ANTÔNIO CARLOS GOMES DO ESPÍRITO SANTO

AVALIAÇÃO FORMAL E INFORMAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE — UM ESTUDO DE CASO

Tese que apresenta à Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo sob a Orientação do Prof. Doutor
ALDO DA FONSECA TINOCO, para obtenção do grau de Doutor
em Saúde Pública.

São Paulo
1992

DEDICATORIA

Para Alexandre e Ana Luiza, dois belos motivos para que
faça da minha auto-avaliação um exercício permanente.

A G R A D E C I M E N T O S

A Prof^a. Márcia Westphal, docente da Faculdade de Saúde Pública, pelo estímulo e pelo apoio concreto na indicação de pessoas, instituições e fontes bibliográficas de fundamental importância para o planejamento, a execução e o relato da pesquisa.

A Dr^a. Marlene Goldenstein, pesquisadora da Fundação Carlos Chagas, pela orientação prestada no que diz respeito aos fundamentos de pesquisa qualitativa.

As bibliotecárias e demais funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública, pelo interesse e empenho demonstrado no sentido de facilitar nosso acesso às fontes bibliográficas.

Aos funcionários da Secretaria de Saúde de Olinda e à clientela das unidades por ela mantidas, pela disponibilidade para colaborar na execução do trabalho de campo.

A Dr^a. Laís Guimarães Vieira, pela seriedade e pela dedicação com que se entregou ao trabalho de impressão deste documento.

EPIGRAFE

Sem dúvida, todas estas coisas, da mesma maneira que algumas outras, são importantes e necessárias, porém me parece que, ao final das contas, o segredo da qualidade está no coração e na alma dos homens. Ali, do manancial do melhor que existe em nós, tiramos, todos, inspiração a partir de algo ou alguém. Estejamos com o ouvido atento a estas pequenas mas imperiosas vozes.

AVEDIS DONABEDIAN

RESUMO

A partir de um estudo de caso desenvolvido numa Secretaria Municipal de Saúde, mediante utilização de técnicas de compilação documental, observação do cotidiano e entrevistas, são descritos e analisados os conteúdos e formas da avaliação formal e informal, empregando-se uma abordagem que considera aspectos históricos, políticos, administrativos e sócio-culturais da instituição. Tal tipo de abordagem permitiu a identificação dos problemas enfrentados pelo sistema de avaliação formal e dos fatores que interferem na avaliação informal, apontando as possibilidades e conveniências da articulação entre ambas.

SUMMARY

From a case study developed in a municipal secretary of health, through the use of document compilation technics, daily work observation and interviews, contents and forms of formal and informal evaluation are described and analysed by employing an approach which takes into consideration historical, political, administrative and social-cultural aspects of the institution. Such type of approach has enabled the identification of the problems faced by the formal system of evaluation and of the factors which interfere with the informal evaluation, pointing out to the possibilities and conveniences of the connection between them.

S U M A R I O

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 RELEVANCIA DO TEMA	1
1.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA	4
1.3 ASPECTOS CONCEITUAIS	15
1.4 REVISÃO DA LITERATURA	19
1.4.1 A AVALIAÇÃO FORMAL	19
1.4.2 A AVALIAÇÃO INFORMAL	29
1.5 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA	40
1.6 OBJETIVOS	47
2. DESENVOLVIMENTO	51
2.1 METODOLOGIA	51
2.1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PESQUISA	51
2.1.2 JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DA METODOLOGIA	54
2.1.3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA	56
2.1.4 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	63
2.1.5 DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS E DOS INSTRUMENTOS	66
2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
2.2.1 SITUAÇÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA DA INSTITUIÇÃO NO MOMENTO DA PESQUISA	69
2.2.2 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL (SAF) - ESTUDO DESCRIPTIVO	74
2.2.2.1 SÍNTESE EVOLUTIVA	74
2.2.2.2 A ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO	76
2.2.2.3 A DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA	79
2.2.2.4 A SUPERVISÃO E A COORDENAÇÃO DE ÁREAS	80

2.2.2.5 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL VISTO PELOS INTEGRANTES DO NÍVEL CENTRAL DA INSTITUIÇÃO	85
2.2.2.6 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL VISTO PELOS FUNCIONÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE	92
2.2.2.7 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL VISTO PELA CLIENTELA DOS SERVIÇOS	99
2.2.3 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL - ESTUDO ANALÍTICO	102
2.2.3.1 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL TÉCNICO	102
2.2.3.2 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL DA CULTURA INSTITUCIONAL	110
2.2.3.3 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL DA POLÍTICA INSTITUCIONAL	115
2.2.3.4 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA INSTITUIÇÃO	120
2.2.4 A AVALIAÇÃO INFORMAL	126
2.2.4.1 AVALIAÇÃO INFORMAL FEITA PELOS INTEGRANTES DO NÍVEL CENTRAL DA INSTITUIÇÃO	126
2.2.4.2 AVALIAÇÃO INFORMAL FEITA PELOS FUNCIONÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE	150
2.2.4.3 AVALIAÇÃO INFORMAL FEITA PELA CLIENTELA DOS SERVIÇOS	164
2.2.5 ANÁLISE COMPARATIVA DAS DUAS FORMAS DE AVALIAÇÃO	180
3. CONCLUSÃO	189
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199
5. ANEXOS	222

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUCAO

1.1 RELEVANCIA DO TEMA

A partir do início deste século e, de modo mais acentuado, após a Segunda Guerra Mundial, tem se intensificado e ampliado nos diversos segmentos da sociedade, a discussão acerca do grau de importância atribuído aos fatores condicionantes do nível de saúde das populações, entre eles os serviços de saúde (S.S.).

Autores como Blum²⁴ lhes atribuem uma diminuta parcela de responsabilidade, ao passo que outros, como Roemer¹³¹ e Donabedian⁶³, apontam-nos como elementos destacados desse contexto, ressaltando apenas a relevância dos aspectos sócio-econômicos, políticos, ambientais, comportamentais e até genéticos, como facilitadores ou dificultadores de sua ação.

De qualquer modo, os serviços de saúde se constituíram numa instituição presente na história de todos os povos, experimentando apenas, em cada situação, variações quanto a sua forma de organização e funcionamento, quanto ao tipo de tecnologia empregada e quanto à função social exercida³⁴.

Enquadrados naquele grupo de serviços encarregados de contribuir para o controle social¹³⁹, ou seja, de resolver ou atenuar

os indesejados efeitos colaterais resultantes da atividade do sistema produtivo, os serviços de saúde são estuários para onde drenam, no plano biológico, as conseqüências do pacto social presente em determinado momento, refletindo as lutas e os acordos movidos pelas classes dentro da dinâmica da sociedade.

No plano econômico, sua importância decorre da mobilização e combinação de considerável aporte de fatores de produção e o conseqüente fluxo financeiro de remuneração dos mesmos; do impacto que seu produto gera na oferta e na procura por bens e serviços e do seu papel de mantenedores da força de trabalho^{50,126}.

Partindo da discussão levantada por Espeleta e Rockwell⁷⁰, em seu estudo etnográfico sobre a instituição escola, longe de serem meros instrumentos de reprodução dos interesses das classes dominantes, os serviços sociais - e dentre eles os serviços de saúde - representam instâncias nas quais as diretrizes políticas, os modelos burocráticos e o próprio saber oficial, passam por redefinições, reinterpretações e reapropriações. Isto porque, em sua trajetória para se transformar em medidas concretas, sofrem necessariamente a ação dos atores que participam do processo, incluindo os agentes locais das instituições e os consumidores, intervindo com suas concepções, interesses e posicionamentos. Esta interrelação é determinada pelo fato mesmo de ocuparem os serviços, na cadeia hierárquica das organizações, o ponto onde ocorre, de forma mais imediata, o encontro entre as necessidades da população e as ações institucionais que se propõem a atendê-las.

As formas e proporções assumidas por este fenômeno guardam relação com o grau de exercício da cidadania pelos diversos estratos da sociedade, devendo ser ressaltada a importância crescente que tem sido atribuída aos serviços de saúde como estimuladores, em potencial, do processo de organização das comunidades na obtenção de certas conquistas sociais^{20,115}.

Por fim - e sem nenhuma pretensão de esgotar o assunto - não se poderia deixar de fazer uma menção aos serviços na qualidade de fontes de informação sobre o estado sanitário da população⁵⁸ e como integrantes do esquema operacional de pesquisas e de capacitação de recursos humanos para a saúde^{28,107}.

Por todas estas razões, a preocupação em avaliar os serviços de saúde não é recente e se poderia afirmar que acompanha a história da própria instituição.

Do ponto de vista político, representa um dos instrumentos ao qual têm recorrido os diversos segmentos da sociedade, interessados nas questões de saúde - estado, profissionais, órgãos de ensino e pesquisa, produtores de insumos, consumidores, prestadores de serviços - no sentido de analisarem o seu trabalho, denunciarem suas inadequações e justificarem propostas de mudança¹³.

Tem também se prestado, no campo econômico, para embasar as definições acerca da alocação, aplicação e controle de recursos, sendo freqüentemente chamada a esclarecer e a equilibrar a relação custo/benefício¹⁵⁸.

Indica ainda o nível de desenvolvimento técnico e científico alcançado pela sociedade bem como a sua conversão em bem estar para a população; além de fornecer a monitorização para o desempenho administrativo das instituições¹³⁴.

Seus resultados são influenciados pelas características da realidade na qual se acham os serviços inseridos, tais como a extensão e profundidade da problemática de saúde e o modo como ela afeta os diferentes segmentos sociais. E ainda pelo estágio de desenvolvimento científico e tecnológico, a disponibilidade de recursos, o nível de desempenho administrativo das instituições mantenedoras e as condições históricas que determinam a forma de encaminhamento dado às questões políticas, sociais e econômicas^{37.147.159}.

Por outro lado, não se pode olvidar a influência exercida sobre a avaliação, por fatores inerentes aos próprios agentes avaliadores, como é o caso de sua posição ideológica; dos pressupostos técnicos do seu modelo metodológico; do preparo que possuem para manejá-lo e das circunstâncias nas quais sua tarefa é realizada¹⁴².

1.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Numa primeira fase, quando os serviços de saúde eram parte dos serviços religiosos, os resultados dos rituais de cura eram atribuídos aos merecimentos do paciente perante a divindade. Como

afirma Castiglioni³⁸, a cura se constituía em milagre e a morte significava a negação dos deuses às súplicas do doente. A avaliação, portanto, era bastante simplificada uma vez que tais "agentes de saúde" tinham tão somente a função mediadora entre os homens e as entidades sobrenaturais, não lhes cabendo maior responsabilidade sobre o resultado da relação estabelecida entre ambos.

É possível, assim mesmo, detectar durante a antiguidade uma certa preocupação com o controle de qualidade dos serviços de saúde em dispositivos regulamentadores como o Código de Hamurabi, do ano 800 a.C.. Segundo o mesmo, o cirurgião que levasse um homem livre à morte ou à incapacidade permanente deveria ser punido com a perda de uma mão²². Tais achados parecem indicar que só as evidências mais declaradas de insucesso eram valorizadas, o que coincide com o incipiente nível de conhecimento especializado da época. É que o rigor da lei estava dirigido não ao sacerdote, membro da elite, mas ao cirurgião, que por realizar atividades consideradas manuais, era um elemento discriminado naquelas sociedades. Dentro desta perspectiva de classes, os mecanismos de fiscalização do exercício de práticas de saúde serviam à proteção das classes dominantes e ao controle das classes subalternas.

Tal aspecto não pode ser desprezado porque representa uma das explicações para o precário desenvolvimento da avaliação na etapa seguinte, quando a Igreja Católica assume a orientação e o controle de todas as organizações de saúde do Império Romano, respaldada pelo decreto de Constantino, em 335 d.C.³³.

Os serviços de saúde se multiplicam, seja pela imposição dos concílios, obrigando as instituições clericais a recolher doentes; pela necessidade de assistência aos combatentes nas Cruzadas; ou pela iniciativa filantrópica de certos nobres convertidos ao catolicismo. A maior parte destes serviços funcionavam anexos a igrejas e a conventos, tendo alguns deles se notabilizado. Este foi o caso do mosteiro beneditino de Monte Cassino, na Itália, onde começou a funcionar a Escola de Salerno, pioneira do ensino médico universitário no Ocidente¹⁰⁵.

Apesar do florescimento dos serviços, o desenvolvimento do saber, intensamente censurado pela Igreja, progredia muito pouco, não oferecendo instrumental para que as práticas de saúde pudessem ser melhor avaliadas. Além disso, a visão caritativa do período fomentava uma ótica social sob a qual se constituía atitude grosseira tecer críticas à assistência oferecida gratuitamente por pessoas desprendidas, piedosas e bem intencionadas⁵⁹.

A perda de espaço que a Reforma Protestante impõe à Igreja abrange o território dos serviços de saúde os quais passam, nos países não católicos, a ser administrados pela municipalidades, faculdades e associações leigas. Dentro da nova ordem econômica e social, cuja base é o mercantilismo, os prestadores de serviços começam a ser remunerados e, quase sempre, com baixos salários. Esta conjuntura leva à formação de equipes mal preparadas, recrutadas entre portadores de toda sorte de vícios. Isto, a par dos minguados investimentos nas condições materiais dos serviços e do afrouxamento do rigor em sua

administração, leva-os a ingressarem numa fase conhecida, na história da enfermagem, como período negro¹³⁸. Mesmo assim, o conhecimento, livre do controle da Igreja, retoma seu crescimento e a maior parte dos progressos da etapa seguinte são fomentados nesta.

Na segunda metade do Século XIX, os países do Europa Ocidental estão em plena vigência do surto de industrialização e suas sociedades se estruturam em bases capitalistas. A teoria bacteriológica permite o surgimento de novas técnicas de higiene e a descoberta de outros meios de diagnóstico e tratamento elevam o padrão de qualidade das práticas médicas e de enfermagem. A avaliação dos serviços de saúde encontra, assim, melhores condições para se desenvolver, como atividade formalmente organizada, levada a efeito de forma sistemática, utilizando métodos respaldados por uma teoria própria⁴¹.

E o momento em que os serviços de saúde passam a ocupar posição de destaque nas discussões e encaminhamentos referentes às questões políticas, sociais e econômicas¹³⁹. O planejamento e a administração adquirem base científica, sendo incorporados, de forma crescente, à gestão das instituições públicas e privadas⁴⁰.

Assim, as propostas de avaliação apresentadas no século passado baseavam-se nos resultados gerados pelas atividades médicas, sendo aferidos pela análise de determinados indicadores clínicos, como era o caso do estado do paciente quando da alta hospitalar. Tal postura coincide curiosamente com a ênfase mecanicista do pensamento

administrativo de então, o qual privilegiava muito mais o produto do que os componentes do processo de produção. As instituições sociais, ainda não plenamente identificadas dentro do sistema capitalista como reprodutoras da força de trabalho e atenuadoras dos problemas advindos de suas contradições, achavam-se ainda no início de sua escalada burocratizante. A investigação médica, por sua vez, fortemente influenciada pelas descobertas clínicas e anátomo-patológicas, não oferecia maiores parâmetros para a mensuração da eficácia e da efetividade da assistência à saúde¹²¹.

Em 1860, Louis e Nightingale¹⁵⁵ baseavam-se em informações médico-hospitalares através da análise de indicadores clínicos, como o estado do paciente quando da alta e a mortalidade nosocomial. Nightingale chegou a uniformizar a coleta e apresentação das estatísticas hospitalares, justificando que a disponibilidade de tal informação, classificada de acordo com a idade, sexo e diagnóstico do paciente, tornaria possível uma melhoria acentuada da condução do tratamento. Suas proposições tiveram boa repercussão junto à enfermagem, que já contrastava sua organização fortemente hierarquizada e sua conduta baseada em padrões, com o individualismo e a resistência dos médicos em terem o seu desempenho avaliado⁴¹.

Nas primeiras décadas deste século, o modelo capitalista já apresentava maior estágio de maturação e, dentro dele, o papel das instituições sociais se achava mais definido. Os movimentos operários e as novas demandas da produção levavam à organização de uma assistência à saúde acessível a segmentos mais extensos da

população⁵². A tecnologia médica se expandia e a estrutura dos serviços de saúde tornava-se mais complexa, exigindo modernização também no plano administrativo⁶⁷. Os profissionais de saúde, saindo em maior número das escolas e fortalecendo o seu corporativismo, intensificavam a fiscalização sobre a formação e exercício profissional. As novas teorias administrativas, entre elas a Escola das Relações Humanas, direcionavam sua preocupação para o estudo dos componentes do processo de produção⁴⁰. É dentro deste contexto que se pode entender o conteúdo dos modelos de avaliação baseados nos elementos estruturais dos serviços de saúde, como os exames de habilitação e os protocolos de acreditação, destacando-se trabalhos como os de Flexner, Codman e outros patrocinados por instituições como o American College of Surgeons^{46,74}.

Ernest Codman, um cirurgião de Boston, propunha o que chamava de *Análise do Resultado Final*, um sistema de coleta e análise periódica da assistência prestada aos pacientes mediante comparações dos desempenhos entre os membros de uma equipe médica e entre equipes de instituições diversas⁴¹. Foi designado pelo Congresso Clínico de Cirurgiões, realizado em 1912, para chefiar o comitê encarregado de desenvolver um programa de standardização hospitalar, tendo batalhado vigorosamente para implantar o seu método no maior número possível de hospitais. As fundações, universidades e órgãos de classe, no entanto, se inclinavam muito mais pelas recomendações do relatório Flexner, o qual aplicava ênfase na melhoria do ensino médico e no controle da expedição de licenças para o exercício profissional¹⁰². A busca de

padrões de qualidade dirigia-se muito mais para as condições materiais e organizativas dos hospitais do que para o acompanhamento sistemático e rotineiro da performance dos profissionais⁶⁷. Codman foi forçado a deixar o hospital onde trabalhava e em 1930 já avaliava com certo desapontamento sua *cruzada*, obstaculada, entre outras coisas, pela eclosão da Iª Guerra Mundial, pela euforia com a melhoria do ensino médico e com o advento de novas tecnologias bem como pela forte resistência dos médicos a terem sua arte *fiscalizada*⁴¹.

Seguindo a retrospectiva tracada por Donabedian⁶⁵, verifica-se que as proposições e relatos de experiências sobre avaliação dos serviços sucederam-se, até o final dos anos 40, direcionando sua abordagem para os aspectos estruturais e sua repercussão nos resultados das atividades hospitalares. Ocorreu um crescente refinamento dos métodos e técnicas, baseados na visão dos prestadores de serviços acerca do que seriam os itens e os níveis ótimos no estudo da qualidade do cuidado clínico. Ilustram esta fase trabalhos como o de Hooker, em 1930, sobre a mortalidade materna previsível, patrocinado pela Academia de Medicina de Nova York; de Lee e Jones, em 1933, propondo normas e diretrizes para uma boa atenção médica; de Southmaid e Smith, em 1944, procedendo a uma avaliação da equipe responsável por um programa hospitalar rural, solicitado pela Commonwealth Found e a Avaliação dos Índices de Registro de Atividades Profissionais, em 1948¹⁰².

No período que sucede a Segunda Guerra Mundial, o capitalismo dos países industrializados evolui para a formação de

grandes conglomerados de empresas e para o monopólio dos bens de consumo a nível internacional⁴⁴. Tais sociedades começam a lidar com uma nova realidade constituída por uma medicina assalariada, face ao florescimento das empresas médicas e por uma organização cada vez maior dos consumidores dos serviços de saúde, que vão se tornando mais conscientes e, conseqüentemente, mais exigentes⁶⁷.

Face a esta conjuntura, funda-se nos Estados Unidos, em 1951, a Joint Comission for Accreditation of Hospitals, posteriormente ampliada de modo a cobrir também a assistência ambulatorial. A Associação Americana de Escolas Médicas, por sua vez, publica em 1964 os Padrões de Assistência Ambulatorial à Saúde.

Pertencem a esta fase estudos como o de Kohl, em 1955, sobre a prevenção da mortalidade perinatal e de Shapiro et al. sobre o mesmo tema, em 1960; o de Lipworth et al., em 1963, investigando o obituário em hospitais com e sem atividades de ensino e o famoso documento de Hindel Shaps, sobre Conceitos de Qualidade na Assistência à Saúde⁶⁵.

