas seguintes no sentido de facilitar a aprendizagem dos participantes, que se dá ao longo do processo.

Segundo Thiollent (2007, p.71), na pesquisa-ação, a aprendizagem dos participantes está associada à investigação. No caso deste estudo e, em que pese o grupo ter decidido pela Ação Nuclear, que, certamente, daí resultaria, de alguma forma, certo tipo de aprendizagem, observou-se que todo processo produziu informações, esclarecimentos e vários outros aspectos resultantes da troca de experiências entre os participantes, que daí surge, naturalmente, a aprendizagem como uma atividade normal.

Tendo o estudo envolvido, basicamente, o grupo de trabalhadores da ESF e seus usuários, a distância entre os grupos foi relativamente considerada, pois o grupo de colaboradores estava em níveis muito próximos quanto aos saberes referentes aos temas debatidos. De um lado, um grupo que promovia as ações e, de outro, aquele que as recebia. Mas, no geral se equilibravam considerando que havia certa deficiência de conhecimentos quanto aos temas. Tanto que a Ação Nuclear selecionada foi em função das lacunas quanto aos conhecimentos a respeito da ESF, sua finalidade, objetivos, ações e papel de cada membro da equipe.

O grupo manifestou sua aprendizagem, com o processo, a cada momento de desenvolvimento das etapas do estudo e da Ação Nuclear.

Tanto a pesquisadora, quanto os colaboradores, entraram no processo com saberes incompletos. De um lado, havia conhecimentos sobre os temas estudados de forma satisfatória e, do outro, o domínio da situação que vive, o que promoveu consistentes transformações pela permuta de saberes entre todos que participaram do estudo. Desse modo, registrou-se a aprendizagem manifestada pelo grupo no campo pessoal e profissional; no âmbito das equipes e no âmbito da comunidade.

No campo pessoal, os colaboradores expressaram sua aprendizagem, informando que sua relação com o outro passou a ter outra concepção como: aprender a lidar e compartilhar, aprender a ser paciente, saber esperar e ter tolerância, tratar bem e respeitar as suas diferenças. Informaram perceber o papel e a importância de cada um na equipe e dos usuários nos processos avaliativos. Também asseveraram que o trabalho ajudou a superar o medo e a insegurança no trabalho; a se sentirem motivados a atuar na ESF e consideraram que a participação trouxe uma experiência nova para a vida como trabalhador, como cidadão e como usuário.

No campo de atuação em equipe, o grupo considerou que a participação favoreceu a reflexão sobre a importância do trabalho em equipe e a necessidade de relacionamento entre seus membros de forma interativa e a prática da parceria na perspectiva de valorização do

trabalho na ESF. Consideraram que percebem a equipe mais preparada para lidar com os problemas da comunidade e do próprio trabalho.

No campo profissional os participantes das oficinas consideraram que a aprendizagem se deu em várias vertentes: a oportunidade de todos participarem da capacitação e debaterem o processo de trabalho para que venham a melhorá-lo a partir da renovação de ideias, reduzindo, assim, a monotonia. Enfatizaram que a discussão e a troca de experiências orientaram os caminhos para lidar e estabelecer vínculos com a comunidade e repensar o acolhimento aos usuários. Os participantes consideraram, ainda, que a capacitação ampliou o entendimento de cada um sobre a ESF e, dessa forma, ajudou a atuar, coletivamente, na busca dos objetivos comuns.

Deduziram que foi um trabalho pioneiro sobre avaliação que proporcionou o desenvolvimento intelectual do grupo e principalmente a importância do trabalho conjunto, com a participação da comunidade, para a legitimação das ações desenvolvidas. Serviu de orientação para as mudanças pretendidas e concluiu que avaliar é uma atividade prazerosa que proporciona a reflexão sobre a realidade e, o que é mais importante, colocar em prática os conhecimentos que tiveram oportunidade de se aproximar, tornando, assim, as equipes autônomas e impulsionadas a buscarem permanentemente o processo de qualificação para oferecer à comunidade a atenção de qualidade.

Em se tratando do âmbito da comunidade, os colaboradores destacaram que as mudanças foram imediatas, principalmente com relação ao atendimento. Consideraram que, ao melhorar suas aprendizagens sobre vários pontos da ESF, têm maiores condições de compreender o contexto da comunidade a quem dirigem suas ações e também a sociedade em geral. Os usuários referiram que a comunidade é quem poderá desfrutar de atendimentos mais acolhedores e direcionados aos problemas da área.

Esses aspectos, extraídos das manifestações dos colaboradores, são interessantes na medida em que se busca avaliar a aprendizagem e a formação que se deu ao longo do desenvolvimento do estudo, quando os diferentes conhecimentos se encontram, convergindo ou divergindo, se potencializam. Ao invés de impor, procurou-se expor. Em nenhum momento tentou-se impor, mas expor as ideias, respeitando as experiências e vivências dos participantes diante da realidade estudada e, a partir daí, foram-se agregando novos saberes, pois a aprendizagem acontece com naturalidade até mesmo no cotidiano.

Após o desenvolvimento da Ação Nuclear culminou com o Seminário de Difusão onde foram socializados os resultados e avaliado o MOAP pelos gestores, participantes da Ação Nuclear, representantes da academia e os colaboradores.

O prosseguimento do trabalho pelo grupo, que se sentiu com autonomia e com apoio institucional para continuar o trabalho de avaliação como uma prática usual e não mais assistemática, produz a certeza de que a avaliação é uma ferramenta potente para as transformações que ainda precisam acontecer no SUS.

Ainda em pleno desenvolvimento do estudo e após a conclusão da segunda parte da Ação Nuclear, a pesquisadora foi convidada pela SESAU a expor sobre o trabalho que estava sendo desenvolvido junto às EqSF, posto que uma nova gestora tinha assumido o cargo recentemente. Como a pesquisa foi institucionalizada na gestão anterior, realizou-se a apresentação do trabalho já desenvolvido e das etapas que ainda seriam realizadas. A receptividade da nova gestão foi muito positiva, oferecendo todo apoio necessário à continuidade da pesquisa-ação.

Ao ouvir sobre as etapas que ainda viriam, inclusive o Seminário de Difusão já pactuado com o grupo, a Secretária de Saúde decidiu que participaria do referido evento, posto que considerava imprescindível a manifestação pública do apoio da SESAU ao grupo de trabalhadores e usuários que se dedicaram à pesquisa como causa sua.

Após ouvir toda a proposta de trabalho, desde as primeiras reuniões com a equipe gestora para a institucionalização da pesquisa, até a última oficina realizada, a gestora fez alguns questionamentos relativos à metodologia utilizada e o grau de participação dos implicados.

A Secretária de Saúde sinalizou a possibilidade de estender a Ação Nuclear às demais EqSF que atuam no município, considerando que, a partir do trabalho, certamente, havia técnicos e outros profissionais capacitados para aplicar o Modelo junto a outros grupos. A reunião convocada pela gestão superior da SESAU foi oportuna para as etapas seguintes, ou seja, a última oficina e a divulgação do estudo realizado junto às equipes e usuários.

O Seminário de Difusão foi o evento concebido para divulgar o desenvolvimento do MOAP junto aos grupos parceiros, comunidade, equipe gestora, academia, etc. O evento foi planejado pela comissão selecionada pelos participantes que elegeram e indicaram três representantes, que tinham como missão elaborar a programação do Seminário de Difusão objetivando divulgar o processo de construção da pesquisa e o desenvolvimento da Ação Nuclear, assim como refletir sobre a aplicação do MOAP. A comissão teve a responsabilidade de elaborar o plano para prosseguimento do trabalho a ser apresentado a todos com a intenção de buscar apoio político-institucional para a continuação do processo.

Segundo Thiollent (2003, p.77), quando aborda o trabalho de divulgação, refere que “esse trabalho exerce efeito de síntese de todas as informações parciais coletadas e um efeito

de convicção entre os participantes”. Prosseguindo enfatiza que: “trata-se de fazer conhecer os resultados de uma pesquisa que por sua vez, poderá gerar reações e contribuir para a dinâmica da tomada de consciência e, eventualmente, sugerir o início de mais um ciclo de ação e de investigação”.

Combinou-se que o Seminário de Difusão aconteceria nas instalações do Centro Comunitário que abrigou, praticamente, todas as atividades da pesquisa. O grupo elaborou uma Programação (APÊNDICE R) constando da apresentação de todo o processo desenvolvido e também com momentos de descontração com oferecimento de *coffee break* e sorteio de brindes.

Preparou-se o material audiovisual e os convites (APÊNDICE S) assinados por todos, os quais foram enviados à equipe gestora da SESAU, ao Pólo Sanitário I, à UEPA, aos Centros Comunitários da área e, individualmente, a todos participantes da Ação Nuclear.

Decidiu-se, em comum acordo, que uma das enfermeiras iria coordenar o evento, outra e mais uma Agente Comunitária iriam apresentar parte do conteúdo programado e a pesquisadora iria apresentar as etapas de desenvolvimento do MOAP e os pontos essenciais do projeto da pesquisa que originou o MOAP.

O Seminário foi iniciado com a composição da mesa que foi composta pela Secretária de Saúde, Coordenadora da Atenção Primária em Saúde do Município, representante da UEPA e pelo representante dos usuários. Todos os membros da mesa se pronunciaram ressaltando a importância do MOAP para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, para organização do trabalho nas equipes e para que se estabeleça, efetivamente, a cultura avaliativa na ESF, para o exercício, de fato, da participação social e do apoio às decisões na prestação da atenção à saúde da comunidade.

A seguir, iniciou-se o Seminário de Difusão com a coordenadora do evento apresentando a programação do seminário, seus objetivos e sua importância para todos que participaram do estudo e para aqueles que foram incluídos na Ação Nuclear.

Primeiramente, expuseram-se os objetivos do projeto de pesquisa que deu origem ao MOAP, sua concepção e organização de todas as etapas desenvolvidas: as etapas e atividades preliminares, as reuniões de trabalho para diagnóstico e planejamento, a focalização do Problema Prático e o planejamento para seu enfrentamento até os três momentos que compuseram a Ação Nuclear desenvolvida junto aos interessados.

Os presentes foram informados de toda a dinâmica do processo da Pesquisa e da Ação, enfatizando que a Ação Nuclear foi proposta pelo grupo de colaboradores a partir da

construção do diagnóstico pelas EqSF que aceitaram participar do estudo. As três etapas da Ação Nuclear foram realizadas por professores especialistas convidados e pela pesquisadora.

O problema prático surgido das discussões foi relatado e detalhado no desenrolar da Ação Nuclear executada junto às duas EqSF e usuários.

Nos quadros abaixo, reúne-se a síntese dos três aspectos apresentados pelo grupo no Seminário de Difusão que foram considerados relevantes para a divulgação, quais sejam: Transformações percebidas – Possibilidades de continuidade – Possíveis dificuldades para prosseguimento.

QUADRO 2 - SÍNTESES DOS ASPECTOS DESTACADOS PELO GRUPO

TRANSFORMAÇÕES PERCEBIDAS APÓS APLICAÇÃO DO M.O.A.P.
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorias no relacionamento interpessoal; • Grupo mais motivado e solidário; • Interesse pela avaliação sistemática do trabalho; • Percepção de que as reuniões de trabalho, quando pactuadas com a comunidade, não trazem transtornos aos atendimentos na Unidade de Saúde da Família; • Percepção da importância da participação dos usuários para legitimação das ações e do processo de trabalho • Desejo de mudança na realidade
POSSIBILIDADES DE CONTINUIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Engajamento de todos os membros das equipes no processo de avaliação e capacitação sistemática; • Acreditar na mudança; • Apoio técnico-político e logístico da Secretaria de Saúde do Município; • Envolvimento e participação efetiva dos usuários; • Cumprimento do plano de trabalho elaborado
POSSÍVEIS DIFICULDADES PARA PROSSEGUIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoio da equipe gestora as equipes de saúde da família; • Não adesão dos usuários; • Inexistência de plano de trabalho para negociação das propostas surgidas nos trabalhos avaliativos; • Descrédito das equipes quanto à continuidade do próprio trabalho avaliativo; • Não assunção das responsabilidades pelos membros das equipes quanto às atribuições conferidas a partir do plano de trabalho elaborado.

O grupo elaborou e apresentou aos presentes no Seminário de Difusão o plano de trabalho para continuidade da atividade de avaliação, no sentido de sensibilizá-los para a necessidade de prosseguir e instituir as práticas avaliativas utilizando o MOAP que está apresentado no quadro a seguir.