Nos países do terceiro mundo, particularmente na América Latina, a busca de saídas para o subdesenvolvimento leva à idealização de um estado forte, moderno, planejador e com propostas de intervenção nos diversos setores de produção, de modo a coordenar os esforços da sociedade em busca do crescimento econômico e da superação dos problemas sociais^{71,79,80,81}.

Para enfrentar o desafio de promover em curto lapso de tempo a melhoria do funcionamento em instituições sem possibilidades

políticas, técnicas e financeiras de passarem por mudanças radicais de estrutura, utiliza-se um planejamento fortemente impregnado pelas concepções sistêmicas, funcionalistas e racionalizadoras, compatíveis com um projeto de mudança que não se pretende revolucionário, mas apenas reformista¹¹⁹. Da cooperação entre organismos internacionais - como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPS) - e governos de vários países, são instalados centros de estudos sobre os modelos técnicos destinados ao planejamento e reorganização dos diversos setores sociais e econômicos, entre os quais, o setor saúde¹¹⁴. As políticas de saúde passam a privilegiar uma abordagem médico-sanitária para enfrentar os problemas coletivos. Este enfoque pressupõe ações planejadas, sob o comando do estado, com ênfase na atenção primária e na participação das comunidades^{129, 145, 148}.

Nesta fase, ao instrumental de avaliação já conhecido, dirigido a detectar os resultados e a identificar a composição estrutural dos serviços, são acrescentadas técnicas de análise do processo de produção das ações, seguindo a trilha de pesquisadores como Lembcke¹⁰², predecessor de propostas metodológicas de avaliação, entre elas a auditoria de fichas clínicas⁴³.

As técnicas de planejamento de saúde, como aquela denominada CENDES/OPS apresentam propostas de indicadores destinados à avaliação da eficácia dos programas de saúde coletiva, como as Taxas de Cobertura, os Índices de Concentração, o Grau de Utilização dos Recursos e o Rendimento da Hora-Profissional^{35, 93}.

Nos Estados Unidos, em 1970 tem início o que Eisenberg e Kabcenell⁶⁷ chamam de *Revolução Industrial* da prática médica, caracterizada pela proliferação de grandes empresas médicas, de sistemas de assistência com administração sofisticada, de um aumento significativo das entidades lucrativas, da prática profissional assalariada e de recursos tecnológicos altamente especializados. Este fenômeno tem repercussão inclusive nos países da Europa, como atesta Lacronique discorrendo sobre a crise no sistema de saúde da França¹⁰⁰.

Enquanto isso, a situação social e econômica da maioria dos países do Terceiro Mundo coloca em xeque a viabilidade e a própria validade do modelo desenvolvimentista, intensificando-se o questionamento acerca das possibilidades de superação do atraso, da miséria, das desigualdades e da dependência externa, sem a adoção de profundas alterações nas estruturas políticas. Outra vertente de críticas provinha da constatação de que o crescimento experimentado por várias economias no período não resultaram na melhoria dos seus indicadores sociais⁵⁰.

Dentro desse contexto, as instituições de saúde assistiam ao agravamento das condições médico-sanitárias e aos repetidos fracassos das tentativas de obter implementação eficaz de seus planos e programas. Em meio ao clima de abertura política, vivenciado na época em países como o Brasil, vários segmentos da sociedade, até então marginalizados pelos anos de repressão política, reorganizaram-se no sentido de reivindicar o direito à saúde e à participação nas decisões que dizem respeito ao setor³⁴. Diversas instituições passaram a

integrar o chamado movimento sanitário, com destacada atuação na luta pela Reforma Sanitária. Participou ativamente da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴⁸, da aprovação do texto de saúde da nova constituição federal e da implementação das propostas de modificação do modelo assistencial, entre elas as Ações Integradas de Saúde e, posteriormente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde^{145,146}.

Tal conjuntura resulta no incremento das investigações sobre os serviços de saúde, movidas por centros de pesquisas, universidades, órgãos de governo e associações de classe, entre outros. Eram estudos que descreviam ou analisavam aspectos políticos, sociais, econômicos, administrativos, técnicos e metodológicos ligados ao trabalho daquelas instituições, denunciando suas limitações e fazendo proposições alternativas¹⁵⁹. Princípios e técnicas da Epidemiologia e do Planejamento Clássico passaram a ser revistos à luz de um enfoque que procurava articular as abordagens biologicistas e humanistas, emergindo daí propostas como a Epidemiologia Social e o Planejamento Estratégico em Saúde^{29,51,152}.

No campo específico da pesquisa sobre serviços de saúde, apesar da pequena produção científica nacional, se comparada à de outros países, podem ser encontradas pesquisas que refletem estas novas abordagens, como atesta Oliveira¹¹⁵, ao empreender um levantamento da literatura acerca da utilização e opinião da população sobre serviços de saúde. Naquele documento cita as pesquisas de Carvalheiro, Westphal e Buss, às quais devem ser acrescentados os trabalhos de Sucupira¹⁴³, Tanaka¹⁴⁴ e Sassaki¹³⁴.

Entre as publicações de cunho nitidamente operacional, dirigidas a instrumentalizar o processo de avaliação das instituições e serviços de saúde, devem ser destacados o documento da O.M.S., de 1981¹¹⁶ e o trabalho de Rodrigues e Torres ¹³⁰, editado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1982.

1.3 ASPECTOS CONCEITUAIS

Avaliar, em linhas gerais, significa determinar o valor ou valia de algo⁷². Buscando uma maior explicitação e objetivação do conceito, encontramos, entre outros, aquele formulado pela Organização Panamericana de Saúde, citado por Alvim⁶. Segundo o mesmo, avaliação é a *"medição sistemática de qualquer mudança em um estado ou situação dada, dentro de um período específico e que se verifica como resultado das atividades realizadas para alcançar um objetivo determinado"*.

Situando a avaliação dentro da perspectiva do Planejamento e da Administração, Salgado¹³³ afirma que ela "constitui o argumento técnico, operativo e orçamentário das ações programadas mediante um conjunto de mecanismos de informação e que tem como finalidade retroalimentar o desenvolvimento de programas".

Vinculando-a à prática sanitária, a Organização Mundial de Saúde a define como um "processo permanente encaminhado principalmente a corrigir e melhorar ações com o fim de aumentar a pertinência,

eficiência e eficácia das atividades de saúde"¹²⁹

Num esforço para delimitar de modo mais preciso o objeto desses conceitos, procura Salgado distingui-la de termos como apreciação ou estimativa, os quais, segundo ele, se referem de forma mais geral à extração de conclusões para o exame de uma situação e seus elementos. A avaliação, por sua vez, alcança maior abrangência na medida em que possui um caráter nitidamente operativo.

Aponta como outra diferenciação importante aquela que diz respeito à Investigação Avaliativa dos Serviços de Saúde, definida como "atividade que permite obter conhecimentos sobre a estrutura, os processos e os resultados da prestação de serviços de saúde". Estaria, portanto, muito mais voltada para a pesquisa científica do que para a monitorização do trabalho da instituição, o que já seria objeto da chamada Avaliação Administrativa.

Centrada no componente PROCESSO, a Investigação Avaliativa receberia a designação de Investigação Clínica; quando preocupada com os aspectos estruturais e com as implicações sociais da prestação de serviços, seria chamada de Investigação Sócio-organizativa⁶⁰.

Drumond e Maynard⁶⁸ consideram a avaliação como parte do processo de produção de bens e serviços sem a qual é impossível medir sua efetividade, traduzida por indicadores relacionados com a melhoria do nível de saúde, o prolongamento da vida, a restauração das funções bio-psico-sociais e a redução da incapacidade e do número de mortes evitáveis. Do mesmo modo, não haveria como aferir sua eficiência,

otimizada pelo equilíbrio racional entre custo e benefício

Embora do ponto de vista técnico o princípio geral que orienta a avaliação seja a comparação entre uma situação concreta e uma outra almejada, o termo tem sido usado com várias acepções, representando objetos com acentuadas diferenças quanto às finalidades, aos métodos empregados e aos agentes que os aplicam.

Dentro do interesse específico desta pesquisa cumpre identificar e definir as duas formas de avaliação que nos propomos estudar.

Uma delas, que chamaremos de Avaliação Formal, tem interesse nitidamente administrativo. Acha-se intimamente vinculada ao planejamento constituindo parte indispensável do seu processo, ao lado das demais etapas, a saber: o diagnóstico, a elaboração do plano e sua execução. Dirige-se à aferição dos objetivos e metas almejadas, à eficácia, eficiência e efetividade de serviços e programas. É proposta e implementada pelas instituições, as quais determinam as tarefas a serem executadas por cada componente da sua estrutura organizacional, no sentido de operacionalizá-la. Tem caráter contínuo e os técnicos de planejamento são os grandes protagonistas no manejo do seu processo^{65,87,109}.

A Avaliação Informal não possui tal refinamento metodológico. Baseia-se em apreciações subjetivas, não se preocupando, portanto, com a precisão dos instrumentos que utiliza. É feita, inclusive, por indivíduos ou grupos leigos em planejamento e

administração de serviços de saúde. E o caso da clientela e de larga faixa dos integrantes das equipes locais de saúde, sendo freqüentemente relatada em conversas informais, reuniões de grupos e através dos meios de comunicação. Pode, em algumas circunstâncias, ter como base dados fornecidos por pesquisas ou por registros estatísticos das instituições, mas não se constitui no produto do trabalho de uma estrutura montada pela instituição com aquela finalidade precípua^{30.44.64}.

Algumas questões correlatas, tratadas na literatura pertinente, precisam ser colocadas. Uma delas diz respeito à diferenciação entre o que se constituem relatos de clientes acerca das características objetivas de cuidados por eles recebidos e os depoimentos acerca do seu nível de satisfação com os mesmos. Aqui, trata-se de um posicionamento que implica no recurso à sua estrutura cognitiva e às suas reações emocionais permeadas por atitudes, crenças e percepções⁵³.

Uma outra distinção deve ser feita entre a opinião do cliente acerca do componente técnico da assistência - representado pela aplicação da ciência e da tecnologia médica e de outras ciências da saúde ao manejo de problemas - e o componente interpessoal - o qual envolve os aspectos sócio-psicológicos da interação profissional-paciente além das chamadas amenidades, como a privacidade, o conforto e a quietude¹²⁴.

1.4 REVISÃO DA LITERATURA

1.4.1 A AVALIAÇÃO FORMAL

Um aspecto de fundamental importância quando se estuda um sistema é a determinação dos seus objetivos³⁰. No caso de um sistema de avaliação formal, tais objetivos devem estar contidos nas políticas, planos e programas, uma vez que a avaliação só tem sentido na vigência de um planejamento no qual se baseia e do qual é parte integrante¹⁴².

Tais objetivos podem ser divididos em: imediatos - quando se referem aos resultados diretos que o Sistema de Avaliação Formal (SAF) deve gerar - e mediatos - quando dizem respeito às finalidades éticas e políticas do trabalho médico-sanitário das instituições e ao seu impacto social e econômico^{6,133}.

Os objetivos imediatos de um SAF podem estar dirigidos a medir a melhoria do cuidado, ou seja, a efetividade; pode pretender aferir a eficácia, voltando-se para a identificação do alcance das metas operacionais; ou dedicar-se a verificar o nível de correlação entre o investimento feito e os resultados obtidos, o que é expresso pela eficiência³⁵. Dos objetivos imediatos se depreende, por exemplo, se a ênfase está aplicada na adequada destinação de recursos, na maior racionalização das atividades ou na compatibilização entre a proposta

institucional e a realidade social.

Os objetivos mediatos, por sua vez, revelam entre outras coisas, até onde o SAF pretende contribuir para a formação da própria equipe, medir o alcance das ações em termos de desenvolvimento social ou instrumentalizar a sociedade, por exemplo, para o efetivo controle do desempenho dos serviços de saúde¹³.

Um outro elemento a ser identificado em um SAF é o seu objeto, ou seja, os aspectos do trabalho institucional que se propõe avaliar. O esquema proposto por Donabedian⁶⁴ a partir de uma visão sistêmica, fornece o ponto de partida para uma classificação dos possíveis objetos de um SAF. A Figura 1, tomada do trabalho de Geyndt⁸³, representa o referido esquema e o relaciona com outros que o antecederam ou sucederam.

Tal objeto pode ser a estrutura do sistema de atenção à saúde, ou melhor dizendo, o conjunto de componentes combinados e dispostos de forma a produzir as ações de saúde, a saber: os recursos humanos, materiais e financeiros, bem como a necessária informação tecnológica e administrativa que os associa, distribui e põe em movimento, de acordo com uma determinada ordem. Exemplos de indicadores destinados a aferir as condições estruturais de um sistema de saúde são as proporções alcançadas pelos quantitativos dos diferentes tipos de profissionais numa equipe de saúde; a relação numérica entre o número de profissionais e de habitantes constituintes da demanda; ou a disponibilidade de leitos hospitalares para a

população.

FIGURA 1- FORMAS ALTERNATIVAS DE AVALIAR A QUALIDADE E A EVOLUÇÃO DE PROGRAMAS E SUAS INTERRELAÇÕES

FONTE PRIMARIA: Sheps 1955; Donabedian 1966; Geyndt 1978; Dror 1968.

FONTE SECUNDARIA: Geyndt, H. ⁸³

Quando o objeto é o processo da assistência, o que se procura identificar e avaliar é a forma como as ações são geradas e recebidas pela clientela. Aqui importa medir a acessibilidade da população aos serviços e o modo como os utilizam¹⁰¹, bem como a qualidade técnica e de relacionamento interpessoal na prestação do cuidado. A distância para a clientela acessar as unidades de saúde; o tempo de espera para o atendimento; a proporção de diagnósticos corretos e tratamentos bem indicados; além do nível de satisfação da clientela com a assistência recebida, são alguns dos indicadores

usados para determinar o nível de desempenho do processo.

Por fim, pode se ter ainda como objeto de avaliação os resultados obtidos pelo sistema de saúde, cabendo aqui dividi-los em resultados operacionais e epidemiológicos.

Os primeiros dizem respeito à produção de serviços que o sistema de saúde gera e que atesta sua eficácia através da comparação entre o previsto e o realizado. São exemplos de indicadores operacionais a Taxa de Cobertura e o Índice de Concentração.

Os resultados epidemiológicos representam o impacto que se verifica no nível de saúde da população em função do trabalho desenvolvido pelos serviços de saúde. Têm como exemplo de indicadores os coeficientes e índices demográficos, sanitários e sócio-econômicos, através dos quais se mede a efetividade do sistema de saúde. Os indicadores de morbi-mortalidade têm grande aplicação neste setor, embora exista a ressalva que se faz quanto à dificuldade de estabelecer uma relação precisa entre o nível de saúde da população - condicionado por tantos fatores - e a performance dos serviços. Na análise dos resultados é levada em consideração a questão da eficiência, que implica na relação entre os recursos utilizados, os serviços produzidos e o impacto obtido na melhoria do nível de saúde. Tal relação é medida através de indicadores como o rendimento da hora-profissional e a proporção entre os investimentos feitos no setor saúde e a redução verificada na morbidade e/ou mortalidade, da área, no período⁸⁸.

Para Donabedian, a interrelação entre a estrutura e o processo é preocupação das Ciências Organizacionais; entre o componente interpessoal do processo e os resultados, das Ciências Comportamentais e entre o componente técnico do processo e os resultados, das Ciências da Saúde⁶⁰.

A escolha dos indicadores, como se observa, está diretamente relacionada ao objeto da avaliação, devendo representar a forma disponível e mais adequada de analisá-lo^{6,142}. Isto significa dizer que um mesmo indicador pode ser válido, confiável, sensível, específico e ter alta capacidade discriminativa para avaliar um determinado aspecto ou evento e não o ser para outros.

Agora, se considerarmos que os indicadores só ganham sentido à medida em que se prestam a fornecer elementos para uma avaliação e que esta se dá mediante a comparação entre objetos pertencentes a tempos ou espaços diferentes, confrontando-se assim o real e o potencial, o planejado e o realizado, é fundamental que se disponha de um sistema de referências para os indicadores, ou seja, que se definam padrões de excelência⁷⁸. Vários expedientes têm sido utilizados com este objetivo, recorrendo-se ao desempenho verificado em sistemas-modelo, como projetos-piloto ou comunidades com nível de desenvolvimento considerado mais elevado e com aporte de recursos semelhante; à opinião de grupos de *experts*, consultados para tal fim; aos valores normatizados por órgãos nacionais ou internacionais de saúde.

Os padrões são chamados **explícitos** quando colocados previamente à coleta dos dados sobre a realidade. Caso contrário, quando dependem do julgamento posterior de especialistas ou da simples comparação com dados de outras realidades são chamados **implícitos**¹⁰².

A instrumentalização, que corresponde à escolha dos métodos, técnicas e recursos, é influenciada pelas definições anteriores de objetivos, objetos e indicadores; bem como das condições existentes no tocante a recursos, tempo, qualidade e disponibilidade da informação e do nível de conhecimento e de experiência das pessoas encarregadas de conduzir o processo.

Os métodos podem ser classificados utilizando diversos critérios. Existem aqueles eminentemente quantitativos, como é o caso da monitorização estatística da produção de serviços. Em contraposição, há outros dirigidos à aferição da qualidade, dos quais um exemplo é o método dos traçadores. Nele, se elegem os itens desejáveis de conduta do profissional frente ao diagnóstico e/ou tratamento de um determinado problema de saúde, investigando-se os desvios^{24.83}.

Seguindo outro critério, teremos os métodos divididos entre os **descritivos** e os **analíticos**. Os primeiros estão predominantemente voltados para a identificação e medida dos problemas, prestando-se a fornecer uma indicação preliminar de questões a serem melhor estudadas em outros tipos de investigação. Este é o caso dos métodos de acreditação, que se baseiam na checagem dos componentes estruturais de

um sistema de saúde, confrontando os achados com uma escala de padrões, deixando em aberto, portanto, as justificativas para os desvios detectados^{5,42,78}. Os métodos analíticos buscam, desde o primeiro momento, estabelecer a relação entre os eventos e suas possíveis causas, como acontece no método conhecido como Sistema Social de Utilização do Hospital¹⁰, no qual se mede o grau de associação entre determinados indicadores hospitalares e certas características médico-sociais dos pacientes.

Podem também os métodos serem classificados de acordo com o direcionamento do seu foco, se para o impacto das ações desenvolvidas ou para o cumprimento das suas metas de produção. Entre os primeiros enquadrados os *surveys* feitos junto à população, levantando informações acerca do seu estado sanitário ou de sua satisfação com o tipo de serviço que recebe¹²⁷. No segundo caso, temos os métodos de determinação dos Custos e Benefícios da assistência¹⁷.

Alguns métodos têm sua aplicação manejada apenas por um grupo reduzido de técnicos aos quais ficam restritas principalmente as etapas de processamento final e análise dos dados. Exemplo destes é o método de determinação do status de saúde⁹, no qual uma amostra de famílias é visitada a intervalos regulares sendo indagadas acerca do nível de saúde que se atribuem e sobre as limitações físicas e sociais que esta situação lhes impõe. Outros métodos prevêem uma participação bastante ampla de todos os atores envolvidos - incluindo a população - ao longo das diversas etapas do processo avaliativo, como acontece nas experiências de investigação-ação⁵⁵.

Por fim, o grau de objetividade das informações requeridas é outro critério que diferencia os métodos. Podem ser categorizados, assim, em objetivos, como as Auditorias de Procedimentos Médicos, nas quais se comparam os diagnósticos e condutas de profissionais com padrões definidos previamente por *experts*, investigando-se e corrigindo os desvios⁴³. São subjetivos quando deixam patente valorização de aspectos relacionados com a percepção, a opinião ou a atitude de pessoas frente a determinadas situações. Os estudos dirigidos a caracterizar a relação interpessoal entre profissionais de saúde e seus clientes exemplificam tais métodos¹⁰⁴.

A implementação dos métodos atendem sempre à necessidade de viabilizá-los da forma mais racional. Assim, tanto na elaboração dos materiais quanto no seu manuseio, no treinamento das pessoas envolvidas e na administração de sua dinâmica, atende-se às regras básicas da metodologia científica adaptadas ao tipo de interesse e às condições existentes¹⁴².

Com relação às técnicas, é possível, do mesmo modo, classificá-las segundo vários critérios. Algumas requerem a presença do avaliador no local em que a ação se desenvolve, sendo chamadas *diretas*; em contraposição àquelas nas quais o avaliador se baseia em informações colhidas e transmitidas por outrem, configurando as técnicas *indiretas* de avaliação¹⁴⁹. Entre as primeiras figuram as visitas de supervisão, enquanto a apreciação de relatórios e mapas estatísticos ilustram o segundo tipo.

Podem, a exemplo dos métodos, serem enquadradas em objetivas e subjetivas. Nas objetivas, registram-se fatos ocorridos e este é o caso da medição de parâmetros antropométricos e sinais vitais; ao passo que nas técnicas subjetivas trabalha-se com o relato de pessoas baseados em suas impressões e posicionamentos, como nas entrevistas e aplicações de questionários.

Algumas são de realização bastante simples, como é o caso das reuniões de avaliação, onde são revistos fatos, buscadas explicações e tomadas medidas. Outras se revestem de maior complexidade, implicando na utilização de vários recursos, como é o caso das simulações, onde se reproduz inicialmente uma situação real mediante uma encenação. Promovem-se, em seguida, um fórum ou discussão em grupo, finalizando-se com uma nova simulação, desta feita incorporando as alterações propostas na segunda etapa⁸.

Algumas recomendações precisam ser atendidas na eleição das técnicas. Acima de tudo, devem representar a maneira mais adequada de viabilizar as pretensões do método diante das condições específicas da instituição, dos serviços de saúde e da comunidade.

Preocupação idêntica aplica-se aos instrumentos, que se constituem nos artifícios utilizados para facilitar a captação, processamento, análise e apresentação dos dados. Significam, portanto, os componentes materiais das técnicas. Sua escolha deve ser feita com base nas opções que o conhecimento científico permite e com a consciência plena de suas vantagens e limitações, o que permitirá as

necessárias adaptações evitando transtornos e desperdícios.

Certos instrumentos, como os aparelhos de captação, medida ou processamento, terão sua escolha feita de modo a produzirem o máximo de seu potencial frente à situação na qual deverão ser utilizados. Outros - e este é o caso dos instrumentos para registro e organização das informações, como os formulários, questionários e modelos de relatório - necessitam ser construídos ou adaptados em cada sistema específico, atendendo aos critérios anteriormente citados quando se discorreu acerca dos métodos e técnicas.

Cabe, em seguida, identificar a estrutura e o funcionamento do fluxo de informações do SAF, com seus tempos, suas fases e os agentes que nelas tomam parte. De um modo geral, as fases são aquelas definidas com base na metodologia científica¹⁶. Começa, portanto, pela coleta da informação, passando pela sua crítica, processamento, análise e correção dos desvios. Esta matriz geral sofrerá o necessário detalhamento de acordo com os métodos empregados por cada sistema, a política de trabalho da instituição e os recursos de que dispõe.

Também em razão destas variáveis são definidos os agentes que tomam parte em cada uma destas fases e as funções que nelas desempenham. Autores como Ramirez¹⁴², especificam a tarefa de cada elemento da equipe dentro do processo de avaliação. Ao trabalhador de campo estaria afeta a coleta de dados; aos supervisores, a crítica dos dados coletados; aos chefes de unidade, sua ordenação e análise; aos administradores do nível intermediário, a supervisão do processo e a

consolidação dos dados dos diversos serviços de sua área; aos técnicos do nível central, a análise dos resultados em função das políticas, planos e programas e aos decisores maiores, a correção dos desvios. Deve ser considerado, no entanto, que a depender dos métodos empregados e da forma como são aplicados; além dos profissionais - ocupando diversos postos na estrutura organizacional - podem tomar parte na avaliação técnicos estranhos à instituição; a clientela dos serviços e a comunidade em geral, condição que certos estudiosos consideram indispensável para que um modelo avaliativo seja considerado apropriado¹⁵⁰.

1.4.2 A AVALIAÇÃO INFORMAL

Quando se estuda a questão da avaliação informal encontram-se duas vertentes na literatura. Uma delas preocupa-se com a opinião do consumidor, dentro do processo de participação popular, na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. A outra considera tal opinião como instrumento para a avaliação dos serviços prestados, principalmente no tocante aos seus aspectos quantitativos.

A primeira linha de trabalhos considera que a avaliação informal se acha diretamente relacionada com o nível de participação popular dentro da estrutura de poder das sociedades.

Deve ser assinalado que apesar dos registros pontuais de

participação direta como prática política em algumas conjunturas históricas - o caso de certas cidades - estados da Grécia Antiga - na verdade, sempre esteve restrita à elite dirigente, o que ocorreu, principalmente, até as sociedades pré-industriais, como afirma Zakus¹⁶¹.

Ainda segundo aquele autor, durante os séculos XVIII e XIX, com a Europa Ocidental vivendo o período do iluminismo, filósofos clássicos como Rousseau, consideravam que a participação tinha três funções básicas:

- a. incrementar o valor da liberdade individual;
- b. permitir a legitimação das decisões de alcance coletivo e
- c. estimular o espírito comunitário.

Até fins do Século XIX e início do Século XX, diversos países da Europa e da América estabeleceram sistema políticos mais abertos à participação popular, alguns por via pacífica, outros pela via revolucionária. Tal processo de abertura foi bastante distendido no pós-guerra, gerando uma cultura de valorização da participação em todos os setores da vida social.

No setor saúde, este pensamento participativo tem se mostrado em descompasso com o avanço verificado em outros setores sendo forçoso admitir que só recentemente os indivíduos e os grupos dos quais participam começam a exercer um maior controle sobre a assistência a sua saúde.

Nos países desenvolvidos, notadamente a partir da década de 70, o estágio de desenvolvimento do capitalismo alterou o padrão de vida da população e seu nível de consciência política. Acarretou também modificações no quadro da assistência à saúde, com as instituições públicas contendo os custos e as clínicas e hospitais tornando-se grandes empresas. Dentro deste contexto, a opinião do consumidor começou a se fazer ouvir, cada vez mais informada, mais organizada e conseqüentemente mais forte⁹⁴. Como afirma Brownlee³⁰, "*estamos saindo da passividade para a advocacia participativa*". Passou-se a pugnar pela mudança no modelo assistencial, até então centrado no médico, para aquele que reconhece o papel do consumidor no processo de decisão acerca dos aspectos relacionados com a sua saúde^{47,90,99,103}.

No Terceiro Mundo, este processo tem se dado de forma ainda mais lenta, com a maioria dos países ainda presos aos efeitos residuais da dominação colonial e de estruturas políticas arcaicas.

O próprio crescimento do setor saúde, com sua subsequente burocratização e profissionalização, tem se constituído em desafio para o estabelecimento pela sociedade civil, via participação, de um maior controle sobre as decisões e sobre as medidas nele tomadas¹⁶¹.

É importante lembrar que, no caso brasileiro, a participação facultada à população nas ações de saúde durante a primeira metade deste século era tão somente a de colaborar com as determinações das autoridades, inicialmente sob a pressão dos guardas de higiene e

depois mediante o convencimento feito pelos educadores sanitários.

A partir dos anos 50, dentro do modelo desenvolvimentista, esta participação objetivava levar a comunidade a assumir parte de sua assistência à saúde, liberando o Estado para concentrar os investimentos nos projetos voltados para a aceleração do crescimento econômico. As idéias que orientavam esta política, coexistiram com outras que, marcadamente no início dos anos 60, pregavam uma participação baseada na conscientização política das classes subalternas e na sua interveniência direta nas grandes decisões ligadas ao desenvolvimento social e econômico⁷.

Na década de 70, os governos da América estabeleceram como meta comum a *"Saúde para todos no ano 2000"*. A atenção primária foi apontada como estratégia básica para que as comunidades passassem a ser agentes de seu próprio desenvolvimento e não beneficiários passivos da ajuda que recebem^{49, 129}.

Esta proposta governamental representou uma forma de atenuar problemas sociais, em uma fase de sérias dificuldades econômicas, e de gerar uma certa distensão nas relações entre a sociedade e os governos autoritários do período, através da abertura à participação. Obteve, no entanto, as repercussões mais variadas nos diversos países do continente.

Em alguns não significou nada além do recrutamento de agentes comunitários e a formação de Comitês Populares de Saúde, agindo em caráter meramente consultivo com relação às instituições do

setor. Em outros, motivou a implantação de Conselhos de Saúde, com poderes inclusive para administrar as relações entre a comunidade e os prestadores de serviços^{30.91.123}.

Paralelamente a esta proposta oficial, outras experiências de participação popular em saúde foram desenvolvidas por entidades como a Igreja e as universidades, dentro de uma perspectiva crítica com relação aos direitos da cidadania e aos deveres do estado^{99.148}.

Esta conjuntura, da qual participavam outros fatores ponderáveis, como o novo saber gerado a partir de uma aproximação mais efetiva entre cientistas sociais e estudiosos das questões da saúde coletiva, contribuíram para uma maior valorização da ausculta à população no que diz respeito às questões da saúde; numa visão mais crítica acerca das vantagens e limitações deste processo e numa busca mais conseguinte de meios apropriados para instrumentalizá-lo^{96.145}.

Dentro de uma perspectiva mais individualizante de recurso à opinião da clientela, os autores que advogam a importância deste expediente colocam uma série de argumentos para reforçar sua tese.

Cleary e McNeil⁴⁴ afirmam que o atestado definitivo da qualidade do cuidado é a satisfação demonstrada por aqueles que o receberam. Lembram que, se todos aceitam a comunicação com o paciente e seu envolvimento ativo como fundamentais para o diagnóstico e o tratamento, o nível de satisfação necessariamente integra o conjunto de indicadores capazes de medir a qualidade da assistência.

Ginsburg⁸⁵, por sua vez, defende a necessidade de ampliar-se a informação sobre qualidade dos serviços de saúde como instrumento para racionalização dos mesmos.

Donabedian⁶⁴, reconhece que a satisfação da clientela informa melhor sobre a relação interpessoal do que sobre os aspectos técnicos do cuidado e que certas precauções devam ser tomadas na realização desta consulta para contornar os *bias*. Não obstante, termina igualmente por afirmar que, independentemente das limitações deste recurso, deveria ele ser sempre utilizado na determinação da qualidade e no planejamento e administração dos sistemas de assistência à saúde.

Nesta mesma linha de posicionamento enquadra-se o estudo de Davis e Ware⁵³, dedicado a testar alguns argumentos importantes levantados contra a utilização da informação do consumidor, a saber:

- a. que tal informação revela mais sobre o consumidor do que sobre a qualidade do cuidado;
- b. que reflete o quanto foi feito e não o que deveria ter sido feito no processo de assistência;
- c. que difere flagrantemente do julgamento do médico acerca do que é qualidade, não tendo, portanto, nenhum respaldo técnico;
- d. que simplesmente reflete o quanto o profissional responsável pelo atendimento foi "agradável" e

e. que é influenciada por tantos fatores pessoais (idade, renda, nível de instrução, local da moradia, status de saúde, valores e expectativas) que seria impossível estabelecer o controle sobre eles de modo a identificar a importância de cada um e sua forma de atuação.

Examinando resultados de pesquisas feitas neste campo, fazem uma outra leitura acerca da questão, começando por concluir que tais fatores são os mesmos que efetivamente levam as pessoas a receberem diferentes qualidades de cuidados, além de constatarem que não foi estatisticamente comprovada uma associação significativa entre avaliações feitas por pacientes acerca de um determinado serviço e suas idades, níveis de instrução ou características étnicas.

Informam ainda que experimentos bem controlados demonstraram que as avaliações sobre qualidade técnica do cuidado não foram afetadas pelos aspectos psicossociais do atendimento. As avaliações sobre os aspectos interpessoais é que se mostraram fortemente influenciados pela importância atribuída à qualidade técnica. Aham que a propalada confusão estabelecida pelos consumidores entre a quantidade e a qualidade dos serviços recebidos, não foi suficientemente evidenciada em pesquisas feitas até o momento, estando portanto a referência a este possível fator de distorção ainda desprovida de base científica.

Quanto à divergência entre o julgamento dos técnicos e aquele emitido pelos consumidores sobre a qualidade da assistência, o

que os estudos evidenciam é um rigor muito maior dos primeiros, com relação ao que seria considerado um bom cuidado, mas uma concordância muito grande entre os dois grupos quanto ao que julgam um mau atendimento.

Concluem afirmando que o peso da evidência disponível sugere que os aspectos interpessoais da relação do paciente com o serviço não obscurecem a sua capacidade de discernir níveis de qualidade diferenciados pelos técnicos. Diante destes achados, consideram a avaliação feita pelos consumidores como fundamental para a análise dos aspectos interpessoais e, no mínimo, importante na determinação da qualidade técnica da assistência.

Contrariando esta argumentação favorável à consulta ao consumidor como um procedimento válido de controle de qualidade dos serviços prestados, encontram-se vozes como a de Climie⁴⁵ que em uma carta intitulada "*O Consumidor é Rei?*", considera que superestimar este tipo de informação pode levar a um perigoso ofuscamento do papel social do médico trazendo riscos reais à saúde da população. Lançando mão de uma analogia, interroga se viajar muitas vezes de avião habilita alguém a assumir o lugar de piloto. Arremata dizendo que concorda com a necessidade de serem os profissionais melhor habilitados no que diz respeito a sua comunicação com a clientela mas acredita que serão as melhorias de suas condições de trabalho que trarão reais incrementos na qualidade do cuidado que a população recebe.

Brownlee³⁰, por sua vez, coloca algumas dificuldades para a viabilização de uma participação popular na avaliação dos serviços de saúde. Uma delas é a manipulação política que tem havido na implementação das estratégias de consulta à população promovidas pelas instituições, ora com enfoques paternalistas, estimulando a dependência; ora com intuito de amenizar conflitos sociais; ora para alçar certos grupos ao poder e lá mantê-los. Tais condutas teriam tornado a participação uma prática inefetiva, contribuindo para o seu descrédito junto à população.

Outra ordem de problemas relaciona-se com o despreparo das equipes técnicas para lidar com a avaliação informal. Isto se deve em parte à falta de registro das experiências realizadas e de um condução mais científica das mesmas; da grande dispersão da literatura pertinente, já tão extensa e difusa; da grande carência de aperfeiçoamento e padronização dos métodos⁴⁴. Este conjunto de fatores tem dificultado a solução de grande número de problemas conceituais e operacionais que permanecem intocados. Olhando a questão desta perspectiva, Madan¹⁰⁸ comenta que a avaliação dos serviços pela população triunfou como idéia mas não como substância⁶⁶. Rivas¹²⁶ chega a afirmar que os agentes institucionais que trabalham a participação popular freqüentemente desconhecem princípios básicos acerca da estrutura e dinâmica das comunidades, cometendo erros grosseiros, como é o caso da formação de grupos artificiais, desvinculados de todo o movimento de organização popular e induzidos a centrarem suas atenções na discussão estanque das questões de saúde.

Soma-se à falta de conhecimento e de maior acesso ao mesmo, a resistência de certos decisores e planejadores em considerar este tipo de *input*. Justificam tal conduta pela morosidade, custo e qualidade da informação, preferindo elaborar políticas, planos e programas baseando-se em indicadores "confiáveis", como notifica Rifkin, citado por Brownlee¹²⁹. Neste mesmo artigo, lê-se que do ponto de vista político, a possibilidade da avaliação informal ser considerada pelas instituições é diretamente proporcional ao exercício da cidadania. Há governos, sistemas e culturas onde o nível de participação popular é bastante elevado e nestes a opinião do consumidor constitui-se numa pró-ação e não em uma reação a medidas já tomadas, o que acontece em sociedades nas quais a participação não é uma tradição.

Ressalta, no entanto, que um alto nível de participação não assegura automaticamente ao grupo social respectivo a garantia de atendimento dos seus interesses. Se assim fosse, em países como a Suécia, o controle dos serviços de saúde não estaria tão restrito à classe médica.

Sob esta ótica, considera que as chances do cidadão ter a opinião ouvida e considerada na tomada de decisões sobre sua saúde e/ou do seu grupo social, diferem em função de um conjunto de atributos que define o seu lugar na estrutura social.

Com muita frequência este direito deixa de ser exercido pela falta de tempo, dinheiro, instrução, respaldo institucional, acesso a

informações privilegiadas, espírito de representatividade e experiência para conviver entre técnicos e decisores, com seu jargão próprio e um controle muito mais amplo sobre as instituições. Tal controle transforma o consumidor freqüentemente em expectador no jogo das decisões ou, quando muito, em "atleta reserva".

Por outro lado, assinala que o nível de motivação para participar da avaliação dos serviços oscila de acordo com a conjuntura presente em determinados momentos da história das comunidades, do mesmo modo como o nível de desenvolvimento da organização popular, determinante ponderável da participação.

Apesar disto, consideram certos estudiosos que as conquistas sociais só serão obtidas mediante a participação popular, o que passa inevitavelmente pela ausculta à opinião dos consumidores dos serviços¹²⁹.

Tais consumidores, segundo McEwen, também citado por Brownlea, estão cada vez mais informados e mais desejosos de participar das questões que lhes dizem respeito. Assim sendo, sua opinião em breve terá de ser levada em conta pelos demais integrantes do processo de assistência à saúde, por mais radicais que sejam as mudanças decorrentes. Zakus¹⁶¹, por sua vez, afirma que este é o caminho para uma pedagogia democrática e que os decisores e técnicos resistentes a este movimento serão simplesmente atropelados por ele.

Flynn e Ray⁷⁵, abordando o lado ético da questão, lembram que as decisões sobre a qualidade do cuidado são por demais

importantes para serem deixadas apenas aos prestadores de serviços. Inlander e Bakus²⁴ avançam neste sentido deixando claro que na tríade formada pelos profissionais de saúde, financiadores e consumidores, só os últimos, através de uma participação informada, questionadora e crítica, podem assegurar a prestação de cuidados na quantidade, qualidade, acessibilidade e preço adequado. De outra forma, a qualidade poderá ser confundida com sofisticação técnica, em função dos interesses dos profissionais ou se tornar secundária à redução de custos, interesse dos financiadores.

Os confrontos resultantes deste jogo de interesses serão, assim, melhor explicitados, obtendo maior espaço para a negociação, como demonstrou a experiência dos Conselhos Populares de Saúde, na Nicarágua, segundo as observações de Donahue, citado por Brownlea²⁰.

1.5 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA

A Avaliação Informal tem sido encarada das mais diversas maneiras pelas instituições de saúde, havendo entre o conduta de simples indiferença e a de supervalorização, uma gama variada de posições e de proposições para seu aproveitamento, empregadas com finalidades igualmente diversas. Pesquisas de opinião, consultas a grupos organizados e até conselhos de co-gestão têm sido concebidos, atendendo interesses tais como o de obter legitimação, melhorar a

imagem do serviço, conseguir a colaboração de determinados segmentos da população, ampliar o conhecimento sobre a realidade, atingir gradiente de pressão capaz de assegurar o êxito de certas reivindicações ou ainda democratizar a administração das agências.

Desde o período preventivista, com sua ênfase na educação em saúde, tem se verificado uma tendência crescente de valorização do saber e da opinião popular⁵⁶, que deixam de ser vistos como mera curiosidade folclórica, cujo conhecimento deveria servir para o seu próprio controle⁷. A literatura recente sobre serviços de saúde destaca este ponto, com certa ênfase. Entretanto, a abundância de citações sobre sua importância contrasta com a indigência de relatos acerca de experiências concretas. No Brasil, possivelmente respondem pelo fato o baixo nível de organização da sociedade civil; a pequena ressonância da questão da participação em saúde nas camadas populares, as dificuldades de articulação entre técnicos e população, a estrutura de administração centralizada das instituições e a falta de registro adequado de muitas das experiências realizadas.