QUADRO 3 - PLANO DE CONTINUIDADE DO TRABALHO DE AVALIAÇÃO		
JUSTIFICATIVA	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS
<p>Considerando: A necessidade de aprimoramento do trabalho das equipes de saúde da família no sentido de oferecer assistência de qualidade a população; Que as equipes estão em permanente processo de enfrentamento dos mais diversos problemas de saúde da população; O trabalho em equipe exige a adoção de medidas que valorizem o trabalhador na dimensão pessoal, interpessoal e das suas condições de trabalho a partir da sua qualificação; O interesse em desenvolver as práticas avaliativas no sentido de viabilizar o planejamento das ações com a participação dos usuários; Que o processo decisório exige a participação e colaboração de todos os atores envolvidos no trabalho junto a comunidade; As decisões coletivas têm maior grau de legitimidade e garantia da participação e colaboração dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS. As equipes que atuam na Unidade de Saúde da Família do Aurá consideram imprescindível a continuidade do processo de avaliação sistemática com vistas ao planejamento e desenvolvimento das atividades de sua responsabilidade no sentido de contribuir ao processo de desenvolvimento do novo modelo assistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoar o processo de trabalho das equipes; • Corrigir precocemente as possíveis distorções identificadas no processo de trabalho com apoio da equipe gestora; • Planejar e executar as atividades em consonância com as necessidades e demandas de saúde da população; • Adotar decisões coletivas, participativas e colaborativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar cronograma de reuniões de avaliação e divulgar junto a comunidade; • Reunir sistematicamente as equipes para cumprimento do cronograma; • Selecionar de casos/problemas a serem estudados/superados; • Elaborar plano de trabalho com base nas avaliações sistemáticas; • Solicitar apoio logístico e técnico-político da equipes gestoras do SUS/Ananindeua para a execução do plano de trabalho; • Elaborar plano de Educação Permanente das Equipes tomando como base os principais problemas identificados e estudados; • Socializar os resultados do trabalho avaliativo; • Identificar e solicitar colaboração de “expert” de acordo com os temas a serem trabalhados; • Envolver os usuários nos processos de avaliação e planejamento das atividades.
Local – Centro Comunitário Anita Gerosa		
Participantes – todos os membros das duas equipes da Unidade Saúde da Família e usuários		

O plano acima apresentado teve apoio da Secretária de Saúde e da equipe presente no Seminário de Difusão e, dois meses após a finalização da pesquisa na área, o grupo deu prosseguimento e vem realizando as reuniões de avaliação com algumas dificuldades dada a pressão por produção exigida pelo sistema nacional, estadual e local. Isso, de alguma maneira, sobrecarrega as equipes até mesmo com atividades burocráticas, reduzindo o tempo que as equipes precisariam dedicar aos processos avaliativos.

Entre o início e a finalização da pesquisa ocorreram três mudanças do gestor de saúde do município o que, certamente, contribui para a solução de continuidade do processo. Mesmo assim a equipe persiste. Sabemos que os processos avaliativos não são culturais e não há estímulos para que ocorra, entretanto criamos a expectativa que o processo se estabeleça como uma ferramenta do trabalho das equipes independentemente das mudanças na gestão do SUS local.

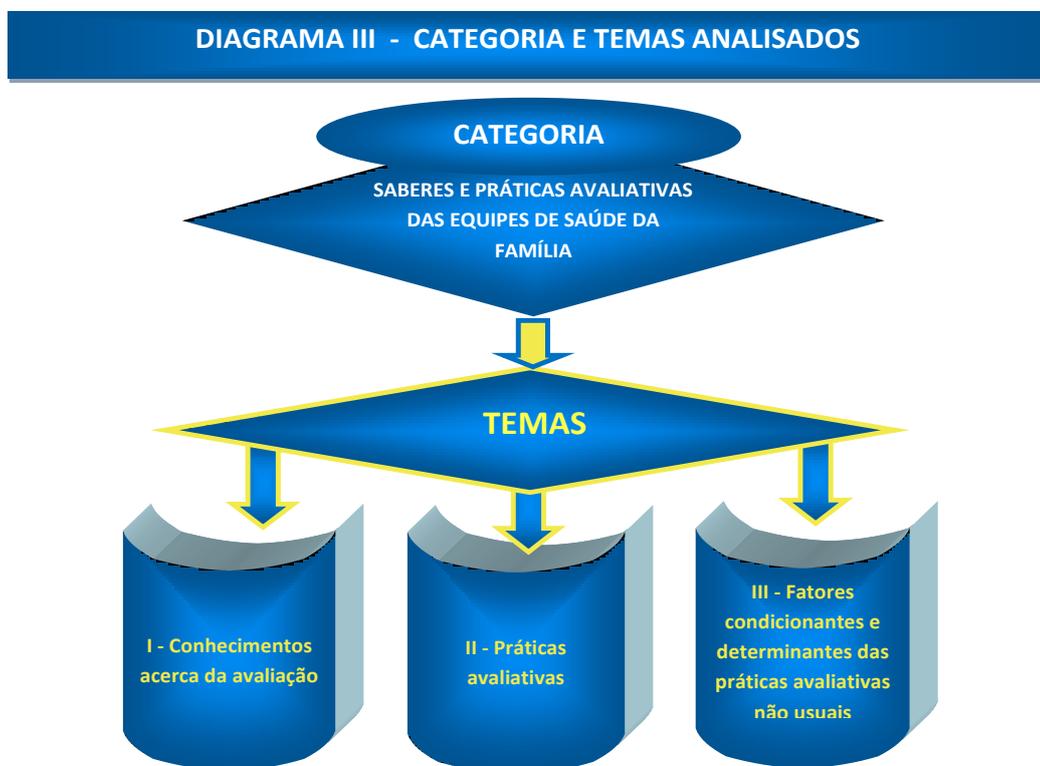
Os participantes em potencial e os colaboradores foram atores ativos do processo de investigação e no desenvolvimento, aplicação e validação do MOAP.

6 SABERES E PRÁTICAS AVALIATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde o processo de concepção à aplicação do MOAP, em todas as suas etapas e atividades desenvolvidas, foi sendo revelada a realidade dos saberes e práticas avaliativas. Identificou-se um saber, talvez, incompleto sob o ponto de vista do universo especialista, mas absolutamente rico, espontâneo e apropriado ao contexto estudado.

Na busca de descrever os saberes e práticas avaliativas, surgiu uma realidade marcada por traços convencionais, diferentes do universo teórico que trata a avaliação como uma ação educativa e emancipatória.

A realidade estudada forneceu elementos elucidatórios desses saberes e dessas práticas avaliativas das EqSF e muitos desses elementos apontaram o enfermeiro como principal agente propulsor das práticas avaliativas. É possível inferir que, se os enfermeiros não se envolverem nos processos avaliativos, eles não acontecem e, assim, mais uma vez, é atribuído ao enfermeiro uma responsabilidade que, na prática, deveria ser de todos os membros da equipe.



Durante a análise dos dados identificou-se que um conjunto, representado por 49.1% (APÊNDICE B) do total de Unidades de Registro, foi associado ao **Tema I - Conhecimentos acerca da avaliação**, 23.45% das Unidades de Registro foram associadas ao **Tema II - Práticas Avaliativas** e 27.45% das Unidades de Registro foram associadas ao **Tema III - Fatores Condicionantes e Determinantes das Práticas Avaliativas não usuais**, que foram agrupados na **Categoria - Saberes e Práticas Avaliativas das EqSF** conforme Diagrama III acima,

6.1 CONHECIMENTOS ACERCA DA AVALIAÇÃO

A análise dos dados conforme os três Temas está representada no Diagrama III. Na análise correspondente ao Tema I: Conhecimentos acerca da avaliação, conforme o Diagrama III-A, buscou-se enfatizar as manifestações dos colaboradores na perspectiva de revelar seus conhecimentos acerca da avaliação e inferir esses saberes empíricos à luz dos conhecimentos que integram outro universo diferente daquele onde foi produzido. Considerando que têm algum tipo de informação sobre avaliação, ainda que em decorrência de suas experiências com outras formas de avaliar que não na área da saúde.



As manifestações quanto aos conhecimentos sobre avaliação se deram com maior frequência no Seminário Introdutório e na primeira reunião com o Grupo Colaborador. No Seminário Introdutório a técnica de Cartazes em Grupo foi aplicada. Segundo Bordenave & Pereira (1978) e Abreu & Masetto (1987) essa é uma técnica pedagógica de participação ativa, ficando o professor apenas como facilitador. Foi quando foi possível observar que os participantes possuíam informações sobre o tema, mas não demonstraram amplos conhecimentos sobre avaliação e sua importância como instrumento da práxis decisória na ESF. Considerou-se que os conhecimentos apresentados a partir da aplicação da técnica pedagógica estão relacionados, talvez, às próprias experiências concretas dos colaboradores com relação à avaliação, porém espontâneo e apropriado ao contexto em que está inserido o seu trabalho.

A primeira Reunião de Trabalho foi planejada e organizada junto às equipes que aceitaram participar da pesquisa e ocorreu nas instalações de uma Escola Municipal situada nas proximidades da USF. As manifestações fluíram a partir da provocação feita aos colaboradores com duas perguntas: como funciona a avaliação no nosso trabalho? Por que não avaliamos usualmente o nosso trabalho?

Essas duas perguntas foram semelhantes àquelas aplicadas no Seminário Introdutório, posto que novos colaboradores se integraram ao grupo de estudo e a reunião tinha como objetivo discutir e definir os problemas prioritários relacionados à avaliação como instrumento do processo decisório da equipe na perspectiva da mudança do modelo assistencial. Além desse objetivo, próprio da reunião, havia, ainda, a necessidade de identificar o que os interessados detinham de conhecimentos a respeito da avaliação, pois se constituía o segundo contato com as equipes. Para tanto, havia a necessidade de explorar os seus saberes quanto à avaliação no sentido de ter elementos sólidos para avançar às etapas seguintes.

O grupo concebeu avaliação como diagnóstico da realidade para organização, controle e funcionamento dos serviços de saúde, através da coleta e comparação de dados obtidos.

Consideraram que a avaliação é uma ação espontânea e natural. Entenderam que a avaliação serve para identificar problemas e buscar as soluções apropriadas. Além disso, o grupo associou a avaliação como apoio ao planejamento e que é aplicada através de um ou mais métodos.

*... é pesquisar, é coletar dados(tr).
Avaliar para planejar as soluções dos problemas(tr).*

A avaliação pode ser feita através de um ou vários métodos(tr).³

Os participantes compreendiam que a avaliação evita improvisações no trabalho da equipe e ajuda a resgatar o que está certo e o que poderá ajudar a mudar a realidade de saúde da comunidade e direcionar os serviços.

Avaliar é verificar se está dando certo ou errado. (us)
A avaliação pode mudar a situação de saúde e do trabalho das equipes. (us)
Avaliar é fazer ajustes. (tr)
Avaliação é obter o que quer do serviço. (us)

É evidenciada, nas manifestações dos colaboradores, a associação da avaliação com comparação entre o “certo” e o “errado” para que possa mudar a realidade e proceder aos ajustes. Embora a avaliação seja uma atribuição das EqSF, há concepções fortemente relacionadas com o diagnóstico da realidade, o que, de alguma forma, produz uma lacuna no processo de desenvolvimento do trabalho, principalmente quanto ao planejamento das ações que são, na sua maioria, levadas a efeito sem planejamento; improvisadas. Isso desfavorece o trabalho sistemático e racional e distancia a equipe da reflexão sobre seu próprio trabalho que poderia ser mais criativo e participativo.

Nas reflexões do grupo, o pensar sobre o outro é revelado. Informam que o ser humano não gosta de ser avaliado. Apesar de a avaliação ser uma ação inerente à ação humana e uma ação espontânea. No entanto, a avaliação invariavelmente, na concepção dos colaboradores, gera punição e penalidades. Fizeram analogia com as avaliações de aprendizagem, as provas aplicadas nas escolas e vividas pelos colaboradores, que, ao se reportarem às suas experiências escolares, consideram que a avaliação escolar vivida é muito desagradável.

Pelas suas reflexões, consideram que o ser humano, quando no papel de avaliador, tende sempre a apontar erros e estabelecer uma sentença de caráter punitivo ao avaliado.

Mesmo assim, a avaliação gera aprendizado pela troca de experiências e o aprendizado precisa ser socializado para que possam acontecer as mudanças desejadas. Assim manifestando suas posições:

Avaliar é apontar erros. (us)
O ser humano não gosta de ser avaliado. (us)
É difícil conseguir mudar as pessoas. (tr)
É um aprendizado permanente. (tr)

³ No que segue, ilustra-se o texto com fragmentos da transcrição do áudio das reuniões identificando os trabalhadores com “tr” e os usuários com “us”.

*Avaliar o que é certo e errado do ensino(us).
O que se aprende avaliando, também se repassa aos outros. (us)*

Os colaboradores, durante o desenvolvimento da primeira Reunião de Trabalho, informaram que, ao refletirem sobre avaliação, identificam que há sempre um aprendizado pela troca de experiências entre os participantes. Manifestam que a avaliação provoca uma nova forma de pensar sobre a realidade e que exige a disposição para mudar.

É interessante observar que as equipes, ao longo do processo, vão revendo os conceitos e atribuindo novos significados à avaliação. Já na primeira reunião, identificam a avaliação como uma ferramenta de trabalho da equipe quando expressam:

A avaliação ajuda a corrigir os defeitos. (us)
Avaliar é poder melhorar. (us)
Avaliar ajuda a pensar as intervenções das equipes na área junto à comunidade. (tr)
É fornecer subsídios para planejar melhor as ações. (tr)
Avaliar é fazer descobertas. (us)

Com essas manifestações, destaca-se que os colaboradores demonstram a compreensão de que a avaliação poderá ajudar o processo de aprimoramento do trabalho a partir da correção de desvios detectados a partir do ato de avaliar. Entendem também que a avaliação pode ser um instrumento de descobertas das novas formas de intervir na realidade e de planejamento das ações.

No entanto, não fazem quaisquer referências sobre o caráter educativo da avaliação. Em nenhum momento o grupo associa a avaliação a uma ferramenta necessária para apoiar o processo decisório na perspectiva do desenvolvimento de ações e serviços voltados para a realidade da comunidade. O grupo tampouco faz referências ao envolvimento do usuário e a importância de sua participação nos processos avaliativos para legitimar seus planos de trabalho e ações, embora reconheçam que a avaliação não usual remeta a equipe a improvisos no seu trabalho.

Quando pensa a avaliação, o grupo “olha” internamente o trabalho da equipe e, aos poucos, vai associando com a realidade externa. Convencionalmente, as equipes fazem um raciocínio da avaliação como geradora de punições pelo “errado”, o que as faz se mostrarem tímidas e receosas.

Ao olhar o seu próprio trabalho, o grupo pensa a realidade que o influencia e assim sucessivamente, num contínuo movimento de reflexão-ação-reflexão que traz à tona dimensões de caráter gerencial e ético inerentes ao trabalho das equipes.

Na quarta reunião de trabalho o grupo manifestou claramente os novos significados da avaliação. Informaram que a avaliação ajuda a reflexão sobre o trabalho das equipes, facilita a compreensão dos problemas para que se possam buscar as soluções apropriadas para a organização do trabalho. Assim explicitando:

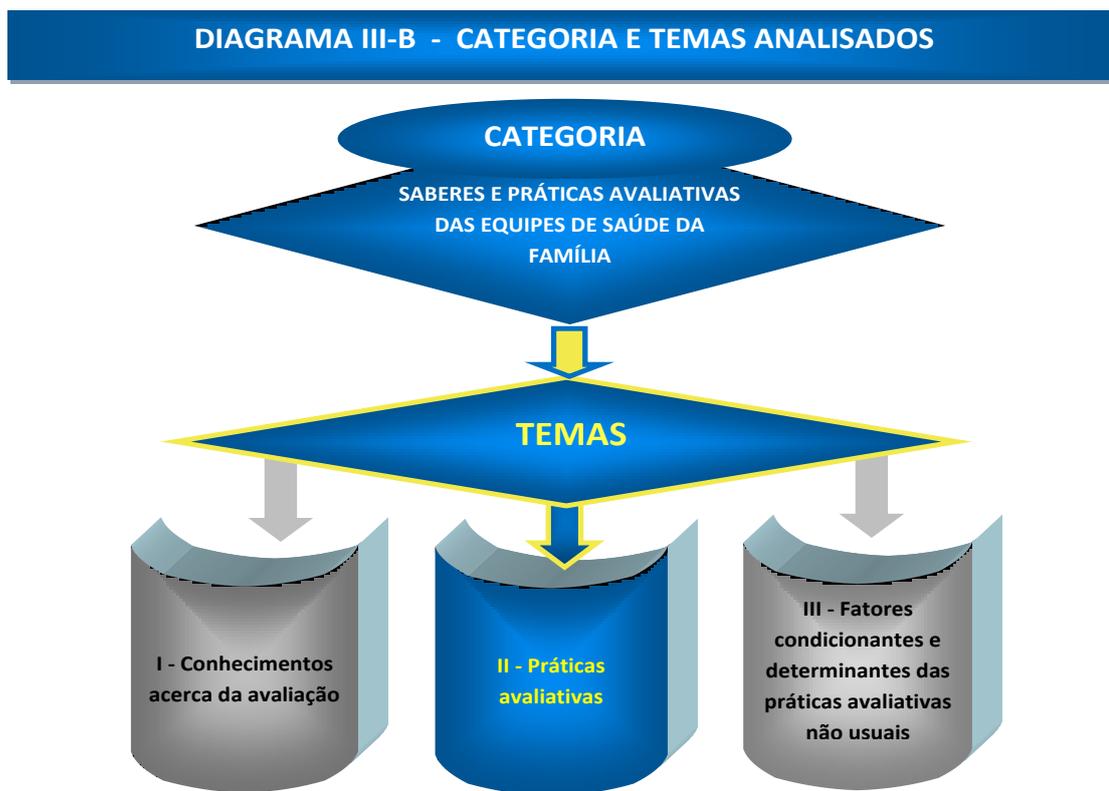
É preciso avaliar para compreender melhor os problemas.(us)
Avaliando é mais fácil corrigir os erros e buscar as soluções apropriadas.(tr)
Avaliar evita problemas mais complexos.(tr)

À medida que o tema avaliação foi sendo discutido, seus conceitos, mitos e convenções, o grupo refletia sobre essas concepções e avançava com os conceitos anteriores repensados. Havia, nas manifestações dos colaboradores, fortes traços da avaliação como uma ação qualquer, relacionada a punições, a repressões e até a equívocos tradicionalmente disseminados como: avaliar é pesquisar, é coletar dados, etc., ou seja, concepções relacionadas à figura do “*expert*”, do “pesquisador”, como um privilégio exclusivo da expertise acadêmica (O’DWYER e MATTOS, 2010)

Ao longo do desenvolvimento dos eventos e da Ação Nuclear, os manifestantes expressaram seus conhecimentos ressignificados, quando comparados aos do Seminário Introdutório, em função, possivelmente, da troca de experiências entre os participantes durante todo o processo. Isso, certamente, configura um resultado alcançado, tendo em vista que, na Pesquisa-Ação, a ampliação do conhecimento é um fator pertinente.

6.2 PRÁTICAS AVALIATIVAS

No conjunto das Unidades de registro apuradas a partir das manifestações dos colaboradores, a frequência registrada quanto às práticas avaliativas das EqSF foi de 23,45% (APÊNDICE B). Essa frequência deve-se ao fato de que, não sendo as práticas avaliativas usuais, raramente são evidenciadas nas suas falas. O Diagrama III-B é apresentado a seguir, bem como a análise das manifestações dos colaboradores.



O grupo referiu que realiza avaliação do seu jeito e que não utiliza qualquer método ou modelo. Faz avaliação casual e espontânea, ou seja, faz avaliação assistematicamente, conforme se identifica nas manifestações abaixo:

A gente faz avaliação do nosso jeito.(tr)
A avaliação é feita no dia a dia. Fazemos avaliação assistematicamente.(tr)
Avaliação é uma atividade rotineira e espontânea.(tr)

Informaram que o trabalho avaliativo é superficial e tem, como base, em alguns momentos, o relatório emitido pela SMS - que é gerado no nível central da SESAU e fornecido às equipes apenas quando solicitado, o que não acontece com regularidade. A equipe gestora destaca, no relatório, situações, números e informações que precisam ser apreciados e atendidas pelas EqSF, as quais o tomam como base para traçar o “plano de ações”.

A avaliação é superficial e tem base no relatório da Secretaria de Saúde.(tr)
O trabalho de avaliação é superficial.(us)
Chamamos os ACS's e traçamos nosso plano(tr).

Manifestaram que não há envolvimento de todos os membros da equipe e nem da comunidade que, segundo o grupo, não tem a cultura da participação. Há descrédito nas reuniões porque a comunidade não vê seus problemas solucionados em reuniões ou a partir delas. Ou seja, não acredita nas reuniões e, portanto, não participa.

Reuniões não resolvem problemas de saúde da comunidade.(us)
Comunidade não tem cultura de participação na reunião.(tr)
Comunidade não acredita nas reuniões, pois a situação continua a mesma ou piora.(us)

Segundo os colaboradores, existem muitas dificuldades para se realizar reuniões com a comunidade, principalmente pela falta de material e as próprias condições físicas da Unidade que não dispõe de espaço físico para esse fim. Além disso, falta compromisso com o processo de trabalho como um todo.

Pelo acúmulo de atribuições de cunho assistencial e gerencial-administrativo exercidas pelas enfermeiras, as práticas avaliativas são deixadas em segundo plano, não se constituindo uma ferramenta de trabalho. As equipes exerciam algum tipo de avaliação apenas quando surgiam situações que, por alguma razão, chamassem a atenção das enfermeiras – que primeiramente têm acesso aos relatórios ou são informadas em reuniões com a equipe gestora – ou que incomodem as equipes. Nesses casos, as enfermeiras convocam apenas os ACS's para pensar e avaliar aquela realidade momentânea.

A enfermeira é quem se envolve com avaliação.(tr)
Não há compromissos com a avaliação.(us)
O grupo não avalia pelo acumulo de tarefas do dia a dia.(tr)
Alguns momentos são feitas com base nos relatórios da Secretaria de Saúde.(tr)

É possível inferir que, institucionalmente reconhecidas, as práticas avaliativas efetivamente não existem. As equipes justificam, a partir de um conjunto de fatores direta e indiretamente a elas relacionados, o fato de não haver momentos avaliativos, seja em que frequência for, o que contribui para a manutenção de uma realidade indesejada por todos. Não havendo espaço de discussões e debates acerca das dificuldades enfrentadas, a realidade não muda e as potencialidades e aspectos positivos do trabalho não são socializados nem no âmbito do nível central da SMS, nem na comunidade, permanecendo a equipe a desenvolver seu trabalho de forma quase anônima e desinteressante.

Se a avaliação é uma ação prática, há de se pensar nos mecanismos que possibilitem avançar nos processos avaliativos e que tornem evidente o trabalho das EqSF e oportunizem a

reflexão e a ação no sentido de atender a uma dimensão do trabalho que trata da utilização de instrumentos capazes de auxiliar os processos administrativos e gerenciais na perspectiva de mudança do modelo assistencial de maneira mais racional e sistemática.

Esses mecanismos perpassam pela prática sistemática da avaliação como, por exemplo, instrumentalizar as equipes com técnicas e métodos de avaliação para que não fiquem apenas nas intenções ou na dependência de outros, externos ao trabalho, apontarem o que precisa ser melhorado ou superado, mas que a equipe se aproprie de seu próprio trabalho e de seu processo. No sentido de pensar a realidade numa dimensão ampla, onde há interações de valores e princípios, experiências e práticas diferenciadas dos atores e que a comunidade seja e se constitua num verdadeiro parceiro.

No processo de avaliação não deve haver espaços para instalação de modelos mutiladores da participação dos sujeitos que constroem a própria dinâmica dos seus trabalhos e de suas vidas.

Se a equipe de saúde da família, sob quaisquer pretexto ou justificativas, não avalia a realidade em que se encontra, então, como poderá ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial?

As práticas avaliativas podem se tornar efetivas e buscar a adoção de tecnologias para intervir nos problemas e atender as necessidades de saúde. A avaliação ajuda a compreender melhor a realidade e estruturar um processo de trabalho integrado. Para tanto, é importante a interação profissional, o trabalho em equipe e principalmente a comunicação entre os trabalhadores e usuários no sentido de revelar a complexidade do objeto de intervenção.

A avaliação, como componente fundamental das práticas das EqSF, serve para obter informações, elaborar diagnósticos mais precisos e fundamentados, aperfeiçoar o trabalho e apoiar os processos decisórios.

Nessa perspectiva, e para uma compreensão mais abrangente, a interação, as vivências nos serviços se tornam fundamentais para a compreensão de cada ação a ser desenvolvida. Pois haverá visões distintas, formação intelectual e pontos de vista diferentes de cada agente envolvido, o que permitirá a condução do trabalho de forma mais consistente, além de contribuir para ampliar o acesso da população aos diversos níveis de atenção.

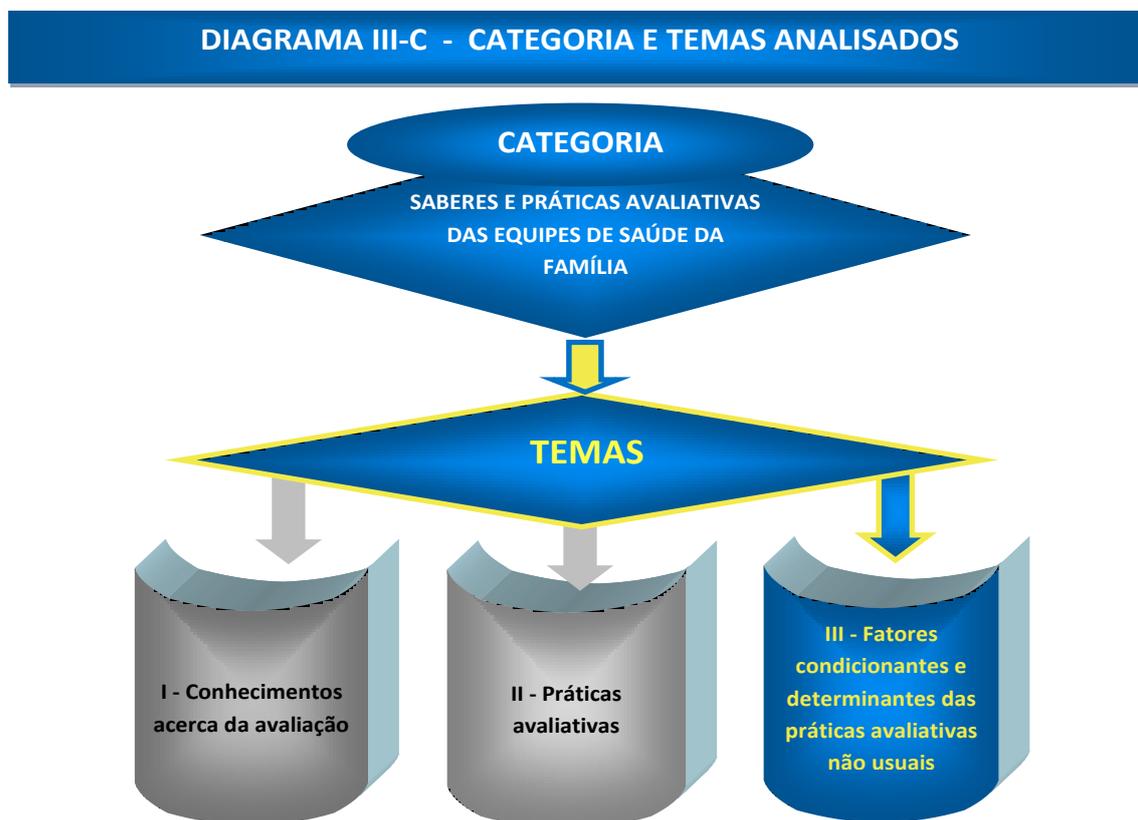
Os produtos advindos da avaliação são essenciais ao processo decisório, ao acompanhamento das ações e do próprio desempenho da equipe e do seu processo de trabalho. Assim, as construções surgidas e produzidas da avaliação promovem à organização da atenção a saúde e também a capacitação e desenvolvimento de todos os sujeitos.