A Avaliação Formal, por seu turno, vive contradições sérias, destacando-se entre elas o estado de razoável sofisticação e complexidade de seu instrumental teórico, em contraste com o baixo nível de operacionalização e de aproveitamento dos seus resultados. A extrema centralização das etapas finais do processo, (análise e correção dos desvios) fragmentado ao longo de uma cadeia hierárquica complexa, representam para os que nele atuam (principalmente as equipes de nível local) apenas mais uma atividade burocrática, das

muitas que os níveis centrais e intermediários lhes cobram. Atividade cuja importância não conseguem perceber já que recolhem peças de um "quebra-cabeças" cuja montagem final deverá ocorrer à distância. Atividade cujo efeito não sentem até porque as mudanças, quando verificadas, parecem decorrer de mecanismos que não se baseiam nos resultados técnicos da avaliação. Informações relevantes se perdem em meio aos cálculos, reinterpretações e consolidações de dados ocorridos nos diversos elos dos fluxogramas, precariamente articulados. No nível central, por sua vez, as mudanças de orientação geram alterações e descontinuidades de seguimento. Injunções políticas e econômicas acarretam decisões que ignoram os erros e acertos detectados na avaliação.

A condução das pesquisas sobre Serviços de Saúde também enfrenta muitas dificuldades. Entre elas, avulta a natureza e a complexidade do objeto de estudo, em cuja estrutura, processo e resultado encontram-se elementos de natureza extremamente variada. Isto acarreta problemas de ordem metodológica, os quais dizem respeito à própria utilização do método científico. Parte destas limitações estão ligadas aos princípios positivistas de que se acha impregnado⁵⁷, segundo os quais a realidade se impõe ao observador, independentemente de suas convicções e posicionamentos, cabendo-lhe registrar sua ocorrência da maneira como se apresenta, dela tirando conclusões imparciais que serão acrescentadas ao acervo da ciência, na qualidade de certezas com aplicação universal. Daí a ênfase na neutralidade, no controle da subjetividade, no privilegiamento da quantificação, no

desprezo ao saber popular e no apêgo às possibilidades de generalização dos achados.

Alvarenga⁴, comentando o componente ideológico subjacente ao enfoque de risco, alerta para a aparente neutralidade de que se revestem certas propostas apresentadas como modelos puramente técnicos.

Autores como Barbosa Filho¹⁶, Demo⁵⁶ e Thiollent¹⁴⁸, também colocam em xeque a validade destas acepções principalmente no que toca ao estudo dos fenômenos sociais. Afirmam que se a tecnologia, por exemplo, é neutra enquanto puro instrumento, na verdade só existe dentro de opções históricas concretas de seu uso. Defendem que a quantidade é apenas uma dimensão da qualidade e que se constitui erro grosseiro subordinar o significado desta aos valores apresentados por aquela, passando-se a reduzir o conceito de *importante* ao *passível de mensuração*. Combatem a idéia da primazia da experiência prática sobre a formulação teórica, argumentando que ambas se complementam e se justificam. Identificam o isolamento entre saber popular e científico como algo que empobrece a ambos. Assumem que as tentativas de controlar o subjetivismo, além de ineficazes ainda o ocultam, defendendo que se torna mais fácil identificá-lo quando livremente exposto e assumido. Despreocupados com a generalização dos resultados, lembram que qualquer conclusão, a rigor, tem sua validade restrita ao objeto de estudo de onde foi gerada, o qual mantém inevitavelmente, semelhanças e diferenças com relação a outros objetos. Pontificam ainda que a realidade social possui características bem diversas

daquelas encontradas na natureza, da qual o observador pode manter um certo distanciamento e arriscar, com maior certeza, na existência de leis estáveis e universais. Espeleta e Rockwell⁷⁰ e Fry e King⁷⁸, entre outros tantos autores, acompanham esta mesma linha de pensamento.

Como sempre acontece, a crítica a um determinado método é apenas o primeiro passo no sentido de aperfeiçoá-lo. Aqui também, a construção deste novo instrumental tem se dado de forma lenta, mesmo porque além de enfrentar os problemas existentes nos métodos de pesquisa social e de pesquisa biológica, ainda se vê diante do desafio de combiná-los e de aplicá-los em uma área específica¹¹. O trabalho de Vincent et al.¹⁵³ é bastante ilustrativo no que diz respeito às dificuldades metodológicas que podem interferir em estudos desta natureza.

Uma outra ordem de problemas diz respeito àqueles ligados às condições de operacionalização das pesquisas. Em países como o Brasil, inexistente uma política de investigação dos serviços de saúde, articulada com uma política global de saúde. Tal política criaria uma infraestrutura, definiria prioridades, asseguraria recursos e promoveria a articulação dos esforços dispendidos pelos diversos órgãos interessados. A necessidade deste instrumento disciplinador, apoiador e catalisador é tanto maior quanto mais complexos se tornam os sistemas de saúde.

Em virtude destas dificuldades é que o número de pesquisas

na área de saúde, embora venha aumentando, nas últimas décadas, ainda se mostra incipiente e com destacada predominância dos estudos biologicistas. As pesquisas dirigidas ao estudo da administração dos serviços de saúde e à participação da comunidade nos mesmos, figuram entre aquelas menos realizadas, estando seu interesse circunscrito aos Centros Educacionais¹¹⁷.

Em síntese, parece bastante evidente a necessidade de incrementar as pesquisas sobre serviços de saúde. Peña e Gomez¹²² reputam como vital a expansão deste campo de conhecimento. Para eles, esta é a única maneira de aperfeiçoar as propostas metodológicas e de criar o embasamento científico para as análises críticas acerca do modelo assistencial que temos, além de subsidiar os projetos para construção daquele que queremos.

Seria reduzida, desta forma, a distância existente com relação aos países desenvolvidos, no que diz respeito ao conhecimento e utilização de métodos e técnicas mais diversificadas e refinadas; à criação de novos instrumentos e à adaptação daqueles já existentes.

O estudo realizado por um Grupo de Trabalho sobre Pesquisa de Serviços de Saúde da O.M.S.¹⁵⁸ destaca problemas como a insuficiência de informação; a falta de pessoal treinado e experiente; os problemas de estrutura, funcionamento e articulação interinstitucional. Define, também, lacunas a serem preenchidas e possíveis trajetos a serem traçados na montagem das pesquisas.

Detecta-se como um aspecto a merecer discussão a falta de

quadros referenciais teóricos que partam da análise e possível síntese de metodologias que têm convivido de forma isolada e até exclusiva, como é o caso dos métodos predominantemente objetivos e daqueles que privilegiam a informação de natureza subjetiva.

As possibilidades de se complementarem, reunindo suas vantagens e atenuando suas falhas, apresenta-se como um campo aberto à pesquisa. A relevância destes esforços ligam-se, entre outras coisas, à necessidade de fornecer aos planejadores e administradores, subsídios para a montagem, redirecionamento e operação de sistemas de avaliação. Estes sistemas deverão ser capazes de atender às demandas por informação criada pelo novo sistema de saúde, pautado em diretrizes tais como a transparência da gestão financeira, a racionalidade na prestação dos serviços e o acompanhamento do desempenho dos mesmos, pela população²⁶. Se considerarmos que todos estes desafios serão, a partir de agora, enfrentados a nível do município, principal gestor do sistema e encarregado diretamente de sua operação, levantaremos uma preocupação a mais que é o direcionamento de tais pesquisas para a geração de modelos capazes de serem utilizados por equipes sem formação especializada em planejamento e administração e, muito menos, em metodologias avaliativas, como defende Bamysaie¹⁴.

No que toca à avaliação informal, o contraste entre a grande valorização atribuída - inclusive nas políticas oficiais - à questão da participação do consumidor nos serviços de saúde e a intensa polemização acerca de sua prática, já é motivo suficiente para a

implementação de estudos buscando o esclarecimento dos pontos divergentes. Entre eles destacam-se a importância que este tipo de avaliação desfruta ou poderia desfrutar na condução do trabalho da instituição, a conveniência e as contra-indicações para o seu aproveitamento, os fatores que interferem na emissão das opiniões, seus pontos de aproximação e distanciamento com relação à avaliação formal e o modo de convivência entre ambas.

1.6 OBJETIVOS

A partir deste quadro, considerou-se oportuna a construção de um modelo descritivo para sistemas de avaliação que privilegie não apenas seus *input*, processos e *output*, mas que leve em conta os fatores políticos, sócio-econômicos e culturais, componentes do ambiente, no qual se acham imersos e com os quais interagem continuamente. Esta modificação do esquema clássico de Donabedian é defendida por autores como Flynn e Ray⁷⁵, que procederam a sua adaptação, argumentando tratar-se de uma adequação fundamental para que se possa aplicá-lo ao estudo da assistência à saúde coletiva.

Tais fatores serão abordados dentro de uma perspectiva histórica, sob pena de perderem grande parte do seu potencial explicativo. Parte-se, portanto, do pressuposto firmado por Espeleta e Rockwell⁷⁰ quando criticam as análises sistêmicas convencionais, de

que ao perderem o sentido evolutivo da realidade, perdem o sentido do movimento social correspondente.

Como o estudo não pretendeu limitar-se a uma proposição de base puramente teórica, buscou-se aplicar o referido modelo a uma realidade concreta, o que se constituiu em teste de sua adequação, capaz de confirmar seus méritos e pôr em evidência suas falhas. Assinala Barbosa¹⁶, ao discutir a relação entre o fato e a teoria, que se esta oferece um sistema de conceitos, resume o conhecimento, identifica suas lacunas e prevê os fatos; são eles que, na verdade, incitam a teoria, podendo reformulá-la, rejeitá-la, redefiní-la ou esclarecê-la.

Sendo critério fundamental para a avaliação de um modelo descritivo sua capacidade de subsidiar análises e que é, exatamente neste ponto, que as diversas abordagens metodológicas divergem com maior intensidade, foram estabelecidos marcos referenciais cabíveis nesta fase. Tanto em trabalhos teóricos como os de Donabedian^{61,62,63} e Fry e King⁷⁸, quanto em trabalhos experimentais, como os de Sasaki¹³⁴ e Gustafson⁸⁷, constata-se a interferência na qualidade dos serviços de saúde e na avaliação que deles é feita, de fatores com natureza tão diversificada que não podem ser devidamente identificados e entendidos a partir de um único referencial de análise.

Assim, procurou-se compreender o sistema de avaliação formal da instituição, a partir de suas coincidências e contradições relativas aos seguintes aspectos:

- recomendações técnicas, contidas na literatura e que representam o conhecimento acumulado sobre o assunto, constituindo-se no marco técnico;
- valores, hábitos e costumes vigentes na instituição com relação à avaliação, o que representa o marco da cultura organizacional, apontado por autores, como Weil e Lapassade¹⁰¹ como a base ideológica para a ação;
- conhecimentos, atitudes e práticas acerca da avaliação, demonstrados pelos diversos atores diretamente engajados no sistema o que inclui os funcionários do nível central e local bem como a clientela dos serviços, cujas diferenças de percepções e de interesses são amplamente pontuadas na literatura sobre o assunto;
- finalidades, diretrizes e estratégias oficiais e não oficiais, o que constitui o marco da política institucional, à qual se acha estreitamente vinculado o sistema de avaliação; bem como as condições estruturais da instituição definidas pelos recursos de que dispõe e pela ordenação que aos mesmos é dada em termos formais e informais, determinante das formas e conteúdos assumidos pelas diversas atividades, entre elas a avaliação, como afirma Salgado¹²³, entre outros autores.

Constituiu-se ainda em objetivo do estudo, captar a avaliação informal sobre os serviços de saúde, feitas por aqueles

mesmos atores, identificando seus julgamentos acerca da qualidade dos serviços prestados; os critérios que utilizam para estes julgamentos; os fatores apontados como responsáveis pelo nível de desempenho atribuído, as soluções que vislumbram para os problemas e a participação que consideram ter no encaminhamento das mesmas.

Com base nesta descrição, foram analisados os consensos e as divergências nas opiniões emitidas verificando-se a relação que mantêm com a posição ocupada pelo respondente na estrutura e no processo de prestação dos serviços; com o seu tempo de vinculação ao sistema e com o tipo de formação e de experiência anterior em relação à assistência à saúde. Tais características não têm sido estudadas nas pesquisas que utilizam este tipo de abordagem, apesar de estarem intimamente associadas à questão das relações de poder, dentro da instituição e dela com o seu ambiente.

2. D E S E N V O L U I M E N T O

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

2.1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PESQUISA

Em seu relatório final, o Grupo de Trabalho da O.M.S. sobre Pesquisa dos Serviços de Saúde¹⁵⁸ conceitua este campo de estudo como um grupo de atividades que objetiva a geração de informação e a aplicação de conhecimento científico com vistas a promover uma atenção de saúde mais efetiva, eficiente e equilibrada para a população. Dando o devido relevo às dimensões sociais, epidemiológicas, econômicas, legais, operacionais, teóricas e políticas, busca contribuir para a melhoria do planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde.

Frenk et al.⁷⁷, propondo um modelo conceitual para a pesquisa em saúde, apresentam uma tipologia para o enquadramento de suas diferentes variedades, sintetizada no QUADRO I.

De acordo com este modelo, o presente estudo teria como perspectiva de análise a saúde coletiva e como objeto da mesma, a prestação de serviços e não as condições de saúde de uma população, podendo ser classificada, portanto, como uma pesquisa sobre sistemas de saúde.

QUADRO I - TIPOS DE PESQUISA EM SAÚDE

NIVEL DE ANALISE	OBJETO DE ANALISE	
	CONDICÖES	RESPOSTAS
INDIVIDUAL	PESQUISA BIOMEDICA	PESQUISA CLINICA
COLETIVA	PESQUISA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE	PESQUISA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

FONTE: Frenk, J. et al. A conceptual model for public health research⁷⁷

Avançando em seu esforço para caracterização dos diferentes tipos de pesquisa agora já no campo da saúde pública, apresentam uma matriz tridimensional (Figura 2), segundo a qual a categoria do estudo seria definida pelos seus objetivos metodológicos, pelo aspecto específico do sistema de prestação que tem como alvo e pela área do conhecimento na qual se inscreve.

Utilizando tal matriz, é possível concluir que a presente pesquisa se acha predominantemente inserida na área das ciências administrativas, voltando-se para questões ligadas à utilização dos serviços, procurando contribuir para o desenvolvimento metodológico.

FIGURA 2 - MATRIZ TRI-DIMENSIONAL DE MÓDULOS DE PESQUISA EM
SÁUDE PÚBLICA

2.1.2 JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DA METODOLOGIA

O que se depreende dos objetivos é que se pretende um inquérito empírico, capaz de investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real de vida, esclarecendo as relações entre ambos e precisando, para tanto, utilizar múltiplas fontes de evidência.

Assim sendo, a utilização exclusiva dos métodos experimentais não seria indicada, tendo em vista que neles o fenômeno é isolado do seus contexto para que possa ser devidamente controlado.

Mesmo um *survey* teria capacidade limitada para investigar este tipo de contexto, tendo em vista impôr uma restrição do número de variáveis em função mesmo do número de respondentes que se pode inquirir^{95,136}.

O recurso à Pesquisa Histórica, por sua vez, só em parte atenderia os objetivos aos quais se propõe a pesquisa; do mesmo modo que outras metodologias, como a Análise Institucional ou a Etnografia^{70,134}.

O Estudo de Caso pareceu uma metodologia adequada pela sua capacidade para explicar relações causais em intervenções na vida real, descrevendo o contexto no qual tais ações podem ocorrer, explorando situações nas quais as intervenções que estão sendo estudadas não apresentam resultados claros¹⁴⁰.

Permite, no seu desenvolvimento, o recurso a técnicas e fontes de evidência propostas pelos vários métodos, como a compilação documental, a análise do discurso, a entrevista e a observação direta, sem requerer o seguimento rigoroso de alguns requisitos que inviabilizariam do ponto de vista técnico e financeiro, certas modalidades metodológicas como a aplicação das técnicas de Histórias de Vida⁹⁸ ou da Pesquisa Participante¹⁵⁴.

Por estas razões, tem sido usado com frequência em pesquisas na área de planejamento e administração, principalmente naquelas condições nas quais o que se busca não é a "certeza" proporcionada pela frequência dos achados, mas a possibilidade de obter generalizações teóricas a partir de situações consideradas típicas¹⁶⁰.

Foi utilizado como texto básico, em termos de orientação metodológica, o livro de Yin¹⁶⁰, considerado uma das obras mais completas e atuais sobre o assunto.

Trata-se de um estudo de caso único, integrado por duas grandes sub-unidades: a estrutura formal e a estrutura informal da avaliação, privilegiando, dentro de cada uma, as informações coletadas a partir dos funcionários da instituição e da clientela dos serviços.

No relato da pesquisa, foi seguida a estrutura analítica linear, na qual os sub-tópicos correspondem a cada uma das citadas sub-unidades da pesquisa, com a descrição e análise respectiva bem como as conclusões parciais, dedicando-se um item para a discussão integrativa.

Na organização seqüencial do relato empregou-se como referencial o trabalho de Robert Day⁵⁴, recomendado pela Oficina Sanitária Panamericana que o traduziu para o espanhol e o publicou em seu Boletim.

2.1.3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA

O Decreto 76.973/75¹³⁰, em seu artigo 6º, enquadra na categoria de Serviços de Saúde os hospitais, postos, casas-de-saúde, consultórios, clínicas em geral e unidades médico-sanitárias, entre outros. Singer et al.¹³⁹ ampliam a abrangência do conceito argumentando que também integram o sistema as faculdades, associações de classe, conselhos profissionais e órgãos especializados da administração pública. Reconhecem ainda que, a rigor, caberiam dentro da designação elementos tão díspares quanto os agentes da "medicina" empírico-mística, as empresas produtoras de insumos para o setor, os serviços complementares de diagnóstico e tratamento e aqueles que atuam no campo do saneamento.

Numa primeira tentativa de delimitar o nosso objeto de estudo, optou-se por concentrar a atenção nos serviços que desenvolvem atividades finais, entendidas como as que visam a consecução imediata da promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; e que estão situados, em termos organizacionais, no chamado nível técnico-operacional¹³,

definido como aquele no qual se presta o atendimento à clientela. Tal opção se justifica pelo interesse em identificar a opinião acerca do desempenho dos serviços de saúde, manifestados por indivíduos e grupos cuja experiência se relaciona diretamente com o chamado nível local. As atividades-meio, dentro desta perspectiva, ganham sentido na medida em que prestam suporte para o desenvolvimento das atividades-fins, nelas inserindo-se.

Dando continuidade ao esforço de delimitação, situou-se no horizonte de estudos apenas os serviços de saúde que agem sobre os indivíduos, usando a classificação empregada por Seixas¹³⁷, descartando portanto aqueles que atuam sobre o meio ambiente. Embora não se estivesse alheio à importância dos organismos que lidam com as atividades de saneamento, inclui-los neste estudo nos levaria ao confronto com dificuldades de considerável monta. Por um lado, embora ganhássemos em abrangência, provavelmente perderíamos em especificidade, condição preliminar para a realização de um estudo que se propõe ao aprofundamento de questões específicas. Acresce ainda que as características próprias dos serviços de saneamento e de suas relações com as populações às quais servem, haveriam de requerer, para a construção e condução de uma metodologia adequada, conhecimentos e experiências que não são as nossas.

Razões semelhantes nos levaram a enfocar tão somente os serviços que exercem a chamada *prática científica* uma vez que a abordagem do Sistema Informal de Saúde¹³⁷ implicaria no manejo de métodos e técnicas das ciências sociais, em um nível que haveria de

requerer a co-autoria de especialistas daquelas áreas. Além disso, a presente pesquisa ao se enquadrar na área de planejamento de serviços de saúde, busca fornecer subsídios para o equacionamento de problemas relacionados com agências formalmente organizadas.