6.3 CONDICIONANTES E DETERMINANTES DAS PRÁTICAS AVALIATIVAS NÃO USUAIS

O Diagrama III-C destaca o Tema III: Fatores condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais. Em seguida, a análise das manifestações dos colaboradores.

Para efeito deste estudo, considerou-se fatores condicionantes e determinantes as características e condições sociais, situacionais, organizacionais e pessoais que afetam o trabalho das EqSF e, em particular, suas práticas avaliativas. Parte dessas condições e características poderá ser alterada pela ação da própria equipe. Outras, precisamente, não estão na sua governabilidade. Esses fatores foram inferidos a partir das manifestações dos colaboradores por todo o processo de desenvolvimento do estudo. Obviamente foi feito um esforço para, didaticamente, separá-los, uma vez que, na prática, essas condições e características têm estreita relação e poderão ser confundidas umas com outras.

As condições e características sociais dizem respeito ao desenvolvimento de políticas públicas, conquistas sociais, consciência do direito à saúde e da própria pressão que a comunidade exerce sobre a USF ao exigir respostas aos seus problemas e demandas de saúde às quais, em sua maioria, a equipe não reúne possibilidades para oferecer.



Aos fatores situacionais, nesta pesquisa, associaram-se os ciclos de mudança por que passa a gestão do SUS local, o fluxo contínuo do trabalho, que inviabilizam a identificação de momentos tangíveis que possibilitem as EqSF perceberem o instante crítico de seu trabalho. A cultura institucional preserva não apenas o modelo assistencial centrado em especialidades mas a utilização de estratégias e tecnologias desfocadas do que preconizam os documentos oficiais sobre a ESF (BRASIL, 2006).

Os fatores organizacionais, extraídos das manifestações dos colaboradores, estão diretamente ligados à SESAU e relacionados à estrutura de organização e funcionamento para levar a efeito sua missão e seus objetivos, com foco na composição das instâncias hierárquicas; na complexidade de sua missão social; nos seus valores institucionais e nas diferentes densidades tecnológicas presentes ou identificadas na rede assistencial, assim como a reduzida permanência nos postos de confiança da administração.

Além disso, a ausência ou precariedade de instrumentos de administração como o planejamento participativo e ascendente, a adoção de fluxos, manuais e outros mecanismos como o monitoramento, acompanhamento, controle e avaliação e a busca de financiamentos que tornem possíveis o desenvolvimento de projetos e ações que impactem nos indicadores de saúde locais. Destaca-se a não implementação de sistemas de informação que possam ajudar a elucidar a concretude da vida social; além da possível ausência de uma política de qualificação das EqSF.

Os condicionantes e determinantes de ordem pessoais também foram evidenciados nesta pesquisa, tais como: falta de motivação, estilo de liderança autocrático, falta de interesse e compromisso em buscar soluções para os problemas, capacidade técnica reduzida, concentração breve em uma única atividade, variedade de atividades desenvolvidas pelas equipes, eficiência em superficialidades, baixo nível de capacitação, ou ausência dela; tarefas rotineiras que pouco atraem os sujeitos; precária comunicação e interação entre os membros da equipe; incipiente participação nos processos de trabalho e na construção de ferramentas capazes de minimizar a sobrecarga de trabalho; preferência pela comunicação verbal e interesse pela informação instantânea, dentre outros.

Com base nesses marcadores, foram analisadas as manifestações dos participantes com relação ao Tema III: Condicionantes e determinantes das Práticas Avaliativas não usuais. Pode-se inferir que esses fatores contribuam para que as práticas avaliativas não se tornem efetivas no âmbito das equipes estudadas. Dentre esses fatores, as equipes identificam a falta de recursos materiais para atuar e colocar em prática as ações se constitui elemento

importante, pois há completa dependência da SMS que, por sua vez, não estimula as práticas avaliativas na ESF.

Segundo os colaboradores, existem muitas dificuldades para que avaliem sistematicamente. Dentre elas, destacam a sobrecarga de trabalho, principalmente no caso das enfermeiras, que são as que ainda se envolvem com avaliação, mesmo que de maneira assistemática e superficial. A falta de material é outra dificuldade apontada pelas equipes, além das precárias condições físicas e estruturais da unidade e também a falta de compromisso com o processo de trabalho como um todo.

A falta de condições materiais a que os colaboradores se referem diz respeito aos recursos materiais para dar respostas aos problemas que, se levantados nos processos avaliativos, obrigatoriamente, geram ações que poderão não ser desenvolvidas por falta de materiais, gerando descrédito no trabalho. Informam não ter meios e ferramentas para a prática do processo avaliativo e tem muitas dificuldades em reunir todos os membros das equipes, principalmente pela sobrecarga de trabalho que impede a equipe de reunir-se para avaliar.

Não temos condições materiais para fazer avaliação.(tr)

Temos dificuldades materiais para atuar.(tr)

Falta infraestrutura.(us)

A portaria Nº 648/2006 do Ministério da Saúde estabelece que o processo de trabalho das EqSF é caracterizado pelo acompanhamento e avaliação sistemática (BRASIL, 2006) e que todos os membros da equipe devem participar das atividades de planejamento e avaliação. O mesmo documento estabelece um conjunto de atribuições que deverão ser cumpridas tanto no campo assistencial como no campo gerencial. Estas últimas são, principalmente, realizadas pelas enfermeiras que assumem, concretamente, as ações administrativas e gerenciais das equipes e da própria USF, conseqüentemente sobrecarregando-se de tarefas que as impedem de realizar as avaliações mesmo que de modo assistemático.

Reis (2007) destaca, em sua dissertação de mestrado, que há acúmulos de atividades realizadas pelo enfermeiro no âmbito da ESF e Ruf (2007) nos diz, em sua tese de doutorado, que a enfermeira na ESF ainda é vista como “chefe de equipe”.

Neste estudo, os colaboradores informaram que as enfermeiras se incubem de um conjunto de tarefas administrativas, dentre elas a avaliação, como se somente a elas coubesse a iniciativa de avaliar. Referiram que o acúmulo de atividades contribui para que os trabalhadores não tenham tempo para avaliar, principalmente a sobrecarga de trabalho das

enfermeiras que são quem toma a iniciativa de avaliar. Além disso, a equipe está desfalcada de recursos humanos o que promove os desvios de função e há pouco entrosamento entre os membros das equipes.

O acúmulo de atividades impede a avaliação.(us)
Dificuldades para realizar o trabalho em equipe.(tr)
Sobrecarga de trabalho das enfermeiras.(tr)
Há falta de recursos humanos.(us)

Outros fatores que condicionam e determinam as práticas não usuais da avaliação estão associados ao desconhecimento da equipe sobre avaliação. Informam não se sentirem qualificados para avaliar que lhes falta capacitação e dão ênfase na falta de compromisso da maioria do grupo com as práticas avaliativas, embora isso seja uma atribuição e responsabilidade constante nos documentos oficiais que tratam das atribuições das equipes.

Falta qualificação e capacitação para a equipe fazer avaliação.(tr)
Falta compromisso com o funcionamento dos serviços na unidade.(us)

Em situações anômalas identificadas, que poderiam ser alvo de ações planejadas com o fim de atenuá-las, as equipes não encontram o apoio das instâncias superiores. Isso frustra as iniciativas de avaliar e não poder dar uma resposta à comunidade. Mesmo sendo raras e não usuais as avaliações praticadas pelas equipes, o sentimento advindo da impossibilidade de solucionar ou de dar encaminhamentos às demandas apontadas nas “avaliações”, desestimula a equipe que passa a ver nos processos avaliativos uma utopia que parece irrealizável. Enfatizam que as equipes não têm autonomia para desenvolver muitas ações e consideram que a avaliação depende de outras pessoas.

Os colaboradores não percebem apoio institucional, principalmente quanto à reposição de pessoal que possibilite a distribuição equitativa das responsabilidades e evite o desvio de funções que compromete a qualidade dos serviços prestados a comunidade.

Não temos apoio dos níveis hierárquicos.(tr)
Falta apoio para resolver os problemas.(us)
Dá vontade de desistir.(tr)
A avaliação também depende de outras pessoas.(us)

Afirmam que as práticas avaliativas não são estimuladas pela gestão e, portanto, entendem que a gestão é a principal responsável pela situação. Informam que a falta de um gerente administrativo que pudesse dividir as responsabilidades administrativas com as

enfermeiras. Isso, possivelmente, proporcionaria mais tempo dedicado a praticar, de fato, a avaliação.

As EqSF produzem um conjunto de ações que, por sua vez, são produzidas por um conjunto de diretrizes e ações de outros níveis hierárquicos que influenciam ou são influenciados por esse mesmo conjunto de ações. Então, os produtos das ações das equipes é, ao mesmo tempo, efeito e causa da organização e funcionamento do SUS local. Em outras palavras, os efeitos descaracterizados do SUS local são provocados, também, e não somente, pelas ações descaracterizadas das EqSF que, em sua maioria, não contam com um conjunto de normas emanadas da gestão local do SUS e, assim, não conseguem estabelecer um ciclo virtuoso.

Os fatores condicionantes e determinantes identificados explicam parte do problema. Na rotina da equipe, há a concentração de atendimentos nas instalações da USF absorvendo o tempo de todos que estão envolvidos com os atendimentos das demandas e não havendo espaços para reuniões de avaliação, até porque há a valorização da produtividade dificultando o trabalho em equipe e reordenação das ações junto à comunidade.

Silveira et al (2008) referem que precisamos avançar para uma cultura avaliativa dos serviços. Se as práticas avaliativas forem institucionalizadas no âmbito do SUS é possível dar sustentação ao seu processo de consolidação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa ao se dirigir aos membros e usuários das EqSF como sujeitos, evidencia a importância do empoderamento dos sujeitos quanto ao processo de avaliação. A Pesquisa-Ação, ao promover a interação das questões, problemas e soluções originadas nos trabalhos de grupo e demais instrumentos de coleta dos dados, certamente produzirá alguma forma de reflexão para a ação quanto à avaliação e às práticas como ferramentas do processo decisório.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, foi intensa a reflexão quanto os saberes e práticas avaliativas dos usuários e das EqSF que atuam no município de Ananindeua, PA, principalmente quanto a sua natureza e função. Um processo de trabalho de campo que teve cinco meses de duração quando houve oportunidade de trocar experiências, alimentar conhecimentos e ampliar experiências junto a um grupo que apresenta características ímpares.

As equipes trouxeram à tona uma realidade que somente poderia ser revelada através de um trabalho onde o envolvimento e implicação dos interessados fossem absolutamente essenciais ao seu processo de consolidação.

Os resultados advindos deste estudo são úteis para que se estabeleça uma nova forma de relação entre trabalhadores, usuários, gestores e pesquisadores, numa dimensão de interatividade e compromissos proporcionada pela metodologia de Pesquisa-Ação..

A aplicação da pesquisa-ação revelou-se, também, como potente metodologia para avaliação no âmbito da ESF. Com ela, foi possível constatar as diversas e diversificadas manifestações dos colaboradores quanto às práticas avaliativas e os conhecimentos das equipes e dos usuários quanto ao tema. Na naturalidade de seu desenvolvimento, o grupo pensou, refletiu, colaborou e avançou na perspectiva da mudança, do exercício da cidadania que se estabelece pela diversidade de olhares plurais e dinâmicos e ao mesmo tempo singulares e focados.

Foi possível, também, identificar situações que adjacente e subjacentemente têm influenciado as práticas avaliativas e o grupo, ao longo do processo de construção, foi se dando conta, tomando consciência dos fatores que condicionam e determinam suas práticas avaliativas e também assistenciais. Foi (res)significando, naturalmente, a avaliação, desmontando seus mitos e convenções linear e tradicionalmente estabelecidos pelo poder hegemônico.

As etapas que se sucederam foram determinantes para a consolidação da participação de fato e de direito. Ao traçarem o diagnóstico, repensando a realidade da avaliação dentro de uma visão holística, se depararam com uma realidade que não lhes saltaria aos sentidos se não

fosse pelo exercício da avaliação; ao elaborarem um plano de ação, tomaram consciência de suas potencialidades como indivíduos e como grupo, como cidadãos e como trabalhadores. Ao desenvolverem a ação, conquistaram seus espaços e sentiram-se fortalecidos para continuar um processo que, timidamente, todos acreditaram e abraçaram não mais como uma proposta, mas como um propósito de trabalho e de construção da autonomia e da cidadania.

No desenvolvimento da ação sentiu-se a autonomia do grupo emergindo, sua autoestima e ética enaltecidas e valorizadas pela participação e colaboração que todos tiveram a oportunidade de revelar, sem críticas, censuras ou punições. A liberdade de expressão foi praticada.

Há de se desenvolver os profissionais para que possam se interessar por aquilo que acontece para além dos muros das unidades de saúde e subsidiá-los para outros níveis de análise do fenômeno, afim de melhor captar a realidade de uma comunidade.

O estudo, que trouxe a reflexão sobre os saberes e práticas avaliativas e convergiu para a compreensão das heterogeneidades da avaliação de sua relevância científica que proveem de resultados de pesquisa, valida a necessidade de referenciar saberes essenciais para aquisição de competências.

Do ponto de vista sociopolítico, é um estudo que o Pará busca no momento, pois provoca efeitos extraordinários no cotidiano das EqSF e a avaliação, como uma categoria constitutiva do trabalho em saúde, tem alta força indutora nas formas de agir dos atores da ESF.

O processo de concepção, desenvolvimento e aplicação do MOAP foi uma oportunidade ímpar de vivência junto aos atores que reúnem potencialidades de mudança da realidade, pois foi possível perceber que os processos avaliativos, com a participação dos trabalhadores e usuários da ESF é, acima de tudo, uma oportunidade de reconstruir e construir saberes e práticas atreladas à dinâmica da organização e cultura da comunidade e equipes de saúde. Nesse sentido, a aplicação de um dispositivo em bases sólidas e, com a participação dos principais interessados nos produtos advindos da avaliação, promove a confiança nas lições aprendidas e percorridas nessa tarefa.

Durante todo o processo de aplicação do MOAP foi possível constatar que os processos avaliativos são capazes de revelar os papéis desempenhados pelos diversos atores no desenvolvimento de sua práxis. Com relação ao enfermeiro, percebe-se que tem um papel preponderante no desenvolvimento (ou não) das práticas avaliativas na ESF.

Nas manifestações dos colaboradores, embora não fosse a intenção principal, detectou-se que os enfermeiros assumem um conjunto de atividades no âmbito da ESF que não apenas a assistência, mas, também, atividades relacionadas à administração e gerência da USF.

Quanto às atividades assistenciais, os colaboradores informaram que o atendimento do enfermeiro está concentrado nos consultórios e supera sua capacidade para atendimentos diários, principalmente porque atendem a demanda reprimida da consulta médica.

Além dos atendimentos à demanda espontânea e agendada, os enfermeiros são responsáveis, na prática, pelo encaminhamento e solução de problemas de relacionamento pessoal entre os trabalhadores e, também, dos problemas que surgem em decorrência das precárias condições físicas e estruturais da USF as quais contribuem às condições desfavoráveis de trabalho da EqSF. Os enfermeiros assumem as atividades administrativas e gerenciais da Unidade, inclusive as capacitações dos ACS ocorridas ou a ocorrer, tanto dentro, quanto fora da Unidade.

Os colaboradores, de modo geral, enfatizam que são os enfermeiros os que mais participam de capacitações, quando promovidas pela gestão do SUS local ou por outras instituições. Isso contribui para os sucessivos períodos de afastamento do cotidiano da Unidade e, assim, provoca o acúmulo de tarefas que, obrigatoriamente, são adiadas ou deixam de ser desenvolvidas. Não apenas pela participação nas capacitações, como também pelo envolvimento com problemas administrativos e gerenciais.

Quanto ao planejamento das ações no âmbito das EqSF, os colaboradores destacam que apenas e somente o enfermeiro consegue elaborar um “plano emergencial” com os ACS para atender reclamações ou orientação pontual quanto a determinado problema identificado em algum dos relatórios gerados pela SESAU, sobre os quais, na maioria das vezes, a EqSF não tem acesso frequente.

As práticas avaliativas não são usuais na ESF, o que em parte e talvez, seja resultante da sobrecarga de atividades que são consideradas, informalmente, privativas do enfermeiro; esse fator, aliado às consequências de um modelo assistencial que valoriza a atenção à saúde da comunidade centrada nas instalações da USF.

No caso da realidade estudada, estando apenas o enfermeiro com a responsabilidade de tomar a iniciativa de avaliar - pois a USF não conta com a figura do gerente - e, ainda, estando sob seu comando um conjunto de atividades concentrado que não podem ser adiadas sob pena de comprometer a produtividade de atendimentos, parece oportuno inferir que o enfermeiro na ESF se mantém como o único agente propulsor dos processos avaliativos, ou seja, se o enfermeiro estiver motivado ou sensibilizado para: (i) a importância que tem a

avaliação, (ii) apoiar o planejamento das ações de saúde, (iii) melhorar as intervenções junto à comunidade com a participação desta e, sobretudo, (iv) para compreender que a avaliação é uma ferramenta útil à transformação da realidade com vistas ao bem estar coletivo, há de se concluir que, diante das finalidades da avaliação, o enfermeiro, além de ter um papel preponderante, é um verdadeiro agente propulsor das práticas avaliativas. Essas práticas serão usuais, ou não, na medida do seu compromisso e dedicação, o que, ao que parece, não deve ser só dele, mas da equipe, da gestão local e da comunidade como um todo.

Pode parecer muito simples eleger ou legitimar alguém ou algum profissional para assumir tamanha responsabilidade como o ato de avaliar. Mas a avaliação pressupõe participação, negociação, habilidades, competências, interesse, envolvimento e empoderamento dos atores. Para isso, e para que seja bem sucedida, para abrir novos caminhos, fica evidente que o enfermeiro não deve ser o único agente que assume e toma para si a responsabilidade de proceder a avaliação na ESF. Deve, sim, ser o agente que, já envolvido em tantas e variadas atribuições, contribua para: consolidar os processos avaliativos nas dimensões objetivas e subjetivas, ampliar as concepções sobre avaliação, aumentar a compreensão da complexidade dos processos avaliativos e ajudar a entender os interesses de cada segmento envolvido. Enfim, que o enfermeiro, pelas experiências já acumuladas, possibilite transformar a realidade assistencial e gerencial do SUS, a partir da ESF.

Através da apreensão dos saberes e práticas avaliativas dos usuários e das EqSF, esta investigação no estado do Pará poderá ainda:

- Estimular a adoção de um processo de avaliação como um instrumento gerencial no plano praxeológico que rompa com a lógica da racionalidade gerencial hegemônica ressignificando-a para além da avaliação de metas;
- Evidenciar a importância das EqSF como agentes que, diante das responsabilidades que lhes são atribuídas, serão capazes de ajudar a construir uma nova lógica de avaliar onde os sujeitos exercitem o processo ascendente;
- Contribuir às pesquisas desenvolvidas e a desenvolver nesse campo do conhecimento;
- Contribuir com a constituição de redes de avaliadores a partir do envolvimento dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde como sujeitos.

Além dos resultados obtidos a partir deste estudo, considera-se que a avaliação, por ser um instrumento de apoio ao processo decisório, ao aprimoramento para a (re) organização dos serviços e das ações de saúde, reúne possibilidades de oferecer aos processos usuais da

avaliação uma conformação dinâmica e participativa no nível de governabilidade das EqSF ao envolver o usuário, também, como sujeito e que influencie, de forma ascendente, os demais níveis do sistema. Trazendo para a luz da ciência os saberes e práticas dos usuários e das EqSF do município de Ananindeua, PA quanto à avaliação, poderá configurar-se um processo que seja contínuo e sistemático, crítico, colaborativo e dialógico com base em informações imparciais coletadas e analisadas cientificamente e democraticamente e que oportunize um processo decisório e de adoção da avaliação de maneira horizontal e não vertical descendente e, acima de tudo, que tenha como alvo a busca de soluções dos problemas permitindo a todos os atores desenvolverem sua cultura democrática.

Considera-se, também, que os resultados advindos desta investigação poderão suscitar a busca de novos conhecimentos sobre a realidade administrativa da saúde no Pará e na Amazônia; contribuir para a formação dos enfermeiros e demais profissionais de saúde no estado do Pará; corroborar com pesquisas já realizadas sobre o tema, bem como possibilitar que esses conhecimentos possam produzir efeitos concretos na vida das pessoas, como consequência de serviços de saúde revitalizados a partir de um novo modo de pensar a saúde, seus determinantes e condicionantes. Ou seja, adotar a avaliação como geradora de ação e vice-versa.

Isso, possivelmente, fará despertar interesses dos sujeitos pesquisados como um dos mecanismos para assegurar espaços de negociação, de aprendizagem, de reivindicação e de empoderamento dos envolvidos. Além disso, poderá:

- Revelar como os participantes compreendem e operam os problemas sobre os quais atuam, assim como os resultados de seu trabalho;
- Tornar-se diretriz do papel da ESF enquanto estratégia de mudança do modelo;
- Contribuir no sentido de reduzir os conflitos através da avaliação que leve em consideração as experiências dos sujeitos e reduza improvisos nas decisões e desperdícios de recursos no âmbito do SUS;
- Se constituir em um dos dispositivos de geração e de ordenação do funcionamento do sistema;
- Favorecer a revisão das práticas e concepções presentes no cotidiano das EqSF;
- Promover o entendimento de que a avaliação, como apoio a decisão, pode ser capaz de melhorar e aprimorar o desenvolvimento do trabalho das EqSF no plano das ações e das práticas gerenciais e assistenciais;

- Possibilitar a aproximação mais consistente e coerente com as necessidades e demandas de saúde da comunidade e;
- Produzir demandas para a educação permanente das EqSF e reordenação do modelo assistencial.

Consideramos como limitações desse estudo os seguintes fatos: estiveram presentes apenas três usuários no primeiro evento do processo da pesquisa junto as EqSF. Os ACS, a quem coube informar e convidar a comunidade, informaram que não foi possível contatar os representantes dos usuários, pois os convites impressos lhes foram entregues, pela equipe gestora, somente às vésperas do dia da reunião. O evento foi realizado nas instalações do auditório da SESAU, que fica relativamente distante da residência dos usuários. Outras limitações foram a mudança de gestores da SESAU durante o desenvolvimento da pesquisa e a ausência do profissional médico que somente se fez presente no último evento realizado (Seminário de difusão) não tendo sido possível incluir, neste estudo, seus saberes e práticas avaliativas na ESF. No entanto, não se buscava descrever os saberes e práticas avaliativas isoladas, mas a reflexão e ação do conjunto das equipes na perspectiva da reorientação do modelo assistencial. Embora o médico não tenha participado de todos os eventos da pesquisa, os demais membros da equipe colaboraram intensivamente de forma plural e construíram um pensamento coletivo da equipe, pois as questões envolvendo a atenção do médico foram tratadas e, algumas, solucionadas no processo.

Não pairam dúvidas acerca da importância da avaliação para promover avanços no desenvolvimento, cabendo-lhe iluminar os caminhos decisórios. Sem a avaliação, fica-se desprovido de evidências que permitam monitorar e interferir precocemente nas condições que prejudicam ou potencializam a obtenção dos objetivos pretendidos. A avaliação poderá não ajudar a resolver os problemas plenamente, mas poderá melhor determiná-los.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUL, André A. **A prática da tomada de decisão**. São Paulo: Atlas, 2009.

ABREU, M. C.; MASSETO, M. T. **O professor universitário em aula**. São Paulo: MG Editores. 1987. 130p.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MATOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da Universalização. in **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n. 61, p.137-154, maio/ago.2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70: 2006

BODSTEIN, Regina. Processo decisório em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14 (Supl.1): 1336-1345. 2009.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1978. 300p.

BOSI, M. L. Magalhães; MERCADO, Francisco J. (orgs). Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N^o 196/1996**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. **Caderno PNAS**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Sala de situação em Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 2011.

_____. **Portaria Interministerial N^o 3.019** de 26 de Novembro 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde.

_____. **Portaria N^o 648** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. **Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008, dos Ministérios da Educação e da Saúde, institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família.

_____. **Lei Federal nº 8.142** de 20 de setembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. IBGE. Apresenta informações sobre as cidades e estados brasileiros 2011. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acessado em 14 de julho de 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner; In. CECÍLIO, Luís Carlos (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 61-62.

COIMBRA, Liberata Campos. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em (des)construção?** 223 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Maranhão. Maranhão, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Set 2006, vol.11, no.3, p.705-711.