Por ser, enfim, um trabalho circunscrito ao campo da saúde pública, direciona-se para serviços que atuam dentro de uma perspectiva sanitária, caracterizada pelo enfoque coletivo, pela combinação de medidas preventivas e curativas e pelo desenvolvimento de ações planejadas²⁷. Mais que isso: buscando inserir-se no âmbito das preocupações prioritárias da Saúde Pública, como a extensão da cobertura e a ênfase na integração das redes, na atenção primária e na municipalização, optou pela escolha de uma instituição pública, responsável por uma rede de serviços que inclui unidades de atenção primária, com atividades dirigidas a um enfoque médico-sanitário. Tal enfoque pressupõe uma atuação preventiva e curativa, voltada para os problemas de saúde de ocorrência mais frequente em uma população circunscrita a uma área geográfica bem definida. A esses critérios foram adicionados outros de igual importância para as finalidades às quais se propõe o estudo, quais sejam a existência de uma estrutura organizacional que delimitasse precisamente a composição e funcionamento dos níveis centrais e locais e de um sistema formalizado de avaliação dos serviços.

Foram ainda considerados critérios relativos à facilitação operacional, o que implica na aceitação, pelos dirigentes, da realização da pesquisa e na viabilidade para deslocamentos na área de

atuação da instituição, bem como no conhecimento da mesma pelo autor.

Dentro destas características se enquadrava a Secretaria Municipal de Saúde de Olinda, Pernambuco, mantenedora, na época, de uma rede composta de 13 unidades periféricas, com características de serviços básicos e de uma unidade central, destinada a fornecer-lhes a devida retaguarda. Estava o conjunto articulado às Ações Integradas de Saúde¹³⁶, havendo um projeto de regionalização e hierarquização sendo implementado e um Conselho Municipal de Saúde criado por lei. O Município situa-se na Região Metropolitana do Recife, área na qual reside e trabalha o pesquisador (Anexos 1 e 2).

Procurou-se limitar o número de serviços a serem observados, sob pena de resultar inviável a tentativa de uma análise em profundidade, na qual se fez opção por instrumentos e técnicas não voltados - e portanto limitados - para a investigação de universos compostos de um grande número de unidades de estudo. Além disso, em trabalhos desta natureza o conceito de significância não se prende à frequência com que os eventos se repetem mas aos detalhes que os qualificam.

Com base na literatura consultada, nas discussões com pesquisadores que trabalham nesta área e em pesquisa exploratória realizada junto a profissionais e clientes de um serviço municipal de saúde, foram definidos os critérios a serem empregados para a seleção do conjunto dos serviços a pesquisar. Tal conjunto deveria ser formado por unidades que possuissem graus diferentes de complexidade quanto ao

elenco de atividades desenvolvidas e quanto à composição de sua equipe. Deveriam também estar situados a distâncias geográficas variáveis do núcleo central de planejamento e administração da instituição e, por fim, estar inseridos em comunidades com diferentes níveis de organização e desenvolvimento social.

A partir destas considerações, foram selecionados os seguintes serviços:

1. Centro de Saúde de Feixinhos

Unidade que servia de referência para toda a área II de Saúde, oferecendo os serviços de consulta médica em pediatria, toco-ginecologia, clínica médica e psiquiatria, além de vacinação, curativos e injeções, atendimento odontológico, suplementação alimentar e exames de laboratório. Funcionavam ainda na Unidade o laboratório de produção de fitoterápicos e o grupo de auto-cuidado formado por pacientes diabéticos.

Situa-se a uma distância aproximada de 2 Km da sede da Secretaria de Saúde e localiza-se em meio a um bairro de classe social baixa e média-baixa, sendo um entroncamento viário que dá acesso a outros bairros do Recife e de Olinda. Possui comércio local bem desenvolvido, ruas principais calçadas mas em precário estado de conservação e limpeza.

Existem várias entidades que congregam segmentos da população, mas nenhuma com representatividade e força política, o

que se deve ao fato do bairro se achar num processo de grande expansão comportando, na verdade, vários bairros menores.

2. Centro de Saúde de Passarinho

Unidade localizada na área I, tendo como referência o Centro de Saúde de Aguas Compridas. Possuía um médico generalista, uma atendente de enfermagem que apenas realizava curativos e aplicava injeções e uma escriturária que organizava o atendimento. O serviço foi criado por iniciativa de um vereador que a princípio o mantinha e posteriormente solicitou à Prefeitura que assumisse o pagamento da equipe e o fornecimento de material. Achava-se em construção, nas proximidades, uma nova unidade, para onde a Secretaria de Saúde deveria transferi-lo. Distava 8 Km da Secretaria de Saúde.

Situava-se na área mais problemática do Município, cujo processo de ocupação está vinculado à instalação de migrantes, na periferia da Capital. O relevo é acidentado, a infra-estrutura de serviços era bastante deficiente, a densidade demográfica, elevada e os indicadores de saúde, os mais precários de Olinda.

As entidades representativas não vinham desenvolvendo nenhum trabalho efetivo no que diz respeito às questões de saúde, estando concentradas em problemas como a legalização da posse da terra e a falta de obras de urbanização, incluindo a defesa contra os desabamentos durante o inverno.

3. Centro de Saúde da Base Rural

Situado na área III, possuía um médico generalista e uma atendente, prestando os mesmos serviços do centro de saúde citado anteriormente. Funcionava numa construção de taipa, desprovida de instalações hidráulicas e de energia elétrica a qual ainda abrigava, em cômodos separados, uma escola de 1º grau e o projeto de apoio ao agricultor. A sementeira que abastece de matéria prima o projeto de fitoterapia encontrava-se nesta área.

Estava localizado numa zona de características rurais, com população dispersa, entregue à agricultura e pecuária em sua maioria. Embora existam algumas residências com bom padrão de construção, em granjas pertencentes a famílias que as utilizam para lazer nos finais de semana, a população em geral vive em condições de grande pobreza, tendo que caminhar longas distâncias para ter acesso a quaisquer serviços. Tal acesso torna-se ainda mais dificultado durante o período chuvoso.

Inexistiam grupos organizados e as únicas reuniões com habitantes do local eram aquelas realizadas pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Olinda e Paulista. Distava 4 Km da sede da Secretaria de Saúde.

4. Posto de Saúde da Vila Esperança

Unidade situada na área IV, funcionava apenas com dois atendentes, oferecendo exclusivamente serviços de curativos e

aplicação de injeções. Localiza-se em área invadida por favelados há alguns anos, na encosta de uma das colinas pertencentes ao Sítio Histórico do Município.

Possuía uma estrutura de urbanização extremamente precária, tendo alguns serviços instalados por instituições assistenciais, como a igreja, a L.B.A. e a Fundação Casa das Crianças de Olinda, em conjunto com a população.

A comunidade tinha uma história antiga de lutas por melhorias do bairro e entidades combativas, destacando-se o Clube de Mães, responsável pela administração da creche local. Situava-se a 3 Km da sede da Secretaria de Saúde.

2.1.4 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Os critérios estabelecidos para a seleção dos integrantes do nível central da instituição a serem entrevistados, levaram a incluir neste grupo os responsáveis pelas decisões administrativas de interesse direto para o desenvolvimento das atividades fins, além dos participantes do processo de Avaliação Formal.

Assim, foram selecionados o Secretário de Saúde; Diretores de Departamentos; os Chefes da Assessoria de Planejamento e das Divisões de Ações Básicas de Saúde e de Epidemiologia; os Supervisores

e os Coordenadores das áreas de saúde nas quais se achava o Município dividido.

No que diz respeito às equipes locais de saúde, foram escolhidos para entrevista em cada unidade selecionada, os médicos, odontólogos e atendentes e, na unidade maior, o funcionário encarregado da coordenação administrativa, uma vez que os serviços não tinham chefia. Foram excluídos os servidores contratados há menos de um ano.

Para a escolha dos clientes, procedeu-se inicialmente ao levantamento, no fichário de cada unidade, dos usuários que tinham pelo menos um registro de comparecimento ao serviço nos últimos 12 meses. Somadas as fichas assim levantadas nas quatro unidades, obtiveram-se os percentuais que cada unidade representava no total.

Levando em consideração o número de questões do formulário de entrevistas e o fato de serem questões abertas a partir das quais os entrevistados seriam estimulados a detalhar e aprofundar suas respostas, bem como o tempo e o esforço demandado para a análise deste material, foi arbitrado em 120 o número de entrevistas a realizar, distribuindo-se as mesmas entre os clientes das quatro unidades em função do número de matriculados nas mesmas.

Tal procedimento indicou um número de entrevistas muito reduzido para as unidades menores, levando-se em consideração a quantidade de variáveis independentes questionadas no instrumento de coleta dos dados. Por esta razão foram aqueles números alterados,

estando todo o processo de definição quantitativa sumarizado no Quadro II.

A escolha das fichas dos clientes entrevistados seguiu o critério segundo o qual deveria se contar com frequentadores das diversas atividades desenvolvidas em cada uma das unidades sendo estabelecido como frequência mínima três atendimentos naquela atividade no último ano para que as opiniões fôsem consideradas.

Mediante sorteios sucessivos no fichário, obteve-se a lista de clientes a entrevistar de acordo com os critérios já citados. Clientes com residência não localizada, que já haviam mudado de endereço ou que não se achavam disponíveis para a entrevista por quaisquer motivos, foram substituídos mediante o mesmo procedimento de sorteio.

QUADRO II - NÚMERO DE CLIENTES SELECIONADOS PARA ENTREVISTA POR UNIDADE DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A RESPECTIVA DEMANDA

UNIDADES	Nº DE CLIENTES COM FREQUENCIA EFETIVA	%	Nº PROPOR- CIONAL DE ENTREVISTADOS	Nº AJUSTADO DE ENTREVISTADOS
C.S. de Peixinhos	4.085	66	79	65
C.S. de Passarinhd	1.403	23	28	25
C.S. da Vila Espe- rança	357	06	07	15
P.S. da Base Rural	286	05	06	15
TOTAL	6.131	100	120	120

2.1.5 DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS E DOS INSTRUMENTOS

A primeira etapa da pesquisa foi eminentemente bibliográfica, correspondendo a uma revisão da literatura acerca da pesquisa de serviços de saúde e, especificamente, acerca da Avaliação dos Serviços de Saúde, seguindo as recomendações técnicas pertinentes, tendo sido determinados os seguintes tópicos para o estudo:

- Conceitos
- Finalidades e Importância
- Evolução Histórica
- Aspectos Metodológicos
 - Bases Gerais
 - Metodologias Disponíveis
 - Dificuldades
 - Críticas aos Métodos
- Participação do Consumidor em Saúde
 - Aspectos Conceituais
 - Aspectos Empíricos
 - Dificuldades
 - Estágio Atual das Experiências

Ao final desta etapa, foi elaborado o roteiro descritivo a ser aplicado ao sistema formal de avaliação pesquisado e construído o respectivo referencial de análise.

Com base no referido roteiro procedemos ao levantamento dos aspectos históricos e administrativos da Instituição, como um todo, e de suas unidades, em particular, contemplando os seguintes tópicos:

- condições que determinaram a sua instalação;
- modificações significativas na sua estrutura e funcionamento;
- acontecimentos marcantes ocorridos na comunidade e dos quais a instituição e/ou as unidades participaram;
- bases legais para a sua existência;
- estrutura organizacional atual;
- aporte e distribuição de recursos;
- rotina de funcionamento;
- políticas, planos e programas.

Destaque especial foi dado ao sistema de avaliação, que teve descrita sua estrutura (agentes, métodos, materiais utilizados, fluxos), seu processo e seus resultados em função do modelo oficial previsto. Para isto se recorreu à Recompilação Documental, reunindo-se e examinando-se leis, regimentos, planos e relatórios.

No segundo momento, passou-se ao acompanhamento do desempenho do sistema de avaliação, observando-se a rotina de coleta, processamento e análise dos dados, a nível local e a nível central da

instituição.

Na etapa seguinte procurou-se identificar qual o grau de conhecimento e de aprovação manifestado pelos integrantes da instituição (a níveis central e local) e pela clientela, acerca do sistema formal de avaliação.

A avaliação informal feita por estas pessoas, acerca do desempenho dos serviços selecionados, foi também registrada, utilizando-se a técnica de entrevista não estruturada segundo os roteiros constantes dos Anexos 3 e 4. Os funcionários da instituição foram entrevistados em seus locais de trabalho enquanto que os clientes o foram em suas residências. O registro das informações fornecidas foi feito com o auxílio de gravador.

Finalmente passou-se a uma análise das duas formas de avaliação procurando-se verificar as características de cada uma bem como sua capacidade de descrever e explicar os acertos e falhas relativos ao desempenho dos serviços; assim como as possibilidades de articulação entre ambas.

A pesquisa foi realizada entre 1988 e 1991, estando a descrição de suas etapas sumarizadas no cronograma (Anexo 5)

2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.2.1 SITUAÇÃO POLITICA E ADMINISTRATIVA DA INSTITUIÇÃO NO MOMENTO DA PESQUISA

Na década de 70, o setor saúde ganhou uma pasta específica dentro da estrutura administrativa do Governo Municipal de Olinda com a criação da Secretaria de Saúde e Assistência Social, organizada a partir da antiga Diretoria de Saúde.

Até 1978 sua atuação limitou-se ao atendimento de urgência, através do Serviço de Pronto Socorro: à assistência médica e odontológica prestada em ambulatórios controlados pelo Departamento de Medicina Assistencial e por campanhas dirigidas principalmente às escolas municipais e coordenadas por um Departamento de Medicina Preventiva.

Naquele ano, em função de convênio firmado com a Previdência, tem início um processo de fortalecimento da capacidade instalada, com ampliação, reforma e reequipamento da rede. O quadro de pessoal passa por substancial aumento e diversificação, expandindo-se o contingente de nível universitário. O atendimento é normatizado, havendo definição de metas e sistematização das ações preventivas. O novo organograma possuía duas divisões como responsáveis pelo gerenciamento das atividades-fins: uma de Pronto Socorro e Ambulatório

Central e outra de Ambulatórios Periféricos.

Sob a influência do movimento sanitário, que pregava, a nível nacional, profundas mudanças no encaminhamento das questões de saúde do país, e aproveitando o clima de reforma política e administrativa ensejado pelo então prefeito, um grupo de jovens profissionais, que atuava a nível central, começou a articular-se com o objetivo de transformar a Secretaria em um órgão capaz de dar resposta efetiva aos problemas de saúde do Município e de se impôr às demais instituições do setor como coordenador de um trabalho conjunto.

Em 1981/1982, entendendo que as conquistas até então alcançadas bem como as perspectivas de avanço passaram a ser ameaçadas pelas administrações que assumiram nessa época o comando da Secretaria, entraram os integrantes do grupo em confronto com as mesmas. A repressão conseguinte levou-os a serem deslocados para as unidades de saúde, a se transferirem para outras Secretarias ou a resistirem veladamente. O movimento, no entanto, continuou coeso, recebeu mais adesões e se tornou politicamente forte passando, inclusive, a ser consultado pelo Prefeito para a tomada de decisões importantes.

Em 1983, com o início de uma nova gestão na Prefeitura, o grupo ascendeu finalmente ao comando da Secretaria sendo nomeado para a direção da pasta um dos seus líderes, o médico Carl Roichmann.

Dentro do projeto de instrumentalização do órgão para exercer o comando do Sistema Municipal de Saúde, tiveram início as

modificações estruturais, os esforços para a captação de recursos em todas as esferas de governo e a busca de ampliação do reforço político dentro e fora do âmbito do Município.

Assistida pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC), então ligado à Universidade Federal de Pernambuco, a equipe construiu um novo organograma, concebido de acordo com o modelo dos níveis de atenção, e publicou um documento de política intitulado *Saúde, Caminhos a Seguir*. Nele foram delineadas prioridades, diretrizes e estratégias que coincidiam com os postulados da Reforma Sanitária: participação comunitária, racionalização da máquina administrativa, municipalização e regionalização dos serviços.

Do Projeto Periurbano e do Programa de Ações Integradas de Saúde, foram obtidas verbas para reformas e construções de unidades de saúde cujo número praticamente duplicou de 1980 para 1988.

Em colegiados como a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o Secretário não só marcou presença efetiva como se colocou entre as lideranças.

O organograma proposto em 1988 (Figura 3) demonstra o aumento de complexidade que a Secretaria experimentou nos anos recentes. O rigor na seleção dos novos funcionários e o investimento de recursos materiais e humanos para a montagem de um adequado sistema de supervisão, atestam a tentativa de imprimir seriedade e eficácia aos serviços prestados. O trabalho desenvolvido para que a

participação comunitária na gestão dos serviços fosse assegurada por lei municipal, indica até onde chegava a intenção de consolidar os progressos alcançados, mediante a intervenção do próprio usuário no processo.

A percepção que se tinha da instituição, na época, era de que a etapa de reforma estrutural se achava bastante avançada e que a crítica interna apontava para a necessidade de ajustes neste crescimento a fim de se obter melhoria substancial nos processos e, conseqüentemente, nos resultados.

O momento vivido pela instituição era de profundas modificações. As grandes transformações propostas no sistema de saúde do país tinham, então, em Olinda, um laboratório de testes quanto a sua viabilização, haja visto o engajamento concreto das autoridades de Saúde do Estado e do Município na sua execução. Além disso, as alterações que a direção da Secretaria de Saúde se propunha operar ultrapassavam a simples reforma na administração do órgão, a qual já alcançava desde a formação e controle dos recursos humanos até a descentralização de decisões tradicionalmente privativas da cúpula do órgão. A análise dos documentos e do discurso verbal dos técnicos de nível central bem como a observação do dia-a-dia dos serviços apontavam para um empreendimento mais ambicioso, objetivando uma transformação do saber e da prática dos profissionais, de modo a rotinizar, por exemplo, a conscientização popular e a utilização de terapias alternativas.

MARIA DE SAUDE
1988

AVALIAÇÃO FORMAL E INFORMAL DOS SERVIÇOS

FIGURA 3 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE

Um projeto de tal magnitude, desenvolvido por um órgão público cujas medidas de fortalecimento ainda se achavam dependentes de instituições nacionais e que tinha como alvo uma população de 350.000 habitantes, bastante heterogênea em todos os aspectos, só poderia cursar em meio a um clima de redefinições, discussões, confrontos, alianças, avanços, recuos e ajustes de curso, vividos pelos administradores, técnicos, políticos, usuários e demais atores nele envolvidos.

2.2.2 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL (SAF) - ESTUDO DESCRITIVO

2.2.2.1 SÍNTESE EVOLUTIVA

A análise dos organogramas da instituição demonstra que a Secretaria conta, desde os seus primórdios, com órgãos encarregados de proceder à avaliação.

Assim, já em sua fundação possuía na estrutura organizacional, uma assessoria de planejamento e coordenação. Além disso, entre as atribuições do Departamento de Medicina Preventiva estava a de reunir e apreciar dados epidemiológicos.

Com a reforma administrativa empreendida em 1978, as atividades de avaliação ficaram distribuídas em duas divisões: a de Epidemiologia e Estatística e a de Estudos e Projetos, ambas

pertencentes ao Departamento de Assistência Médica.

No organograma aprovado em 1983, já dentro da perspectiva das extensas e profundas mudanças que a instituição viria a sofrer nos anos seguintes, aqueles órgãos foram abolidos mas tiveram suas atividades concentradas no Centro de Estudos e Treinamento. Entre as diretrizes propostas no documento *Saúde, Caminhos a Seguir*¹³, publicado no ano seguinte, a preocupação com a importância de avaliar é claramente identificável. No item referente à Estrutura Administrativa está prevista a montagem de "um sistema de informação capaz de assegurar ao nível central a consolidação e o acompanhamento de suas ações". E mais adiante: "Buscar junto ao IBGE, cartórios e outros órgãos, dados sobre a realidade sócio-econômica e de saúde da população".

O que existia até então de registro sistemático de dados limitava-se apenas à comprovação de serviços realizados com vistas ao recebimento da verba oriunda do convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A implantação de um sistema de avaliação começou em 1984, com a designação de uma sanitarista para tal finalidade. Em 1986, as atividades de planejamento e avaliação desmembraram-se do Centro de Estudos e Treinamento, criando-se a Assessoria de Planejamento (AP). No organograma proposto em 1988, este órgão passou a vincular-se diretamente ao Secretário, em caráter oficial, contando com as coordenações de Informação em Saúde e de Programação, Avaliação e

Desenvolvimento Organizacional.