CORNELIO, Renata Reis. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999.

CUNHA, Gustavo Tenório e CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO, Marília**, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010

DONABEDIAN, A. **Qualidade na assistência a Saúde**. FGV/FCFMUSP, PROAHA. São Paulo, 1993.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, Out 2005 vol. 20, no. 59. p. 97-110.

FEUERWERKER, Laura. Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é diferente do processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface-Comunic.,Saúde, Educ.**, v.9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, MINAYO et al. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. São Paulo: HUCITEC, 2008.

_____. Avaliação para o conhecimento e transformação. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, Francisco J. **Avaliação qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 11(3): 733-738, jul.- set. 2006.

HITO & GASTALDO – A Avaliação participativa do atendimento de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva na Espanha: da reflexão a mudança nas práticas do tratamento. In: BOSI & MERCADO (Orgs). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoques emergentes** Petrópolis: Vozes, 2006 (p 281 – 312).

MARIOTTI, Humberto. Complexidade e Pensamento Complexo (Texto introdutório). In: **As Paixões do Ego: Complexidade, Política e Solidariedade**. São Paulo: Editora Palas Athena, 2000.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, 2007.

MENDES, Ana Maria Coelho Pereira; SERMAN, Luiza Isabel Czer. Fundamentos Teóricos da Avaliação. In: TRENTINI, Mercedes e CORRADI, Ezia Maria (orgs). **Avaliação: subsídios teórico-práticos para a gestão em saúde**. São Paulo: Ícone, pp 11-49, 2006.

MERCADO, Francisco J. et al. Avaliação de políticas e Programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães e MERCADO, Francisco J. (org). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Cienc. Saúde coletiva**, 4(2), 305-314, 1999.

MORIN, André; GADOUA, Gilles; POTVIN, Gérard. **Saber, ciência, ação**. Trad. Thiollent Michel. São Paulo: Cortez, 2007.

MORIN, André. **Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada**. Trad. Michel Thiollent – Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Trad. Eloá Jacobina. 18^o ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____, **Ciência com consciência**; Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 13^a ed. – Rio de Janeiro: Beltrand Brasil, 2010

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2000. 34; (5). p. 547-59.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Rubens Araújo de. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 20(2): 609-623. 2010

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm.** UERJ. Rio de Janeiro, 2008 out/dez: 16(4):569-76

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2ª Ed., Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1990.

PASCHE e HENNINGTON. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec. Opas, 2006.

PETERLINI, Olga Laura Giraldi; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006.

PINHEIRO, R; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs). **Avaliação Básica e Integralidade**: contribuições para estudos das práticas avaliativas em Saúde. Rio de Janeiro: Cepes, 2008.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processo avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17-41.

PNUD. **Atlas de Desenvolvimento Humano**, 2000. <<http://www.pnud.org.br/>>. Acessado em 14 de julho de 2009.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Como fazer Pesquisa-ação?** Pesquisa e Métodos. João Pessoa, PPGE/Ed. Universitária, 2003.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. Nota técnica: Pesquisa-Ação no estudo das organizações. In: CALDAS, M.; FACHIN, R.; FISCHER, T. (Org.) **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2001. v.2.

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

RUF, Andrea. **Mas, afinal, quem é o sujeito da mudança?** Uma análise da dimensão tecnológica e intersubjetiva das Práticas de Saúde do Programa Saúde da Família. Bahia, 2007. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal da Bahia.

REIS, Valeria Maria dos. **O trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho.** Rio de Janeiro, 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer. **201 dinâmicas de grupo.** [s/d], 81 p. Disponível em: <http://www.smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-jornada-pedagogica/dinamicas-de-grupo/din%C3%A2micas-de-grupo-I.pdf>. Acesso em: em 02 de abril de 2010.

SANTOS, Paula Fernanda Brandão Batista dos; **O Enfermeiro na Implantação e Desenvolvimento do Programa Saúde da Família na Cidade de Campina Grande - PB**, à luz da história oral temática. Paraíba, 2004. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface**. Botucatu. v. 10 n. 19, 2006.

SAWAYA, Ana Lydia. Políticas públicas: pontos de método e experiências. **Estud. av.**, São Paulo, v. 20, n. 56, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANANINDEUA/PA-SESAU. **Consolidado das Famílias Cadastradas.** Sistema de Informação da Atenção Básica. Coordenação de Atenção Primária em Saúde/Diretoria Técnica. Ananindeua: SESAU, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANANINDEUA/PA-SESAU. **Consolidado das Famílias Cadastradas.** Sistema de Informação da Atenção Básica. Coordenação de Atenção Primária em Saúde/Diretoria Técnica. Ananindeua: SESAU, 2011.

SERAPIONE, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. IN: BOSI, M. L. Magalhães e MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

SILVEIRA, Rodrigo et al. Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na Atenção Básica em Rio Branco. IN: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 75-103.

SIMON, H. A.; MARCH, J. G. **Teoria das Organizações**. FGV. Rio de Janeiro, 1963.

SOUSA A. I. **A satisfação da população com os serviços locais de saúde** - Município de Itacarambi (MG). Rio de Janeiro, 1996.182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Osvaldo Cruz.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina – Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas: IN: BOSI, M. L. Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

TEMPORÃO, José Gomes. Crise da saúde no Brasil. Espaço Aberto. Brasília. **Globo News**, 07 de setembro de 2007. Entrevista com o Ministro da Saúde.

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

_____. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Metodologia participativa e pesquisa-ação na área da saúde**. S/D.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o pacto de gestão no SUS: da descentralização à tutela em rede. **Cienc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 12 n. 4, 2007.

TRIPP, David. Pesquisa-Ação: uma introdução metodológica. Tradução: Lólio Lourenço de Oliveira. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.31, n.3, p.443-466, set/dez.2005

VANDERLEY, Maria Ieda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2) : 443-453, 2007.

VASCONCELOS, Suziana Martins de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(12) :2891-2900, dez, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'ávila et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia legal. **Cad. Saúde Pública** v.23 supl.2 Rio de Janeiro, 2007.

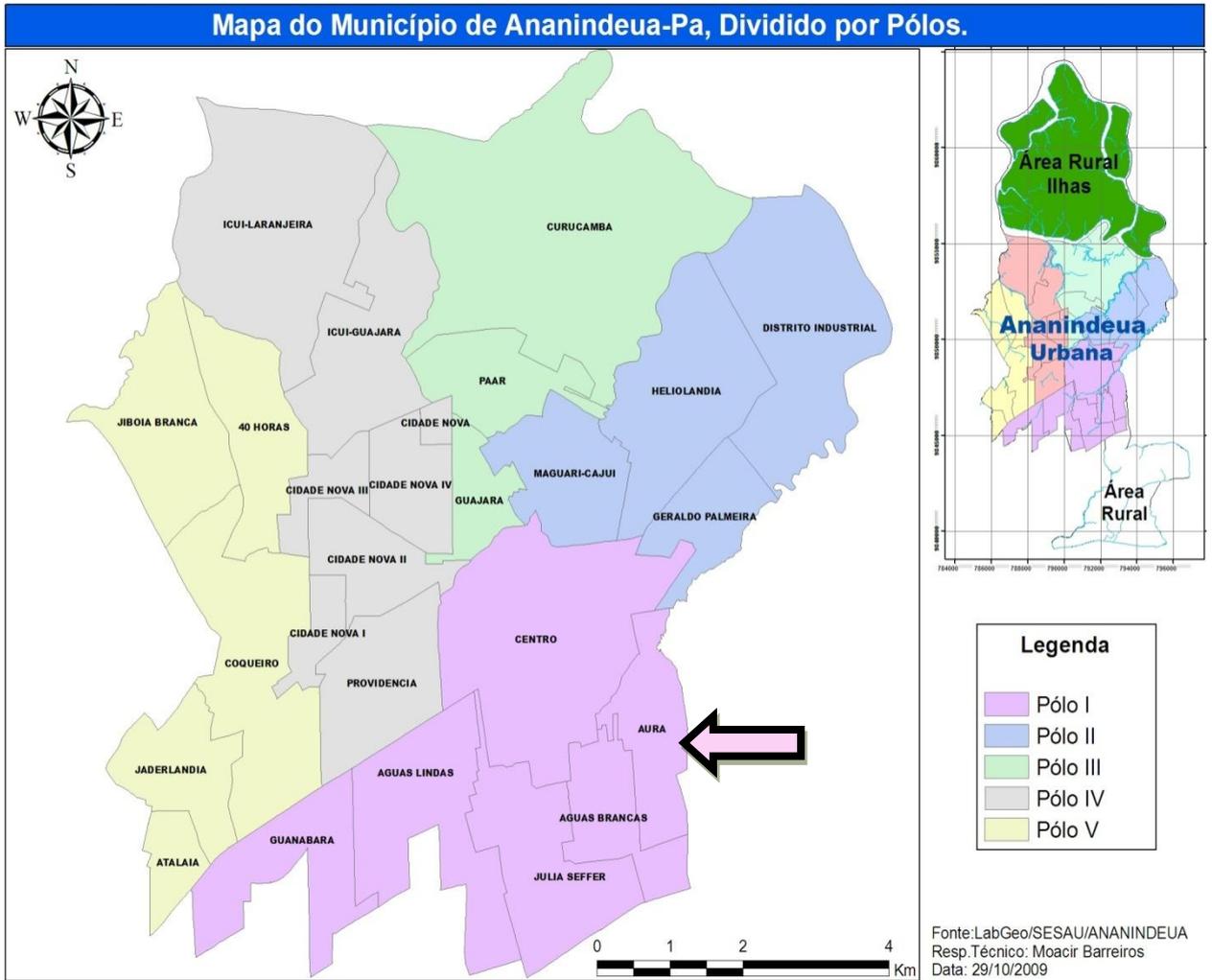
VIEIRA-DA-SILVA, Ligia. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Vieira (orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.

VILLAS BOAS, Lygia Maria de Figueiredo Melo; ARAUJO, Marize Barros de Souza; TIMOTEO, Rosalba Pessoa de Souza. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1355-1360.

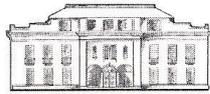
XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 60, n. 2, 2007.

ANEXOS

ANEXO A– Mapa do Município de Ananindeua, PA



ANEXO B



E E A N

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA



Protocolo nº 099/2009

Título do Projeto: A AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DECISÓRIO NO PLANO PRAXEOLÓGICO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA-PA.

Responsável: Maria Liracy Batista de Souza

Instituição onde a pesquisa será realizada: Secretaria Municipal Ananindeua-PA

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 03/12/09

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 30 de março de 2010.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (HUM) ANO E/OU AO TÉRMINO DA MESMA, COM UM CD, INDICANDO O NÚMERO DO PROTOCOLO ATUAL,** como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 30 de março de 2010.


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética
EEAN/HESFA/UFRJ

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUANTIDADE DE COLABORADORES POR EVENTO REALIZADO

EVENTOS REALIZADOS	COLABORADORES		
	Trabalhadores	Usuários	Total
SEMINÁRIO INTRODUTÓRIO	09	03	12
RTB1 – Reconhecendo a realidade e Construindo o diagnóstico	12	03	15
RTB2 - Reconhecendo a realidade e Construindo o diagnóstico	12	05	17
RTB3 – Planejando Ações para enfrentamento da realidade	14	07	20
RTB4 – Definindo o Problema Prático	15	05	20
RTB5 – Planejando a Ação Nuclear para enfrentamento do Problema Prático	14	07	21
OFC I – Trabalhando em Equipe	24	03	27
OFC II – Compreendendo a ESF	24	04	28
OFC III – Desenvolvendo as práticas avaliativas no trabalho	22	07	29
SEMINÁRIO DE DIFUSÃO	25	05	30

(*) Legenda: RTB – Reunião de Trabalho 1,2,3,4 e 5 / OFC – Oficina 1,2 e 3.

APÊNDICE B

QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO ANALISADAS / TEMAS (*)

CÓD TEMA(I)	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO (2)	Nº. UNIDADES DE REGISTRO - UR (3)										TOTAL UR(4)	Nº. TOTAL(5) CORPUS ANALISADOS	
		SNI	RTB1	RTB2	RTB3	RTB4	RTB5	OFC1	OFC2	OFC3	SDI			
CATEGORIA - SABERES E PRÁTICAS AVALIATIVAS														
I	Conhecimentos acerca da avaliação	38	218	119	57	22	04	-	10	-	-	-	467	05
II	Práticas avaliativas	11	77	51	26	38	06	-	13	-	-	223	07	
III	Fatores condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais	05	69	07	05	06	03	62	65	03	33	261	10	
TOTAL DE UR'S		54	364	177	91	66	13	62	88	03	33	951		

Adaptado de Oliveira (2006)

Legenda: SNI= Seminário Introdutório; RTB1= primeira reunião de trabalho; RTB2= segunda reunião de trabalho; RTB3= terceira reunião de trabalho; RTB4= quarta reunião de trabalho; RTB5= quinta reunião de trabalho; OFC1= primeira parte da Ação Formativa; OFC2= segunda parte da Ação Formativa; OFC3= terceira parte da Ação Formativa; SDI= Seminário de Difusão

APÊNDICE C

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO (*)

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO (2)	NºUR/TEMAS (4)	%UR/TEMAS (6)	CATEGORIA (7)	(8) NºUR/CATEGORIA	(9)%UR/CATEGORIA	OBS (10)
Conhecimentos acerca da avaliação	467	49.10				
Práticas avaliativas	223	23.45	SABERES E PRÁTICAS AVALIATIVAS	951	100	
Fatores condicionantes e determinantes das práticas avaliativas não usuais	261	27.45				
TOTAL UR	951	100.00	TOTAL UR	951	100	

(*) Adaptado de Oliveira (2006)

APÊNDICE D

Da: Profa M.Sc. Maria Liracy Batista de Souza

Para: Equipe do Pólo Sanitário I e Equipes de Saúde da Família

CONVITE

Convido V.Sa. para participar do **Seminário Introdutório** que será realizado no dia 14 de abril de 2010, no horário de 8 as 12 H, no Auditório da Secretaria de Saúde de Ananindeua.