A Epidemiologia, outro setor ao qual também se acham afetas a coleta e análise de dados relativos ao desempenho, passou igualmente a constituir-se numa divisão específica.

Além disso, a equipe de profissionais encarregada da supervisão - importante instrumento de avaliação - foi ampliada, passando a Divisão de Ações Básicas de Saúde a contar com um médico, um odontólogo e enfermeiras responsáveis pela coordenação de cada uma das áreas em que foi o Município dividido.

As três instâncias referidas, identificadas como aquelas mais diretamente envolvidas com a avaliação do desempenho dos serviços, o faziam com total independência possuindo agentes, materiais e esquemas próprios de trabalho. Não havia uma articulação entre elas capaz de centralizar ou de intercambiar as informações de modo eficaz, o que se verá nos itens seguintes, onde se abordam a estrutura, o processo e os resultados do trabalho realizado em cada uma.

2.2.2.2 A ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO

A Assessoria funcionava em uma pequena sala, na sede da Secretaria de Saúde e sua equipe era restrita à Assessora (Médica

Sanitarista) e a uma auxiliar de nível superior (Socióloga), o que não permitia a efetiva implantação das duas coordenações previstas. Tamanha exigüidade de recursos levava a Assessoria, em termos de planejamento, a intervir mais diretamente na implantação e acompanhamento apenas dos programas considerados básicos e prioritários: o de assistência integral à saúde da mulher e o de assistência integral à saúde da criança. Em outros programas, como o de controle da hanseníase e da tuberculose, agia tão somente a nível de orientação técnica; e, em alguns, como o de saúde bucal, o de saúde mental e o de saúde do adulto, não possuía qualquer interveniência, mantendo-se apenas informada sobre o andamento dos mesmos, colocando-se à disposição para eventuais consultas.

Na fase de mudanças vividas pela Secretaria, o constante acionamento da Assessoria, pelo Secretário, para a discussão e encaminhamento de medidas extraordinárias, como a elaboração de um plano de cargos e salários, dificultava ainda mais o desenvolvimento da rotina pré-estabelecida.

Esta rotina era representada pela coleta e processamento dos dados relativos à produção diária dos serviços pelas unidades de saúde.

O instrumento utilizado para coleta de dados era uma ficha intitulada **Relatório Diário de Produção (RDP)** na qual registravam-se os atendimentos realizados nas unidades, segundo seu tipo, e os dados relativos aos usuários que os receberam (**Anexo 6**).

Os dados sofriam um processamento semi-manual, dentro do qual o equipamento mais sofisticado era uma calculadora eletrônica simples, sendo transcritos, a seguir, para os mapas de produção mensal (Anexo 7). A informatização estava prevista para breve.

Quanto ao processo de avaliação, desenvolvido pelo órgão, resumia-se às seguintes etapas:

- a. distribuição dos impressos para o nível local, o que era feito, via de regra, mediante qualquer portador disponível podendo ser um assessor, um coordenador de área, um motorista ou um funcionário da própria Unidade que estivesse em trânsito pela sede da Secretaria;
- b. registro diário das atividades nos impressos, feito por médicos, odontólogos, pessoal de enfermagem e de laboratório;
- c. envio dos impressos preenchidos para o nível central, através do mesmo expediente descrito no item a.;
- d. reunião dos impressos pelos integrantes da Assessoria de Planejamento, que procediam a sua revisão, processamento e transcrição para os mapas mensais de produção.

Não havia processo periódico e sistemático de análise. Tal procedimento, em geral, era efetuado quando advinha a necessidade de consulta aos dados para a elaboração de estudos específicos, para a discussão de determinados problemas com o nível local ou para

treinamentos e reciclagens. Nestas ocasiões, os próprios autores da iniciativa se encarregavam de proceder às análises.

2.2.2.3 A DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA

A Divisão de Epidemiologia, por sua vez, dividia seu espaço, já restrito, com os supervisores de campo, sendo sua equipe composta por uma médica sanitaria, ocupando a Chefia, e por uma auxiliar de nível médio. Encarregada de todo o esquema de gerenciamento da atividade VACINAÇÃO, tinha ainda, a seu cargo, a vigilância epidemiológica na área do Município. Em função destas atribuições, registrava sistematicamente duas classes de informações. Uma delas se referia à cobertura vacinal, obtida a partir dos Mapas Mensais de Vacinação, repassados pela Assessoria de Planejamento e a partir dos Mapas da Coordenação Estadual de Epidemiologia, órgão da Secretaria de Saúde do Estado, onde se achava computado o movimento das outras instituições. Recebia ainda, das unidades de saúde, as fichas de notificação compulsória.

Seu funcionamento, portanto, limitava-se ao recolhimento do movimento mensal da vacinação realizada tanto pelas Unidades de Saúde ligadas à Secretaria, através dos mapas que recebia da Assessoria de Planejamento, quanto pelas demais instituições públicas que atuavam no Município mediante consulta aos relatórios da Coordenação Estadual de

Epidemiologia.

As fichas contendo os casos de doenças de notificação compulsória eram transcritas para boletins de acompanhamento das diversas moléstias e um consolidado mensal enviado para o Centro de Saúde João de Barros Barreto, unidade do estado que centralizava este tipo de informação, remetendo-a para a Secretaria Estadual de Saúde.

Não se identificava um trabalho sistemático de análise deste tipo de informação, nem suas conseqüências em termos de modificações ou ajustes na atuação da Instituição. O que se detectava como preocupação efetiva do órgão era a manutenção e a expansão da vacinação. Para isso, recorria-se, quando necessário, até aos fiscais de saneamento, única forma de aproximação entre a Divisão de Epidemiologia e o Departamento de Recursos Naturais e Meio Ambiente.

2.2.2.4 A SUPERVISÃO E A COORDENAÇÃO DE ÁREAS

Quanto à equipe de campo, deve se ressaltado que além da atividade de supervisão, desenvolviam outras, com as quais dividiam o seu período diário de trabalho. Assim é que a assessora médica da Divisão de Ações Básicas tinha a seu cargo a Chefia do Corpo Clínico, administrando escalas e programando férias, entre outras tarefas; enquanto a assessora de Odontologia tinha a função de implementar o programa de saúde bucal e montar a infra-estrutura para sua

consolidação. As enfermeiras, por sua vez, arcavam com a responsabilidade de concretizar a proposta de regionalização das atividades, assumindo progressivamente a coordenação dos serviços em suas respectivas áreas de jurisdição. Todos eram chamados a participar das atividades de capacitação dos recursos humanos da instituição. Dois deles possuíam cursos de especialização na área de saúde coletiva; três outros possuíam experiência administrativa na instituição ou fora dela já tendo ocupado cargos de gerenciamento ou assessoria; ao passo que os dois restantes eram formados há menos de dois anos e este era seu primeiro emprego.

Não contavam com um instrumento formal para o registro das observações feitas por ocasião das visitas, nem para a reunião e apresentação sistematizada das mesmas. A própria escala de contatos com as equipes locais e sua clientela era organizada e cumprida de acordo com as conveniências do serviço, a nível central, com os problemas ocasionais surgidos para o deslocamento e com o estilo de trabalho de cada pessoa.

O sistema de transportes ainda funcionava de modo a se convocar a viatura e o motorista que se achasse disponível no momento da saída, embora estivesse formalmente alocado um veículo para cada área regionalizada de saúde.

Os contatos com as equipes locais e com as comunidades eram basicamente de dois tipos: as visitas de supervisão e as reuniões.

As visitas realizadas pelas Coordenadoras de Área tinham uma

frequência semanal prevista, havendo sempre um dia reservado para tal fim agendado com o serviço de transporte. Já os assessores de Medicina e Odontologia visitavam as Unidades quando solicitados pelos Coordenadores, quando tinham observações a fazer em rotinas de trabalho ou quando da implantação e acompanhamento de novas atividades.

Durante as visitas, eram repassados informes de natureza técnica ou administrativa, emanados do nível central: atividades que não se desenvolviam a contento ou que haviam sido recentemente incorporadas à rotina eram checadas; dúvidas eram esclarecidas; conflitos, arbitrados e queixas, ouvidas. Medidas passíveis de aplicação imediata eram decididas, procedendo-se a reajustes de horário, atribuição de tarefas e distribuição do pessoal na rede. Aproveitava-se também este momento para se proceder ao abastecimento das unidades e ao recolhimento de impressos preenchidos.

Quanto às reuniões, podiam ser divididas em três tipos: aquelas feitas pelos Coordenadores com as equipes das unidades de sua área; aquelas efetuadas com os integrantes de cada categoria profissional e aquelas que contavam com a presença da comunidade.

As primeiras eram realizadas, em média, uma vez ao mês, sempre ao final de um turno de trabalho na unidade em questão. Tanto podia ter uma pauta definida e assunto específico, como dedicar-se à apreciação geral do trabalho desenvolvido, com vistas à identificação e superação de dificuldades surgidas no dia-a-dia.

Alguns coordenadores haviam começado a levar para estas reuniões os dados fornecidos pela Assessoria de Planejamento. Ao longo do seu desenvolvimento, passavam por momentos meramente informativos, quando as determinações superiores eram anunciadas; em outros, revelava um caráter consultivo, quando o Coordenador recolhia sugestões para embasar alguma decisão; e chegava a ser deliberativa, em ocasiões nas quais eram postas em votação questões passíveis de solução a nível local pelos próprios envolvidos.

As reuniões por categoria profissional eram realizadas com funcionários de toda a rede, convocados pelo nível central e articuladas pelos respectivos assessores, no caso de médicos e odontólogos; e pelas Coordenadoras, quando se tratava dos profissionais de enfermagem. Dedicavam-se sempre à apresentação e discussão de aspectos técnicos, operacionais ou administrativos, que possuíam certa especificidade em cada profissão, refletindo-se no trabalho desenvolvido pela mesma. Não tinham periodicidade fixada.

No que diz respeito às reuniões com as comunidades, encontravam-se em um estágio bastante incipiente, que poderia ser classificado como nucleação de grupos. O objetivo a curto prazo era a formação de conselhos comunitários de saúde e, a longo prazo, desenvolver um sistema de co-gestão nas unidades. Em alguns bairros, notadamente aqueles com associações já organizadas, várias reuniões haviam se realizado e o nível de discussão sobre a saúde, em geral, sobre a proposta da Secretaria e, especificamente, sobre o desempenho das unidades era considerado promissor. Em outros, só pequenas

representações de estratos da clientela, como grupos de mães, se haviam feito presentes aos encontros, parecendo ainda não ter sido assimilado com clareza o propósito das reuniões em si. Em determinadas áreas, a atividade nem sequer havia se iniciado. A prática até então desenvolvida era a de realizar as reuniões à noite e delas participavam, juntamente com o Coordenador de área, alguns funcionários das Unidades de Saúde e, eventualmente, integrantes do nível central da instituição.

O fluxo de informação acha-se sumariizado na Figura 4.

FIGURA 4 - DIAGRAMA DEMONSTRATIVO DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO SISTEMA FORMAL DE AVALIAÇÃO

2.2.2.5 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL VISTO PELOS INTEGRANTES DO NÍVEL CENTRAL DA INSTITUIÇÃO

De um modo geral, os integrantes do nível central da instituição se mostravam preocupados com as questões relativas à organização e à chefia e secundariamente com o planejamento e a avaliação. Em todas as entrevistas e na própria observação direta do funcionamento dos setores, os problemas decorrentes da captação e distribuição dos recursos, da elaboração e segmento das normas, da autonomia para tomada de decisões, eram evidenciadas com maior intensidade. Os indicadores utilizados para apontar o progresso ou as deficiências do trabalho desenvolvido refletiam também esta realidade na medida em que estavam sempre relacionados com o crescimento e complexidade da estrutura organizacional ou com a capacidade de gerenciá-la.

Opinião de médico, com cargo de direção, funcionário da
instituição há 6 anos

"Administrar bem é conseguir recursos e saber distribuí-los direito. Sem isso, não é possível falar em planejar. Fica uma coisa só no papel. Porque foi que houve esse aumento tão grande da Secretaria de uns tempos para cá ?"

Opinião de enfermeira, coordenadora de área, funcionária da
instituição há 4 anos

"O que a secretaria precisa se preocupar, antes demais nada, é definir melhor as normas e ter uma administração descentralizada para fazer cumprir estas normas. É porisso que a regionalização não tem funcionado."

Apesar disso, demonstravam todos atribuírem algum nível de importância à avaliação, não concebendo que uma instituição pudesse dela prescindir. Sua finalidade era para alguns, a de mero controle do cumprimento das metas operacionais. Para outros, devia orientar os cálculos para dotação do pessoal e do material das unidades. Havia os que esperavam dela uma monitorização do desempenho qualitativo e aqueles tendentes a vê-la como um medidor do impacto dos serviços na saúde da população.

Quase sempre o termo era interpretado como coleta e processamento de dados a partir dos impressos preenchidos a nível local, estando adscrita à Assessoria de Planejamento. No decorrer das entrevistas, indagadas sobre a forma como encaravam o trabalho da Divisão de Epidemiologia e dos profissionais envolvidos com a atividade de supervisão, admitiam as pessoas que também aqueles setores estavam relacionados com a tarefa de avaliação *"desde que se encare avaliação em um contexto mais amplo"*. Tal contexto era aquele que extrapolava o seguimento dos índices de cobertura, concentração e rendimento. Partindo dessa premissa, passavam a estranhar e colocar

críticas à desintegração entre aqueles setores.

Opinião de odontóloga, com cargo de supervisora, funcionária da
instituição há 2 anos

" Se não é medida a produção, como vai se saber como andam os programas, se estão com uma boa cobertura, por exemplo ? O pessoal da Assessoria (de Planejamento) tem apertado nesse ponto e com razão..."

PESQUISADOR: "E o pessoal de epidemiologia ? E os supervisores ?"

"Bem, aí já é outro tipo de informação que eles trabalham..."

PESQUISADOR: "Não é uma informação importante para a avaliação ?"

"De uma certa maneira, sim..."

PESQUISADOR: "De que maneira ?"

"Ora, se a gente está encarando avaliação como um acompanhamento de tudo aquilo que estamos fazendo, é claro que tem de juntar a epidemiologia com a parte operacional, com o dia-a-dia dos serviços... mas acho que eles (os setores citados) ainda estão longe de se articularem. "

PESQUISADOR: "Por que ?"

"Não sei. Ainda não pensei nisso. Não é uma coisa difícil, mas... simplesmente não ocorre."

Captamos o sentimento de que o sistema de avaliação era encarado com restrições por toda a equipe embora os funcionários mais antigos, notadamente os ocupantes de cargos de chefia, julgassem que a sua adequação dependia de pequenos ajustes e de algum tempo. Para

eles, a arrancada inicial para melhorar a estrutura dos serviços-meios e fins estava sendo concluída, tendo chegado a hora de montar os mecanismos para acompanhar seu desempenho. Sua constatação era de que havia defasagem entre a complexidade atual da instituição e certos setores de retaguarda, incluindo o planejamento e a avaliação. Desse modo, pensavam que o problema se resolveria em grande medida com a modernização do equipamento utilizado pela Assessoria de Planejamento, que deveria ser informatizada; além do reforço da sua equipe, o que facilitaria, entre outras coisas, a articulação com outras instituições.

**Opinião de enfermeira, com cargo de chefia, funcionária da
instituição há 8 anos**

"Acho que a nossa avaliação ainda está engatinhando, mas tudo na vida é assim. Ela não conseguiu caminhar no mesmo ritmo de crescimento da Secretaria, mas vai chegar lá. Já temos, pelo menos, uma assessoria que está no caminho certo. Na hora em que informatizar, damos mais um salto."

Um outro problema que enxergavam como dificultador, o deficiente desempenho do nível local no preenchimento e envio dos impressos, deveria ser equacionado, segundo acreditavam, à medida que o esquema de supervisão, há pouco reforçado, começasse a obter resultados efetivos.

Opinião de médico, com cargo de assessoria, funcionário da
instituição há 4 anos

"É claro que todos nós gostaríamos de um sistema de informação rápido, simples, confiável, mas isso depende até de mudança de hábitos das pessoas. Leva um certo tempo. Ainda estamos na fase de ajustar todas as pecinhas no lugar. Quando a supervisão estiver cem por cento, os formulários serão melhor preenchidos nas unidades, deixarão de chegar atrasados... e isto é só um exemplo."

A partir de então, poderia a Assessoria concentrar-se na tarefa de adicionar à avaliação existente, que reconheciam como apenas quantitativa, o seu segmento qualitativo. Reputavam tal tarefa como complexa, por acharem que implicava necessariamente na presença física do avaliador nos serviços e pela própria falta de conhecimento e de experiências da instituição nesta área.

Opinião de médica com cargo de direção, funcionária da
instituição há 10 anos

"Avaliação é muito importante, mas tem que medir também a qualidade ou então fica muito reduzida a números. Aí é que vai ser um nó porque não vejo ninguém que saiba mexer com isto."

Entre os integrantes mais recentes da equipe, notadamente os que desempenhavam atividades de campo, encontrava-se uma crítica mais severa ao sistema de avaliação. Os impressos eram considerados

incompletos para captar de forma mais abrangente dados que consideravam significativos. O pessoal do nível local não estaria recebendo preparo nem estímulo para desempenhar seu papel dentro do sistema. Os resultados levariam a atribuir excelência apenas à elevada produção dos serviços não dando margem a nenhuma avaliação de teor qualitativo. Além disso, a falta de retorno sistemático destes resultados para as unidades, era vista como uma das falhas graves do sistema. Mostravam-se bastante céticos com relação à possibilidade da avaliação contribuir para a correção dos desvios uma vez que não dispunham de autoridade nem de recursos para solucionar problemas considerados mínimos.

Opinião de enfermeira, com cargo de coordenação de área,
funcionária da instituição há 2 anos

"A questão começa pelos RDP. Olhe aqui! (mostra os formulários) E muito incompleto! "

PESQUISADOR: *"Como assim ?"*

"No meu entender, só fornece a quantidade do que foi feito. E a qualidade ? Como fica ?"

PESQUISADOR: *"A qualidade não seria apurada de outras formas ?"*

"Mas isso aqui é a base da avaliação feita hoje. A motivação do pessoal para preencher é muito baixa. Não são preparados para isso nem recebem o retorno do que fazem."

PESQUISADOR: *"Vocês não dão esse retorno ?"*

"Falta uma discussão maior com a gente. Não me sinto a vontade para pegar um monte de dados e despejar em cima do pessoal das

individuais dos pacientes. Interpretavam ainda como mecanismos de avaliação as visitas de supervisão, as reuniões e os contatos diretos da população com o Prefeito, Secretário, Vereadores e Imprensa.

Quanto a importância que atribuíam ao sistema de avaliação formal percebia-se entre os funcionários mais antigos uma atitude de descrédito e uma percepção da atividade como instrumento de fiscalização, chegando alguns profissionais - notadamente médicos e dentistas - a apontar como vantagens o fato de tomar o nível central consciência de que eles, de fato, trabalhavam.

**Opinião de auxiliar de enfermagem, lotada no Centro de Saúde de
Peixinhos há 9 anos**

"Acho que se quiserem saber direitinho se a gente está trabalhando, a papelada que existe é suficiente; não precisa mais ficha nenhuma. Tudo aqui é anotado, desde a hora que a gente chega (mostra a livro de ponto), até o trabalho que a gente faz (aponta mapas de totalização diária de atividades)."

Os mais novos tendiam a ressaltar a necessidade de ser o serviço público acompanhado com rigor em função de seu custeio ser feito compulsoriamente pelos cidadãos. Dentro desse grupo, havia entre os funcionários que respondiam por atividades burocráticas a postura de encarar a avaliação como preventivo para evitar o caos administrativo.

Opinião de agente de saúde, lotado no Posto de Saúde de Vila
Esperança, há 2 anos

"Tem que ser tudo registrado, tem que haver avaliação, de preferência direta. Isso aqui não é brincadeira. É dinheiro do povo pra beneficiar o povo, senão vira bagunça. Pena que a supervisão seja tão precária..."

PESQUISADOR: *"Como assim ?"*

"É ligeira... dá muito mal pra se conversar uma coisa ou outra... não dá pra ficar ali com a gente tirando uma dúvida, vendo um jeito melhor de fazer as coisas. Só vê papel, não vê paciente... A gente sente falta de um chefe, uma coordenação aqui na unidade."

Evidenciou-se uma tendência comum do pessoal de enfermagem em valorizar mais a supervisão e as reuniões comunitárias como instrumentos de avaliação, enquanto os médicos e dentistas privilegiavam os impressos e as reuniões das categorias profissionais específicas.

Os principais problemas referentes ao sistema de avaliação concentravam-se na ênfase dada, pela Secretaria, aos impressos, os quais se mostravam incompletos para refletir as reais condições de saúde da população e para identificar o impacto que as Unidades nelas provocavam. Representavam, na verdade, uma contradição do nível central, que possuía um discurso de valorização dos aspectos qualitativos mas enfatizavam, na prática, as medidas quantitativas.

Quanto à supervisão, achavam-na pouco frequente, rápida, não

dando cobertura à resolução dos impasses de natureza administrativa. As reuniões eram consideradas insuficientes em número, nem sempre se realizando nos horários mais convenientes.

Detectavam a falta de cursos dirigidos ao preparo das equipes para a avaliação e de uma chefia local com autonomia para corrigir os desvios a este nível.

Não percebiam os procedimentos de avaliação como intervenientes nas mudanças, restringindo a aplicação dos seus resultados à comprovação, junto à coordenação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), dos serviços realizados, e ao cálculo de recursos a serem alocados para as diversas unidades.

Para os médicos e dentistas, as mudanças ocorreriam a partir de uma reforma radical nos formulários da RDP e da Notificação de Doenças, além de um maior prestígio do nível central às suas reuniões.

Opinião de médico, lotado no Centro de Saúde de Passarinho, há 5
anos.

"Acho que tudo que é necessário para manter o controle da unidade, existe. O principal é uma boa ficha de atendimento. Sabendo "ler" aquele papelzinho, você encontra muita informação. Agora, esse RDP é mal "bolado". O tempo, que gastamos para anotar na ficha, não vale a pobreza da informação que ele (o RDP) tira dela (a ficha)."

Opinião de odontóloga, lotada no Centro de Saúde de Peixinhos, há
8 anos

"A Secretaria fala muito em qualidade, mas eu só vejo eles preocupados em contar quantos doentes foram atendidos. É preciso mudar essas fichinhas que usam para fazer a estatística. Do jeito que elas são, só dá pra saber que tem incêndio, mas não dá pra saber detalhes e aí os bombeiros ficam perdidos. Uma outra coisa, que eles não dão muita atenção, é o prestígio que a gente espera. Nunca os diretores vão participar das nossas reuniões. Era a hora de sabermos como o nosso trabalho está sendo visto lá em cima."

Já o pessoal de enfermagem entendia que as alavancas para melhorar o sistema eram uma supervisão mais frequente, eficaz e com maiores poderes, além de uma participação mais efetiva da comunidade no acompanhamento dos serviços e nas reivindicações pela sua melhoria.

Como se observa, as opiniões do nível local espelham o juízo crítico daqueles que são os responsáveis diretos pela coleta e registro dos dados, conhecendo em detalhes a operacionalidade desta tarefa e, portanto, os pontos falhos que aos outros níveis passam despercebidos, são minizados ou analisados de forma superficial ou equivocada. Refletem também a condição de quem não possuía o poder nem a responsabilidade do mando, mas a obrigação de obedecer, mesmo quando despreparado, desmotivado ou sobrecarregado com outras tarefas. É significativa a devolução das críticas que recebiam do nível central; críticas que dirigiam exatamente para os métodos e instrumentos de

trabalho, definidos e implementados sem a sua participação e, frequentemente, sem a sua perfeita compreensão²⁰.

Parte dessa resistência parecia decorrer da sobrecarga em que a avaliação implica, condição detectada por Toledo e Vasquez¹⁵⁰ como indesejável mas frequente, nos sistemas de avaliação; no aspecto fiscalizador que parte dos funcionários lhe atribuíam e pelo descrédito acerca da importância desta atividade enquanto produtora de mudanças significativas na melhoria da atuação das unidades.

A nítida distinção entre a opinião sobre o SAF que tinham os funcionários mais antigos e aqueles contratados mais recentemente está diretamente relacionada com suas diferentes histórias dentro e fora da instituição. Enquanto os primeiros tiveram uma formação voltada para a assistência curativa e vivenciaram um longo período no qual a avaliação se restringia a uma mera contabilidade, de caráter nitidamente burocrático e fiscalizador; estes últimos, selecionados entre profissionais com uma visão sanitária de atenção à saúde e compromisso social, chegaram à instituição em meio aos ventos da reforma verificada em sua política de trabalho e em sua estrutura de funcionamento.

Dai porque os mais antigos ainda encaravam o SAF como um sistema de vigilância sobre o cumprimento de suas obrigações, não tendo maiores entusiasmos para propôr sua adequação; enquanto os mais novos se posicionaram de modo mais crítico, vendo na avaliação um instrumento fundamental para melhoria da assistência.

A formação e a condição profissional também parecem interferir no modo como se encara o SAF. Os médicos e odontólogos, que se vêem como uma "casta superior" entre os demais profissionais, são tradicionalmente resistentes a terem seu trabalho avaliado, principalmente pelos que não são seus pares, como registra Silva¹³⁸ e Eisenberg e Kabcenell⁶⁷. Consideram como burocracia desnecessária qualquer trabalho de registro de dados que extrapole as anotações relativas à busca do diagnóstico e ao estabelecimento da conduta, o que já é feito de forma muito rápida e telegráfica. Entendem que seu tempo é por demais precioso para ser consumido nestas lides. Dentro deste contexto é possível compreender sua predileção pelos mapas estatísticos - fruto da simples transcrição das suas anotações feita por outros integrantes da equipe, e pelas reuniões entre membros de sua categoria.

O pessoal de enfermagem é responsável pela realização de procedimentos técnicos, cujo êxito depende do suprimento de materiais e freqüentemente de orientação técnica. Além disso não dispõem da autoridade da qual desfrutam os funcionários do nível superior. Daí a importância que atribuem às visitas de supervisão. Por outro lado, mais vulneráveis que são aos embates da clientela insatisfeita, vêm nas reuniões com a população uma forma de melhorar com ela seu relacionamento e de confrontá-la com os elementos do nível central - aqueles que realmente podem resolver os problemas que interferem nos atendimentos.

A primeira função atenderia às expectativas levantadas por

Brownlea³⁰ acerca da integração entre profissionais e clientela, como facilitadora do relacionamento entre os dois grupos, gerando maior feed-back sobre as ações realizadas e reduzindo o número de reclamações acerca do serviço; função que Sucupira¹⁴⁴, discorrendo sobre as iniciativas clássicas da educação em saúde, classifica como domesticadora.

A segunda parecia longe de ser exercida, a julgar pela atitude silenciosa e retraída dos grupos de clientes durante as reuniões, semelhante àquela registrada por Adorno et al.¹, no início de sua experiência de pesquisa participante, numa comunidade de Itapeirica da Serra, em São Paulo.

2.2.2.7 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL VISTO PELA CLIENTELA DOS SERVIÇOS

Os depoimentos da clientela deixavam transparecer que era percebida uma certa fiscalização da Prefeitura sobre as unidades. Os indicadores que denunciavam esta presença do nível central eram representados pela chegada das viaturas com os emblemas do Governo Municipal, conduzindo pessoas que não trabalhavam na unidade e que chegavam conduzindo papéis ou pacotes. Entravam nos diversos setores livremente e faziam perguntas aos funcionários, os quais passavam a portar-se "de modo diferente" concentrando a atenção nos recém-chegados.

Opinião de cliente, com idade de 32 anos, frequentadora do Centro de Saúde de Peixinhos, há 8 anos

"Vez por outra, chego a ver o pessoal da Prefeitura... ou é da Secretaria, não sei ... chegar no posto. Umas moças com umas pastas na mão. O motorista desce com uns pacotes. Os funcionários ficam logo "de olho", todo mundo vira uma seda. E um entra-e-sai, um cochichado, e toma papel e me dá papel... Só pode ser uma fiscalização, né ? Agora, eu fico no meu canto, quieta, que o negócio não é comigo. E lá com eles e eles, que são brancos, que se entendam."

A não ser a tarefa de abastecimento, que transparecia com muita clareza, as demais atividades da supervisão deixavam de ser percebidas pois era patente a noção de que se tratava de algo dirigido especificamente aos funcionários.

O papel desempenhado pelos impressos era interpretado como parte de um ritual de atendimento inquestionável, pois "sempre foi assim".

As reuniões entre a equipe de serviço e a comunidade eram percebidas por alguns como algo importante, capaz de aumentar seus conhecimentos sobre saúde e de melhorar o funcionamento da unidade. Outros, antes motivados para as mesmas, mostravam-se decepcionados com a falta de continuidade, atribuída à tradição dos órgãos públicos. Havia ainda os que desconfiavam das intenções da Prefeitura, achando que poderia haver um simples objetivo eleitoral, típico dos finais

de mandato.

Opinião de cliente, de 28 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde de Passarinho, há 4 anos

"É reunião demais. Quando tem alguma coisa pra reclamar, pra resolver, tá certo; é necessária. Agora, como eu vejo, começa uma coisa hoje, daqui a tres meses já estão pensando em outra ... Meu marido diz que não vem, que isso é todo ano de eleição; depois, adeus."

Por fim, identificavam-se aqueles que não encontravam proveito em reunirem-se com "intermediários", achando que só tinha sentido o contato direto com os decisores. Entendiam que, do funcionário para o supervisor e deste para o nível central, muitas informações deixavam de ser passadas ou eram distorcidas, além da impotência atribuída àqueles elementos para decidir e operar mudanças.

Opinião de cliente, de 44 anos de idade, frequentadora do Posto de Saúde de Vila Esperança, há 4 anos

"Eu mesmo deixei de vir porque a gente fala o que está errado e as moças dizem que a gente é que tem de lutar pra ter conserto. Então, no lugar deles, deve vir o prefeito."

Notava-se ainda que alguns usuários, exclusivamente aqueles que atestavam o bom funcionamento dos serviços, não viam motivos para reuniões, achando que só tinha sentido convocá-las quando havia algo a reclamar.

É preciso enxergar o alheamento da clientela à avaliação apenas enquanto sistema formal, no qual os mecanismos de consulta ao consumidor, como as reuniões com a comunidade, ainda representavam muito mais um expediente promissor de abertura à participação do que uma experiência concreta em andamento. Os erros na condução deste processo são aqueles assinalados por Rivas¹²⁹ e Ben-Sira²¹ indicando a falta de preparo dos técnicos para atuar junto à comunidade, entre eles o desconhecimento acerca da organização e estratificação social e a falta de treino no manejo das situações que ocorrem neste tipo de trabalho.

Isto porque havia um juízo crítico, de sua parte, a respeito do serviço desenvolvido pelas unidades. Juízo crítico que era expresso em forma de reclamações diretas aos funcionários, a partir de ocorrências do dia-a-dia; de queixas aos chefes políticos da área e de denúncias enviadas aos órgãos de comunicação.

2.2.3 O SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL - ESTUDO ANALÍTICO

2.2.3.1 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL TÉCNICO

Seguindo as fases do processo de avaliação, como preconizadas por autores como Gront¹⁴² e Salgado¹³³ e no próprio documento da OMS¹¹⁸, a análise estritamente técnica de um SAF tem

início pela discussão dos seus objetivos. O que se pode deduzir do estudo do caso em questão é que o sistema se limitava à medida da produção quantitativa dos diversos tipos de atendimentos realizados pelas unidades sanitárias; produção esta comparada com o potencial que as mesmas apresentavam em termos de recursos e com a oferta prevista de serviços à população atendida.

Isto significa dizer que a avaliação tinha seu alcance restrito aos resultados do sistema de saúde, uma vez que mesmo os dados acerca das condições estruturais e do processo da atenção recolhidos pelos supervisores, como era o caso da suficiência quantitativa e qualitativa dos recursos e do nível de satisfação da clientela, não entravam de maneira formal na avaliação oficial. Como os dados trabalhados pela Divisão de Epidemiologia não eram rotineiramente cotejados com os dados de produção e sofriam severa crítica quanto a sua validade, os resultados gerados podem ser classificados como operacionais e de natureza eminentemente quantitativa.

Tal situação permitia justificar junto às fontes de financiamento, o retorno do investimento feito; era útil para o dimensionamento e distribuição de recursos nas unidades e para medir o ritmo e a magnitude de expansão do atendimento. Fry e King⁷⁸, discorrendo acerca dos programas de controle de qualidade, afirmam que grande parte dos sistemas de avaliação buscam tão somente manter a estabilidade financeira da instituição, controlando custos e atraindo investimentos.

Embora os programas ainda se achassem na fase inicial de implantação, não havia porque esperar-se que o SAF realizasse a função de acompanhar o seu desenvolvimento, mantido aquele quadro, uma vez que não supria a necessidade de indicadores epidemiológicos nem traçava sistematicamente uma análise comparativa dos resultados operacionais alcançados, com as metas previstas nos citados programas.

Assim sendo, os objetivos formulados pela instituição para o seu SAF ainda estavam por ser alcançados. O documento de política¹³⁶ expressava a intenção de que tal sistema fosse capaz de permitir o conhecimento da realidade de saúde, de modo a direcionar os serviços, medir de forma efetiva o impacto das ações de saúde e assegurar ao nível central a consolidação e o acompanhamento de seu trabalho.

Como assinala Stheagall-Gomes¹⁴², a partir de uma revisão da literatura sobre Avaliação dos Serviços de Saúde, os sistemas de avaliação devem ser capazes de identificar a repercussão que o trabalho institucional provoca no nível de saúde da população.

A próxima etapa, segundo este referencial de análise, é a discussão acerca da forma como se dava o processo de avaliação.

Diante do extenso repertório de métodos, técnicas e indicadores de avaliação atualmente disponível, que podemos constatar examinando trabalhos como os de Geyndt⁸³ e Toledo e Vasquez¹⁵⁰ - consideramos bastante simples o SAF em estudo, como via de regra o são em todo o País, notadamente a nível dos municípios. A baixa incorporação de instrumental metodológico se deve a uma gama variada

de fatores que vão desde o parco conhecimento acerca das opções existentes até a falta de condições para colocá-los em prática, como assinala Berwick e Knapp²³.

Destacam Blum²⁴ e outros autores que, embora boa parte dos métodos tenham um nível de complexidade que restringe o seu manejo^{3,10}, existem modelos que podem ser totalmente desenvolvidos a nível das unidades¹⁴².

Por outro lado, estudiosos como Fry e King⁷⁸ afirmam que o mais importante é serem os métodos adequados, oportunos e úteis às condições e interesses da instituição. Pope¹²⁴, por sua vez, lembra que é preferível utilizar adequadamente a informação disponível, procedendo a uma boa análise dos indicadores possíveis de obter, do que usar de modo superficial e defeituoso métodos mais complexos.

De qualquer modo, verificamos que os expedientes utilizados pela instituição, a saber: a monitorização estatística, a compilação de dados gerados por outras instituições, a observação direta das atividades e a consideração das impressões e opiniões de funcionários e clientes; apresentavam em seu conjunto, um potencial capaz de viabilizar os objetivos do SAF, ensejando a produção de informações tanto epidemiológicas quanto operacionais; quantitativas assim como qualitativas. Eram as dificuldades ligadas à operacionalização daqueles expedientes que impediam a realização deste propósito.

A desarticulação entre os órgãos encarregados da avaliação, sua deficiente infra-estrutura, a visão predominante na instituição

acerca do que seja avaliar serviços de saúde e o próprio momento de transição vivido pela instituição, respondiam por uma série de problemas, entre os quais destacamos aqueles que julgamos mais relevantes em cada um dos sub-sistemas de avaliação.

Tais problemas diziam respeito ao manejo das técnicas e instrumentos empregados, à seleção e padronização dos indicadores, à estrutura e dinâmica do fluxograma do processo e à atuação dos agentes de avaliação em cada uma de suas etapas.

No caso do sub-sistema administrado pela Assessoria de Planejamento, contava-se com as desvantagens representadas pela informação coletada a partir dos registros de atendimento, como é o caso das anotações omitidas, incompletas ou duvidosas, fato destacado por diversos autores, entre eles Parfrey¹²⁰, Donabedian⁷⁴ e Toledo e Vasquez¹⁵⁰. A falta de depuração e crítica destas informações não permitia qualquer noção acerca de sua margem de erro.

O instrumento utilizado - RDP - apresentava problemas relativos a sua própria exigüidade de informações, não havendo outros instrumentos que complementassem suas lacunas. A desmotivação e o despreparo dos funcionários que atuavam neste processo ameaçavam a qualidade da informação e bloqueavam sua progressão com a rapidez necessária. Destacam os trabalhos sobre Avaliação, que os seus agentes devem estar muito bem inteirados acerca das indicações, modos de aplicação e limitações do instrumental metodológico que utilizam¹⁴². Mesmo assim o fluxo não era atropelado apenas pelo atraso no

preenchimento, mas também pelas dificuldades materiais de encaminhamento dos mapas.

Os indicadores construídos a partir destas informações constituíam relações numéricas baseadas em médias, como a taxa de cobertura e os índices de concentração, rendimento, produtividade e resolatividade. Além de suas limitações para informar sobre qualidade, eram bastante vulneráveis às mistificações, podendo um resultado, aparentemente satisfatório, ocultar sérias distorções.

Além disso, em face do volume de informações levantado, poderiam ser gerados outros indicadores capazes de trazer maior conhecimento sobre a realidade e de checar a coerência interna do sistema, haja visto a grande variedade destes indicadores hoje disponível¹¹⁶.

Em outras palavras, a relação de indicadores calculados não esgotava as possibilidades oferecidas pela massa de informações recolhida, sendo desprezados importantes cruzamentos de dados.

O trabalho de processamento era prejudicado pela falta de pessoal e equipamento em qualidade e quantidade suficiente para agilizar a tarefa de manter um fluxo contínuo de atividade, evitando os períodos de acúmulo de trabalho intercalados com outros de relativa ociosidade.

Apesar destas dificuldades, era talvez a fase de análise a que apresentava maiores problemas. Embora houvesse uma série de

padrões estabelecidos a partir dos próprios programas, os indicadores sistematicamente comparados com os mesmos, eram aqueles que mediam a produtividade das unidades e não o seu impacto sobre a saúde das comunidades nas quais se situavam. A Assessoria de Planejamento não emitia uma análise sobre o desempenho dos serviços, mas tão somente as tabelas e gráficos resultantes do processamento e apresentação dos dados. Encontros formais para a discussão dos resultados não existiam, como se observa no relato do caso, ficando as demais etapas do fluxo comprometidas. Torna-se, desta forma, impossível identificar se os problemas detectados se devem, como assinala Blum²⁴, ao desempenho das equipes locais, à falta de facilidades para o seu trabalho ou à complexidade da problemática de saúde da área.

A Divisão de Epidemiologia trabalhava com os dados que lhe eram repassados pela Assessoria de Planejamento, aos quais juntava aqueles gerados em serviços pertencentes a outras instituições e indicadores fornecidos pelos órgãos de estatística de saúde.

Isto significava dizer que a informação que tinha para trabalhar restringia-se:

- ao volume de vacinações feitas, pois a cobertura não chegava a ser calculada pela falta de controle sobre os demais serviços e de inquéritos específicos para tal fim;
- às doenças notificáveis, cuja precariedade de registro nem chegava a auxiliar na correção dos índices apresentados pelos órgãos de estatísticas de saúde, que normalmente têm dificuldade

para usar este tipo de informação na caracterização dos grupos de risco e na distribuição espacial e temporal da ocorrência dos agravos à saúde;

- aos indicadores de morbi-mortalidade e de cobertura vacinal apresentados por aqueles órgãos, que sempre destacam a Capital e agrupam os demais Municípios como "Interior".

A análise terminava por restringir-se à produtividade da atividade vacinal, análise que não chegava a incluir uma comparação da mesma no tempo e no espaço; não aprofundava as causas das falhas nem contribuía para a proposição de soluções alternativas.