Trata-se de uma atividade, agendada de comum acordo com a Equipe Gestora da SESAU, que faz parte da Pesquisa de Doutorado que envolve a participação e colaboração dos membros das Equipes de Saúde da Família e usuários.

Sua equipe foi sugerida e está sendo convidada para fazer parte da Pesquisa sobre a qual estaremos apresentando maiores detalhes no citado Seminário.

Solicitamos, gentilmente, aos Agentes Comunitários de Saúde que integram as Equipes, que encaminhem o convite a um (1) usuário da sua área para participar do seminário

Na ocasião esperamos contar com a participação de todos.

Grande abraço.

Profa. Maria Liracy Batista de Souza
Doutoranda EEAN/UFRJ

Profa Dra Ana Inês Sousa
Orientadora

APÊNDICE E
FORMULÁRIO CREDENCIAMENTO
DINTER UFRJ/UEPA

Doutoranda: Maria Liracy Batista de Souza (UEPA)

Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Sousa (UFRJ)

Atividade: SEMINÁRIO INTRODUTÓRIO			CRENCIAMENTO DOS PARTICIPANTES
No	Nome	Função	Equipe de Saúde da Família
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

APÊNDICE F

DINTER - UFRJ/UEPA

Projeto de Tese: A avaliação como instrumento do processo decisório no plano praxeológico das equipes de saúde da família do Município de Ananindeua, PA

Doutoranda: Maria Liracy Batista de Souza (UEPA)

Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Sousa (UFRJ)

PROGRAMAÇÃO

SEMINÁRIO INTRODUTÓRIO	LOCAL: AUDITÓRIO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ANANINDEUA, PA	DATA: 14/04/2010
PROGRAMAÇÃO		
Horário	Atividade	Apoio
8 as 8:40	Credenciamento dos Participantes Apresentação da Equipe Coordenadora	Colaboradores
8:40 as 9	Apresentação do Projeto de tese	Colaboradores
9 as 9:10	Convite aos colaboradores das equipes de saúde da família para participação na Pesquisa	Colaboradores
9:10 as 9:30	Apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Explicação sobre o formulário para construção do perfil dos participantes	Colaboradores
9:30 as 9:50	Entrega do TCLE e do formulário III e IV aos participantes e Recebimento do TCLE e dos formulários preenchidos	Colaboradores
9:50 as 10:15	INTERVALO PARA O LANCHE	
10:15 as 10:25	Formação dos grupos de estudo	Colaboradores
10:25 as 11:05	Cartazes em Grupo Convidamos vocês a responderem as seguintes perguntas: <ul style="list-style-type: none"> • O que é AVALIAÇÃO ? • Para que serve a AVALIAÇÃO ? • Como funciona a AVALIAÇÃO ? Responda essas perguntas elaborando um desenho, ou um gráfico ou mesmo representando com palavras, etc.. Não se preocupe se a resposta estará certa ou errada. Essa não é a nossa intenção. O importante é a sua participação! Ao terminar de construir o desenho o grupo deve escolher alguém para apresentar as idéias do grupo para todos	Colaboradores
11:05 as 11:30	Apresentação das idéias a todos participantes	Colaboradores
11:30 as 11:55	Formação dos mesmos grupos para Elaboração do cronograma de trabalho	Colaboradores
11:55 as 12	Encerramento	Colaboradores

APÊNDICE G
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada: A AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO PROCESSO DECISÓRIO NO PLANO PRAXEOLÓGICO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA, PA**, que tem como objetivo primordial gerar novos conhecimentos sobre avaliação em saúde a partir dos conhecimentos e das experiências das equipes de saúde da família. Este é um estudo que busca pesquisar a avaliação utilizando o método da Pesquisa-Ação. Ou seja, a pesquisa será realizada a partir da Ação que o grupo decidir e considerar importante para estudar a avaliação em saúde praticada pelas equipes de saúde da família. A pesquisa terá duração de um ano, com o término previsto para Dezembro de 2011.

Tudo o que você disser ou escrever será guardado e **NÃO** será divulgado. O seu nome também **NÃO** será revelado para ninguém e nem para qualquer Instituição. Ou seja, será mantido tudo em sigilo absoluto em todas as fases dessa pesquisa. O que você disser vai ser gravado e filmado, se assim você concordar. Essas informações serão utilizadas apenas **NESTA** pesquisa e os resultados poderão ser apresentados em eventos e/ou revistas científicas. Porém nunca será informado o nome da pessoa que deu as informações.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Para esta pesquisa será muito importante sua participação em dois seminários e em cinco reuniões de grupo. Quando, junto, iremos identificar problemas referentes à avaliação em saúde feita pelas equipes de saúde da família e propor soluções. Assim como colocar em prática estas soluções. Contamos com sua colaboração para preencher um formulário com seus dados pessoais e de seu trabalho que também, serão mantidos em segredo absoluto. Tudo o que for dito nos dois seminários e nas reuniões de grupo serão gravados e filmados e depois passados tudo para o papel em forma escrita e, esse material, será guardado por cinco (05) anos e queimado após esse período.

Você **NÃO** pagará qualquer valor em dinheiro para participar da pesquisa. Assim como **NÃO** irá receber qualquer valor financeiro. Não haverá riscos pela sua participação. O benefício será aumentar o conhecimento científico para a área de saúde coletiva e para administração em saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço da pesquisadora responsável. E poderá tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Ana Inês Sousa
 Orientadora
 Tel 021 2598 9692
 E-mail: anaines@pr5.ufrj.br

Maria Liracy Batista de Souza
 Doutoranda
 Cel: 091 96261650
 E-mail: liracysouza@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2009.

Declaro estar ciente deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(Assinatura)

APÊNDICE H – Trabalhador da ESF**FORMULÁRIO PARA DEFINIÇÃO DO PERFIL DO GRUPO DE TRABALHO**

Caro colaborador.

Solicitamos, por gentileza, o preenchimento do formulário para que possamos elaborar o perfil do grupo. Esse “retrato do grupo” irá nos ajudar a interpretar as informações obtidas para o trabalho. Não será preciso se identificar. Sinta-se seguro (a) seu anonimato será mantido independentemente de quaisquer circunstâncias.

Data: _____/_____/_____

SEXO:

Masculino ()

Feminino ()

IDADE: _____ anos

ESCOLARIDADE:

Ensino Fundamental ()

Ensino Médio ()

Ensino Superior () **Formação** _____

CARGO OCUPADO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

() **Agente Comunitário de Saúde - ACS**

() **Auxiliar de Higiene Dental - AHD**

() **Cirurgião Dentista**

() **Enfermeiro**

() **Médico**

() **Técnico de Enfermagem**

() **Técnico de Higiene Dental – THD**

TEMPO DE SERVIÇO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA :

Atuando no Município _____ (anos)

Em Outros Municípios _____ (anos)

APÊNDICE I – Usuário do SUS**FORMULÁRIO PARA DEFINIÇÃO DO PERFIL DO GRUPO DE TRABALHO**

Caro colaborador.

Solicitamos, por gentileza, o preenchimento do formulário para que possamos elaborar o perfil do grupo. Esse “retrato do grupo” irá nos ajudar a interpretar as informações obtidas para o trabalho. Não será preciso se identificar. Sinta-se seguro (a) seu anonimato será mantido independentemente de quaisquer circunstâncias.

Data: _____/_____/_____

SEXO:

Masculino ()

Feminino ()

IDADE: _____ anos

ESCOLARIDADE:

Ensino Fundamental ()

Ensino Médio ()

Ensino Superior () **Formação** _____

Outros ()

TEMPO DE MORADIA NA ÁREA : _____

PARTICIPA DE ALGUMA ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA

Sim ()

Não ()

APÊNDICE J

QUADRO DO PERFIL DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS PARTICIPANTES DO SEMINÁRIO INTRODUTÓRIO

Especificações	Sexo			Escolaridade			Faixa etária			Tempo atuação na ESF			Tempo de moradia			Associativismo		
	Masc.	Fem.	Sub Total	Níveis			26 a 39 anos	40 a 53 anos	Sub total	< 1 ano	> 1 ano	Sub total	< 1 ano	> 1 ano	Sub total	Sim	Não	Sub total
				Fund.	Méd.	Sup.												
Trabalh.	02	15	17	04	10	03	17	10	07	17	10	07	17					
Usuários	01	02	03	01	02		03	02	01	03				03		03		03
TOTAL	03	17	20	05	12	03	20	12	08	20	10	07	17	03	03		03	03

Fonte: formulários do perfil de trabalhadores e usuários – dados coletados no Seminário Introdutório

APÊNDICE K - MATRIZ DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ANANINDEUA-PA			
OBJETIVO DAS REUNIÕES	Construir o diagnóstico e reconhecer a realidade com vistas ao planejamento das ações para enfrentamento dos problemas prioritários		
Problemas Priorizados	Causas	Soluções	Ação
Baixa qualificação dos trabalhadores	Critérios para admissão utilizados Falta de compromisso consigo mesmo na busca de qualificação	Plano de valorização pessoal da Equipe Plano de capacitação profissional	Realizar a Terapia Comunitária Implementar programa saúde do trabalhador Realizar oficinas de capacitação em ética, motivação, relações interpessoais, relacionamento com o público
Falta de recursos humanos	Falta de planejamento para distribuição dos recursos humanos no Município (na área da saúde)	Encaminhado pela equipe a Secretaria de Saúde	SOLUCIONADO – USF suprida com Recursos Humanos
Avaliações não são usuais e sistemáticas no trabalho das equipes	Sobrecarga de trabalho de rotina que impede a equipe de avaliar seu trabalho	Planejamento das avaliações sistemáticas	Elaborar e executar cronograma de reuniões para avaliação do trabalho com a participação de toda a equipe com periodicidade mensal e/ou quinzenal
Necessidade de esclarecimentos e informações sobre a Estratégia de Saúde da Família para emponderamento do grupo	Falta de capacitação das pessoas sobre o que é a estratégia saúde da família e a avaliação como instrumento de trabalho	Oficinas de atualização sobre a Estratégia Saúde da Família e avaliação	Realizar oficinas que contemplem os conteúdos relacionados à Estratégia Saúde da Família e Avaliação como instrumento de trabalho
Demanda excessiva para consulta médica sobrecarregando as agendas de atendimento	Cultura da comunidade vinculada ao atendimento com o profissional médico Modelo assistencial centrado na atenção apenas curativa	Racionalizar a distribuição das consultas médicas segundo os grupos programáticos e de especialidades Incentivar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças	Agendamento rotativo de atendimento de especialistas para atender na USF AURÁ Reunião administrativa para esclarecer o sistema de referência suas fragilidades e potencialidades – EM DISCUSSÃO
Da discussão surge o problema prático: As práticas avaliativas não são usuais, mas ocasionais e superficiais porque, o grupo como um todo, se sente sobrecarregado e não conhece a base da ESF nem a avaliação como instrumento de apoio ao trabalho.	O grupo definiu como AÇÃO NUCLEAR: ATUANDO NA ESF, para enfrentamento do problema prático e elaborou o plano para execução e desenvolvimento.		
Ação Nuclear dividida em três partes			
Módulo I		Módulo II	
Trabalhando em Equipe	Compreendendo a Estratégia Saúde da Família	Módulo III	
Ética, Motivação, Relações Interpessoais e Relacionamento com o público	O que é a ESF? Como funciona? Qual o papel de cada um? Quais seus objetivos e finalidades	Desenvolvendo as práticas avaliativas no trabalho Avaliação: tipos, objetivos, características, estratégias de avaliação, participação dos sujeitos	

APÊNDICE L - PROJETO DA AÇÃO NUCLEAR

AÇÃO NUCLEAR		ATUANDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA		
JUSTIFICATIVA	OBJETIVOS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	
<p>Considerando a necessidade de:</p> <p>Organização do trabalho das equipes na busca de melhorias na qualidade de atendimento da população atendida pelas equipes;</p> <p>Atualização e qualificação permanente dos membros das equipes de saúde da família em reconhecimento a sua importância no processo de desenvolvimento das ações junto à comunidade e no relacionamento interpessoal e com o público em geral;</p> <p>Desenvolver o processo avaliativo como prática usual na perspectiva de adotar processos decisórios ajustados às necessidades de saúde da população, a resolução de problemas de forma democrática e para aprimoramento do trabalho da própria equipe;</p> <p>Será imprescindível a realização de oficinas de trabalho como dispositivo capaz de apoiar a descoberta de novos horizontes de conhecimentos que poderão ser praticados no seu cotidiano.</p>	<p>Capacitar as equipes para o desenvolvimento do trabalho de qualidade junto à comunidade</p> <p>Lidar com a realidade e problemas da comunidade de cada micro-área aplicando seus saberes e práticas aprendidas nas oficinas</p> <p>Compreender a Estratégia de Atenção a Saúde da Família nos seus aspectos filosóficos, contextuais e operacionais.</p> <p>Aplicar a avaliação como ferramenta do trabalho das equipes de forma a apoiar suas decisões e aprimorar suas ações na perspectiva do modelo assistencial estabelecido</p>	<p>OFICINA₁ – TRABALHANDO EM EQUIPE A motivação, a ética e os relacionamentos interpessoais e com o público: os ingredientes para um trabalho com saúde</p> <p>OFICINA₂ – COMPREENDENDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA O agir consciente das equipes de saúde da família</p> <p>OFICINA₃ – DESENVOLVENDO AS PRÁTICAS AVALIATIVAS NO TRABALHO A avaliação como instrumento de decisão e de aprimoramento do trabalho na perspectiva do modelo assistencial preconizado pelos órgãos coordenadores do SUS.</p>	<p>As oficinas serão desenvolvidas em três módulos respeitando as demandas e necessidades identificadas durante o processo de construção do diagnóstico da realidade de trabalho das equipes. Será adotada a aprendizagem significativa como eixo norteador, considerando as experiências acumuladas por cada membro das equipes participantes. Deverão participar da OFICINA todos os membros das Equipes e usuários. A comunidade deverá ser avisada, previamente, quanto ao cronograma de realização das oficinas</p>	
LOCAL	CRONOGRAMA	PARTICIPANTES	CUSTOS	
Centro Comunitário Anita Gerosa	30/06 – I OFICINA 07/07 – II OFICINA 14/07 – III OFICINA	Equipes de Saúde da Família Usuários Facilitadores	Os custos diretos estão a cargo da pesquisadora	

APÊNDICE M - PROGRAMAÇÃO DA OFICINA I

TEMA - TRABALHANDO EM EQUIPE

Data: 30 de Junho de 2010

Horário: 8:30 as 12:00 h.

Local: Centro Comunitário Anita Gerosa – Ananindeua, PA

Facilitador: Profa. Benedita Abreu Leão

PÚBLICO ALVO: membros das equipes de saúde da família e usuários

O evento faz parte da ação definida como necessária pelos colaboradores da Pesquisa: A avaliação como instrumento do processo decisório no plano praxeológico das equipes de saúde da família do Município de Ananindeua-PA sob responsabilidade da Profa Maria Liracy Batista de Souza sob orientação do Profa Dra Ana Inês Sousa e destina-se a capacitar as equipes do Aurá e Jardim Japonês que se preocupam e desejam viver e desenvolver um potencial saudável no ambiente de trabalho..

OBJETIVO: Oportunizar espaço de convivência entre trabalhadores e usuários do SUS, para refletir sobre os valores pessoais e sua influencia na convivência de vida pessoal e coletiva			
AÇÃO /ATIVIDADE	METODOLOGIA	RECURSOS	CH
Pose para a “FOTO”(1ª foto) Distribuição do crachá de identificação dos participantes.	<ul style="list-style-type: none"> Registro da fotografia do grupo antes e depois da oficina 	-Maquina Fotográfica -Fitas coloridas -Crachá	15’
A difícil arte de valorizar o outro. Qual o seu ponto de vista?	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica o “Feitiço Vira Contra o feiticeiro” 	-Papel e caneta	30’
Ação Especial realizada ao acordar! “MEU DESEJO”!	<ul style="list-style-type: none"> Registro de uma palavra, frase. Fixar no painel informativo. Exercício de Reflexão coletiva.	-Tarjetas coloridas -Fita gomada	25’
Qualidade de Vida no Trabalho	Construção coletiva – em grupo Criar um cenário de convivência saudável no trabalho.	-Cenário livre. -Revistas -Tesoura -Cartolina	30’
Respeito e capacidade da escuta. Ética Humanização e valorização do cliente interno e externo. Acolhimento do usuário.	Sorteio dos Temas para discussão Trabalho em grupo. Relato de experiência. Exposição Dialogada, alta participação.	-Caracterização livre.	30’
Trabalho em equipe: Contextualização e avaliação.	“Soldadinho”. Dançando em harmonia.	-CD e som	20’
Encerramento Avaliação	Fotografia do grupo -Participativa – individual e em grupo	-CD e som	30’

APÊNDICE N - PROGRAMAÇÃO DA OFICINA II

TEMA – COMPREENDENDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data: 07 de Julho de 2010

Horário: 8:30 as 12:00 h.

Local: Centro Comunitário Anita Gerosa – Ananindeua, PA

Facilitador: Prof. José Raimundo da Silva Arias

PÚBLICO ALVO: membros das equipes de saúde da família e usuários.

O evento faz parte da ação definida como prioritária pelos colaboradores da Pesquisa: A avaliação como instrumento do processo decisório no plano praxeológico das equipes de saúde da família do Município de Ananindeua, PA sob responsabilidade da Profa Maria Liracy Batista de Souza e orientação do Profa Dra Ana Inês Sousa. Destina-se a capacitar as equipes do Aurá e Jardim Japonês que definiram o tema como uma necessidade das equipes no processo de compreensão da estratégia em suas várias dimensões.

OBJETIVOS: Promover a reflexão sobre a Estratégia Saúde da Família - ESF e o processo de trabalho das equipes e compreender a estratégia saúde da família como um dos dispositivos para a mudança do modelo assistencial ainda centrado na atenção curativa e paliativa.			
AÇÃO /ATIVIDADE	TÉCNICA	RECURSOS	CH
Refletindo sobre os obstáculos no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> Técnica das amarras 	Fita gomada e pequenos presentes	30'
Manifestação do grupo sobre a dinâmica. Associando o desenvolvimento da técnica com o trabalho na ESF	<ul style="list-style-type: none"> Reflexões individuais : por que as vezes nos sentimos amarrados? 	Gravador de voz e Máquina fotográfica	30'
Roda de conversa com o facilitador	Conversando sobre a estratégia Saúde da Família: o que é? Como funciona? Quem participa? Qual sua finalidade e objetivos?	Participação livre	45'
INTERVALO			
Roda de conversa com o facilitador - CONTINUAÇÃO	Conversando sobre a estratégia Saúde da Família: o que é? Como funciona? Quem participa? Qual sua finalidade e objetivos?	Participação livre	45'
Encerramento			
Avaliação	Participativa – individual e em grupo	Gravador de voz	30'

APÊNDICE O - PROGRAMAÇÃO DA OFICINA III

TEMA – DESENVOLVENDO AS PRÁTICAS AVALIATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data: 14 de Julho de 2010

Horário: 8:30 as 12:00 h.

Local: Centro Comunitário Anita Gerosa – Ananindeua, PA

Facilitador: Profa. Maria Liracy Batista de Souza

PÚBLICO ALVO: membros das equipes de saúde da família e usuários.

O evento faz parte da ação definida como prioritária pelos colaboradores da Pesquisa: A avaliação como instrumento do processo decisório no plano praxeológico das equipes de saúde da família do Município de Ananindeua, PA sob responsabilidade da Profa Maria Liracy Batista de Souza e orientação do Profa Dra Ana Inês Sousa. Destina-se a capacitar as equipes do Aurá e Jardim Japonês para o exercício da avaliação como uma ferramenta de trabalho das equipes no plano praxeológico.

OBJETIVOS : 1 - Compreender a avaliação como uma potente ferramenta de trabalho das equipes para respaldar seu processo decisório; 2 - Exercitar o processo avaliativo a partir da realidade; 3 -Aplicar a avaliação como instrumento de trabalho na perspectiva de mudança do modelo assistencial.			
AÇÃO /ATIVIDADE	METODOLOGIA	RECURSOS	CH
Acolhimento dos participantes	Boas vindas: uma frase ou uma palavra		10'
Avaliando a Oficina anterior: Por que a Estratégia Saúde da Família é importante?	<ul style="list-style-type: none"> • Depoimentos individuais 	Gravador de voz e Máquina fotográfica	30'
Avaliando e auto-avaliando	Formação de dois grupos para o exercício da avaliação e auto-avaliação: Como o nosso grupo vê o outro grupo? Como o nosso grupo pensa que somos vistos pelo outro grupo? Apresentação das conclusões dos dois grupos Debate e interpretação	Folhas de Cartolina Pincel hidrocor	20'
INTERVALO			
Entendendo a avaliação como instrumento do trabalho.	O que é avaliar? Para que serve? Por que avaliar? Como avaliar? Quais os tipos de avaliação?	Papel kraft	25'
Avaliando a realidade: casos de tuberculose na área	Formação de 4 sub-grupos para análise da situação a ser avaliada Elaborar a matriz de causalidade – Por que esse fato aconteceu ou acontece? Apresentação em plenária Construção coordenada do painel	Matriz de Causalidade Papel kraft Pincéis hidrocor Fita gomada	60'
Encerramento Avaliação	Fotografia do grupo Participativa – individual e em grupo	Máquina fotográfica Gravador de voz	30'

APÊNDICE P

III OFICINA – DESENVOLVENDO AS PRÁTICAS AVALIATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA(*)

Situação Problema: número de casos novos de tuberculose na área

Problema apresentado pela Equipe:

As Equipes de Saúde da Família registraram, no ano de 2009, 06 casos de tuberculose. Sendo 01 no primeiro semestre e 05 no segundo semestre. No ano de 2010, as Equipes identificaram até agora, 02 casos.

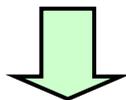


SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE FRENTE A ESSE PROBLEMA

Todos os casos diagnosticados no ano passado ficaram curados?
 Foi registrado algum abandono de tratamento?
 Algum desses casos faleceu antes de terminar o tratamento?
 Algum desses casos foi transferido para outra Unidade ou para outro Município?
 Qual a estratégia adotada pela equipe para acompanhar esses casos?

SOBRE A TUBERCULOSE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE

Como a equipe poderá ajudar a controlar a tuberculose na comunidade?
 Qual o papel de cada membro da equipe no controle da tuberculose?
 Qual o papel da sociedade no controle da Tuberculose?



MOTE: Por que ainda existem pessoas portadoras de tuberculose?

A partir do Mote iremos analisar a realidade refletindo sobre as causas adjacentes e subjacentes que estão associadas a TUBERCULOSE como um problema de saúde.

APÊNDICE Q**MATRIZ PARA REGISTRO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DOS PROBLEMAS**

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
PROBLEMA:	
PRINCIPAIS CAUSAS	
ADJACENTES	SUBJACENTES

Elaboração: Maria Liracy Batista de Souza

APÊNDICE R

DINTER - UFRJ/UEPA

Projeto de Tese: A avaliação como instrumento do processo decisório no plano praxeológico das equipes de saúde da família do Município de Ananindeua, PA

Doutoranda: Maria Liracy Batista de Souza (UEPA)

Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Sousa (UFRJ)

PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO DE DIFUSÃO

SEMINÁRIO DE DIFUSÃO	LOCAL: CENTRO COMUNITÁRIO ANITA GEROSA – Ananindeua, PA	DATA: 27/07/2010
PROGRAMAÇÃO		
Horário	Atividade	Apoio
09 as 9:15	Acolhimento dos participantes	Colaboradores
09:15 as 9:45	Composição da Mesa pelas autoridades presentes	Colaboradores
09:45 as 10:15	Apresentação e discussão sobre o processo de desenvolvimento do trabalho	Pupunha Tucumã Açaí (*)
10:15 as 10:45	AVALIAÇÃO	Colaboradores
10:45 as 11:00	Entrega dos Certificados aos participantes das Oficinas	Colaboradores
11:00 as 11:15	Encerramento	Colaboradores
11:15 as 11:45	Sorteio de brindes e lanche	Colaboradores

APÊNDICE S**CONVITE**

A(o) Ilmo(A).

Convidamos V.Sa. para participar do **Seminário de Difusão da Pesquisa realizada junto as Equipes de Saúde da Família** que será realizado no dia 27 de julho de 2010, no horário de 9 as 12 H, no Centro Comunitário Anita Gerosa – Ananindeua, PA

Trata-se de uma atividade, agendada de comum acordo com a Equipe Gestora da SESAU e que faz parte da Pesquisa de Doutorado desenvolvida pela Profa M.Sc. Maria Liracy Batista de Souza sob orientação da Profa. Dra Ana Inês Sousa. Na ocasião iremos apresentar o processo de desenvolvimento e os resultados preliminares da Pesquisa desenvolvida com a participação e colaboração das duas Equipes de Saúde da Família e usuários.

Esperamos contar com a sua prestimosa participação.

Ananindeua, 14 de Julho de 2010

Atenciosamente,

OBS: Todos assinaram o convite.