A supervisão era, dos três órgãos, aquele com estrutura de avaliação mais precária. Não tendo definição sobre os indicadores a utilizar, estava impedido, a priori, de criticar, aperfeiçoar e medir as informações obtidas. Trabalhava eminentemente em função das impressões pessoais do supervisor e da interpretação que dava aos fatos observados. Não utilizava instrumentos formais de registro de dados, nem possuía preparo específico para as técnicas que manejava enquanto agente de avaliação. Esta necessidade de qualificação específica dos profissionais que atuam no campo, principalmente no que diz respeito ao trabalho social, é bem abordada por Ben-Sira²¹.

Em síntese, a análise técnica do sistema de avaliação formal estudado demonstra o quanto se acha em descompasso com as recomendações preconizadas na literatura pertinente; identifica seus principais pontos de estrangulamento e as causas imediatas daquelas

distorções. Não fornece, entretanto, uma visão mais extensa e profunda acerca das causas básicas que condicionavam a realidade encontrada e explicavam sua lógica, dificultando a proposição de medidas capazes de implicar em mudanças reais e definitivas do quadro. Esta constatação é reforçada pela leitura de outros trabalhos que se restringem a este referencial de análise, como o de Gomez⁸⁶.

2.2.3.2 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL DA CULTURA INSTITUCIONAL

Afirma Demo⁸⁶ que a identidade cultural é que transforma um aglomerado de pessoas em uma comunidade. Transportando esta concepção para o âmbito institucional, poderíamos dizer que a cultura organizacional, como afirmam Weil e Pagés¹¹⁸, embora influenciada pela cultura dos diversos grupos que integram a instituição ou com ela se relacionam, possui uma identidade própria e acaba por determinar necessidades, posicionamentos e formas de encaminhar as grandes questões.

A ideologia da Reforma Sanitária; a visão planejadora dos dois últimos prefeitos; a pressão do INAMPS por informações de desempenho, seja para aprovar projetos ou para liberar parcelas; a necessidade política do grupo dominante na instituição por mostrar resultados; a assessoria acadêmica dada por integrantes da Universidade; a participação de sanitaristas na equipe e a

implementação dos programas; resultaram na sensibilização institucional para a importância da avaliação e até mesmo para a necessidade de que ela viesse a abranger aspectos qualitativos e não apenas quantitativos.

Tal sensibilização, no entanto, não havia gerado, até aquele momento, uma base cultural capaz de ampliar o conceito de avaliação para além da medição quantitativa dos atos realizados e de permitir a construção de uma metodologia mais refinada para operacionalizá-la.

Evidentemente, a própria história da instituição explica em parte esta contradição, uma vez que todos aqueles fatores, citados no primeiro parágrafo, fazem parte de um futuro recente. Se é possível falar em tradição numa história de apenas vinte anos, esta tradição era a de enxergar a avaliação como atividade fiscalizadora, numa perspectiva conceitual; e como mera contagem do número de procedimentos realizados, numa perspectiva operacional.

Se a política reformista e racionalizadora - portanto, planejadora - dos dois últimos prefeitos, ensejou um ambiente favorável à avaliação em toda a máquina administrativa municipal, não conseguiu mudar uma cultura viciosa e cristalizada durante décadas. Não se pode esquecer as palavras de Weber, citado por Lapassade¹⁰¹, de que a burocracia tende a preservar o seu ser, resistindo ao tempo, à mudança, à novidade. Nem poderia tal política cursar com ritmo mais acelerado face às dificuldades de recursos para a realização de tal projeto. Além disso, há o lado político da questão, o qual implica na

necessidade de refrear, em momentos, certos avanços para não perder apoios nem inviabilizar a própria mudança, a longo prazo. Sem falar na orientação, sempre presente em períodos de transição, que é a de intensificar a divulgação para a população daqueles fatos mais visíveis, reclamados e imediatos - o que explica, em parte, a ênfase maior na avaliação da produção que do impacto epidemiológico.

A pressão dos financiadores, por sua vez, era predominantemente por dados de produção, como forma imediata de aferir o nível de retorno das verbas liberadas.

Em sua necessidade de afirmação dentro do universo da Prefeitura e junto aos órgãos de saúde, o grupo dirigente da Secretaria de Saúde, que optou em concentrar-se inicialmente nos aspectos organizacionais e gerenciais, dedicou-se num primeiro momento a avaliar e divulgar seu trabalho através dos dados que demonstravam a expansão da capacidade de atendimento que obtivera.

Quanto ao saber existente na época sobre avaliação, deve ser lembrado que era - e ainda é - bastante limitado em diversos aspectos, como assinala Donabedian⁶³. Ilustra a questão a frase tomada de Demo⁶⁶: "a qualidade é tão visível quanto difícil de captar". E Christofell⁴¹ lembra que parte desta lacuna de conhecimento é resultado do pouco tempo de história da avaliação em saúde, entendida em bases científicas.

O saber acadêmico disponível no período estava instrumentalizado para exercer a crítica ao sistema de saúde vigente e

fazer proposições gerais de mudança. Não aceitava como válido o repertório de indicadores de avaliação apresentado pelos órgãos oficiais com base na literatura técnica de então, mas não havia ainda instrumentalizado e experimentado suficientemente os métodos que julgava mais compatíveis com sua visão reformista. A resistência dos seguidores da escola das relações humanas aos modelos de modernização operacional citada por Quintana, Carmona e Beaumont¹²⁵, se inscreve, em parte, dentro deste quadro.

Esta influência esteve presente na assessoria prestada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) e na formação a nível de graduação e pós-graduação de vários elementos da equipe, respondendo talvez pelo distanciamento entre a pujança dos documentos de política e a precariedade de adaptação dos programas. Kisil⁹⁷, discorrendo sobre a capacitação dos administradores em saúde no Brasil, considera este período como de transição, informando que os cursos, numa primeira fase, aplicavam grande ênfase aos aspectos médico-sanitários; depois passaram a concentrar seus conteúdos nos aspectos administrativos e, naquele momento, buscavam um equilíbrio entre os dois.

Outro aspecto importante liga-se às diferentes visões acerca da avaliação e os diferentes (des)preparos entre os elementos da equipe o que necessariamente remete às diferentes posições ocupadas pelas pessoas na estrutura da instituição. Os integrantes da cúpula, por exemplo, têm uma intimidade maior com a avaliação, em razão das próprias necessidades dos cargos que ocupam. Os funcionários admitidos

mais recentemente, devido ao direcionamento dado ao mecanismo de seleção, possuíam mais conhecimento e menor resistência à avaliação. Médicos e odontólogos valorizavam bem menos os métodos avaliativos que as enfermeiras, cuja formação profissional enfatiza o planejamento e a administração. Os integrantes do nível local se mostravam bem mais auto-críticos quanto ao seu despreparo para manejar a rotina de avaliação que lhes era exigida do que o nível central, para quem seria bastante incômodo manifestar dificuldades na implementação de atividades que tinham a função de comandar.

O prognóstico é de que o passo seguinte, ou seja, o como fazer, seria bastante dificultado. Embora estivesse para ser iniciado o processo de fortalecimento da Assessoria de Planejamento através da dotação de mais e melhores recursos, não se previa nenhum trabalho voltado para a cultura da instituição neste aspecto.

É preciso lembrar que a avaliação não pode ser enquadrada apenas como parte do processo administrativo, mas deve inscrever-se dentro do processo mais global de desenvolvimento da qualidade da saúde, como destaca Alvim⁶. Ao mesmo tempo em que depende das políticas, planos e programas, se constitui elemento essencial para a sua formulação¹³. Quando não há consciência desta interrelação, freqüentemente se cometem erros como o estabelecimento do que Fry e King⁷⁸ chamam de Avaliação Prematura.

2.2.3.3 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL DA POLÍTICA INSTITUCIONAL

Embora a instituição possuísse política, plano e programas, nos quais a avaliação encontraria base para firmar-se, não mantinha, com eles, sintonia. Como já foi referido, a equipe que produziu aqueles instrumentos achava-se muito mais preparada para a elaboração da política, que se mostra em franco descompasso com os demais documentos.

Considere-se, também, que o documento de política foi idealizado como marco político, contendo arroubos que nem sempre se viabilizam na prática, mas buscam registrar e divulgar as intenções de um projeto de longo prazo, que comprometa as futuras administrações.

Um outro aspecto que merece ser lembrado é de que as políticas, com suas formulações gerais, frequentemente se constituem declarações de intenções do grupo que as formula e aprova. Lapassade¹⁰¹ ilustra o fato lembrando que liberdade, igualdade e fraternidade formaram um lema unificador dos diversos segmentos sociais que realizaram a Revolução Francesa, mas que na verdade representavam reivindicações da burguesia, a grande mentora daquele movimento. Já os planos e programas, por dependerem da cooperação efetiva de vários setores para sua aplicação, apresentam uma dose de realismo e pragmatismo muito maior. O limitador dos arroubos das políticas seria a cobrança de sua coerência com os planos e programas,

o que não é prática corrente entre nós.

O plano de saúde, que deveria se constituir no documento tático, onde seriam detalhadas as formas de encaminhamento das grandes linhas de ação formuladas na política - o documento estratégico¹⁵² - não cumpria esta função, apontando apenas para o suprimento de recursos financeiros, classificados por fonte e por item de despesa, aproximando-se mais de um orçamento-programa.

Os programas, por sua vez, não demonstravam ter sido adaptados a realidade da instituição e do Município, com objetivos bastante genéricos e metas estritamente ligadas à produção de serviços, sendo privilegiado como indicador o índice de concentração.

Tomar como referencial de análise a política de saúde da instituição implica num esforço para identificar tanto a política explícita, contida nos documentos e discursos oficiais, mas também a política implícita, resultante dos conflitos de idéias e de estratégias dos grupos que detêm algum poder para fazer valer suas vontades.

Page¹¹⁸ refere-se a esta duplicidade de interesses inscrevendo os primeiros no que chama de *zona ideológica oficial* e os últimos na *zona ideológica dos indivíduos*, afirmando que os pontos de convergência entre ambas formariam a *zona ideológica intermediária ou institucional*. Lapassade¹⁰¹, citando Moreno, percebe neste fenômeno uma diferença semelhante à que existe entre o organograma e o sociograma das organizações.

Quando analisamos a política explícita, encontramos como proposta a extensão das ações médico-sanitárias a todo o Município, dentro dos pressupostos de um sistema municipal de saúde, regionalizado e hierarquizado, trabalhando em função de um diagnóstico, seguindo planos e programas, utilizando de forma racional os recursos, com a participação dos consumidores, acompanhando e avaliando o desempenho operacional e os ganhos epidemiológicos.

O sistema formal de avaliação existente não atendia à magnitude de tal propósito, tendo em vista que não informava sobre toda o leque de ações médico-sanitárias desenvolvidas; não possuía dados sobre a experiência de regionalização e hierarquização, nem sobre a racionalidade no uso dos recursos; além de não dispôr de um diagnóstico com a extensão e profundidade necessária, deixando de manter a monitorização dos programas implantados.

A política implícita - definida aqui como a política hegemônica ou do grupo mais poderoso - apontava para a modernização e expansão do órgão, para o compromisso político social, para o fim da corrupção e do clientelismo, para o aumento de prestígio da instituição entre os órgãos oficiais da administração municipal e para sua afirmação como definidor de políticas e coordenadora geral das ações de saúde desenvolvidas pelas diversas entidades de saúde que atuavam no Município.

Um projeto de tal envergadura não poderia prescindir de um sistema de controle com informações múltiplas, confiáveis, atualizadas

e facilmente acessíveis, de modo a permitir que todas as funções, do planejamento ao controle, passando pelas decisões das chefias, fossem facilitadas por uma base de dados suficiente em termos quantitativos e qualitativos.

A busca do entendimento para tais contradições remete a algumas considerações de natureza histórica que se nos apresentam como relevantes. É preciso mais uma vez referir o curto período de experiência da instituição com a ação planejada e lembrar que a construção de um modelo eficaz e eficiente de avaliação não resulta apenas de medidas de reforma administrativa, mas se constitui num processo de substituição de traços culturais e de recomposição de práticas que têm raízes na sociedade onde a instituição se insere.

Outro aspecto a ser considerado é que as estratégias definidas na política tinham como pressuposto a existência de uma municipalização da saúde, evento que só agora começa a ser viabilizado, não tendo, portanto, servido de apoio para o desenvolvimento dos instrumentos que a reforma previa, entre eles a avaliação.

Além disso, enquanto as reformas estruturais cursaram sem grandes resistências, até porque trouxeram melhoria da infraestrutura, expandindo o contingente de pessoal inclusive nos cargos de chefia; as mudanças com vistas ao planejamento e avaliação encontraram dificuldades que foram desde a falta de melhor elaboração dos programas até a ausência de preparo e de autonomia dos coordenadores

para operacionalizá-los. Daí porque a lentidão para que a avaliação passasse da fase de idéia para a de implementação e desta para um refinamento de sua estrutura, processo e resultados.

As diferentes percepções que tinham os atores vinculados ao trabalho da instituição, acerca de sua política de saúde, também contribui para explicar as aparentes incompatibilidades entre esta e o sistema de avaliação existente.

O grupo que detinha o poder decisório enxergava e defendia a política como base ideológica do modelo que pretendia implementar; um modelo que devia se apresentar como de implantação imediata para que se afirmasse como irreversível, mas que só produziria todas as mudanças que propunha a longo prazo.

Para os Coordenadores de áreas a política representava mais um instrumento a ser utilizado como respaldo para pressionar os decisores no sentido de aplicarem as medidas que consideravam vitais, principalmente a concessão de autonomia para que solucionassem com maior independência os problemas surgidos nas unidades.

A nível local, encontrava-se entre os funcionários mais antigos uma visão acerca das formulações da política muito ligada a suas conseqüências imediatas nas condições de trabalho; ao passo que os mais novos a encaravam como o caminho para a melhoria das condições médico-sanitárias da população.

2.2.3.4 ANÁLISE DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FORMAL BASEADA NO REFERENCIAL DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA INSTITUIÇÃO

A própria dificuldade de enquadramento de um modelo administrativo que se achava em transição, buscando superar-se, já contribuía para conferir à estrutura organizacional da instituição uma atmosfera de crise. Se levarmos em consideração o quadro montado por Chiavenato⁴⁰ (Quadro III) para sintetizar os aspectos que caracterizam as diferentes abordagens administrativas, concluiremos que havia um modelo sistêmico procurando instalar-se sobre um modelo burocrático. E que mesmo este modelo sistêmico não apresentava as características clássicas, entre elas a estrita visão funcionalista e pragmática, mas buscava promover mudanças profundas e radicais na estrutura da instituição e da própria assistência à saúde no município.

Tal estrutura havia experimentado um crescimento e uma diferenciação acentuada nos últimos anos. Contava já com um Conselho Municipal de Saúde, criado e regulamentado por lei; uma assessoria de planejamento, diretamente ligada ao Secretário; departamentos que abrangiam as atividades de retaguarda administrativa, de ações sobre os indivíduos e sobre o meio ambiente; divisões que representavam os diversos campos de atuação médico-sanitária e um coordenador para cada área de saúde estando as unidades, dentro destas áreas, classificadas de acordo com seu porte.

QUADRO III - ESQUEMA COMPARATIVO DAS TEORIAS DE ADMINISTRACAO

ASPECTOS PRINCIPAIS	ABORDAGENS PRESCRITIVAS E NORMATIVAS			ABORDAGENS EXPLICATIVAS			
	TEORIA CLASSICA	TEORIA DAS RELACOES HUMANAS	TEORIA DA BUROCRACIA	TEORIA ESTRUTURALISTA	TEORIA BEHAVIORISTA	TEORIA NEOCLASSICA	TEORIA DOS SISTEMAS
Abordagem de Organizacao	Organizacao Formal	Organizacao Informal	Organizacao Formal	Organizacao Formal e Informal	Organizacao Formal e Informal	Organizacao Formal e Informal	Organizacao Formal e Informal
Conceito de Organizacao	Estrutura formal como conjunto de orgaos, cargos e tarefas	Sistema social como conjunto de papeis	Sistema social como conjunto de funcoes	Sistema social intencionalmente construido e reconstruido	Sistema cooperativo racional	Sistema social com objetivos a alcancar	Sistema aberto
Principais representantes	Taylor, Fayol, Gilbert Gantt, Gulick, Urwick, Mooney, Emerson	Mayo, Follett, Roethlisberger, Dublin, Cartwright, French, Zalesnick, Jannenbaum, Lewin, Vitalas, Homans, Maier	Weber, Merlon, Salznick, Gouldner, Michels	Etzioni, Thompson, Blau, Scott	Simon, McGregor, Barnard, Argyris, Likert, Cyert, Bennis, Schein, Lawrence, Sayles, Lorach, Beckhard, March	Drucker, Koontz, Jucius, Newmann, Odiorne, Humble, Gellner, Schleh, Dals	Katz, Kah, Johnson, Kast, Rosenzweig, Rice, Churchman, Bruns, Frist, Hicks
Caracteristicas basicas da Administracao	Engenharia Humana/ Engenharia de Producao	Ciencia Social Aplicada	Sociologia da Burocracia	Sociedade e Organizacoes	Ciencia Comportamental Aplicada	Tecnica Social Basica de Administracao	Abordagem Sistematica: Sistemas
Concepcao do Homem	Homo Economicus	Homo Social	Homem Organizacional	Homem Organizacional	Homem Administrativo	Homem Organizacional e Administrativo	Homem Funcional
Comportamento organizacional do individuo (atomismo tayloriano)	Ser isolado que reage como individuo	Ser social que reage como membro do grupo e posicao	Ser isolado que reage como ocupante de cargo	Ser social que vive dentro de organizacoes participacao nas organizacoes	Ser racional formador de decisoes quanto a organizacoes	Ser racional e social voltado para o alcance de objetivos individuais e organizacionais	Desempenho de papeis
Sistemas de Incentivos	Incentivos materiais e salariais	Incentivos sociais e simbolicos	Incentivos materiais e salariais	Incentivos mistos, tanto materiais como sociais	Incentivos mistos	Incentivos mistos	Incentivos mistos
Relacao entre objetivos organizacionais e objetivos individuais	Identidade de interesses. Nao ha conflitos perceptíveis	Identidade de interesses. Todo conflito e indesejavel e deve ser evitado	Nao ha conflito perceptível. Prevalencia dos objetivos da organizacao.	Conflitos inevitaveis e mesmo desejaveis. Relacao de equilibrio entre eficacia e eficiencia	Conflitos possiveis e negociaveis.	Integracao entre Objetivos Organizacionais e Objetivos Individuais	Conflito de papeis
Resultados almejados	Maxima eficiencia	Maxima eficiencia	Maxima eficiencia	Maxima eficiencia	Eficiencia Satisfatoria	Maxima eficiencia	Maxima eficiencia

FONTE: CHIAVENATO, I. Introducao a Teoria Geral da Administracao¹⁰

O processo de construção e reforma de unidades aumentava os espaços de atendimento e melhorava sensivelmente suas condições físicas, havendo inclusive um projeto de edificação do hospital geral, com verba assegurada.

O quadro de pessoal fora ampliado em termos de quantidade e de novas categorias profissionais, - de acordo com a política de recursos humanos do período, a nível nacional⁶⁹ - tendo se instituído um processo de seleção de pessoal mais rigoroso.

A frota de veículos fora aumentada de modo a facilitar a supervisão, o abastecimento de material e a remoção de pacientes.

Tal nível de progresso, reconhecido dentro e fora do âmbito do poder municipal, ensejava um certo entusiasmo dos funcionários fortalecendo o grupo dirigente da instituição na sua busca de prestígio político para vencer as dificuldades que se opunham a seus propósitos, como é o caso do clientelismo político e da autonomia das demais instituições de saúde atuantes no município.

Servia ainda como facilitador na negociação de projetos e na obtenção de recursos. Em outras palavras, o investimento na infraestrutura tinha criado condições favoráveis ao seu próprio reforço.

Evidentemente, não contribuiu para este fenômeno apenas a postura dos administradores públicos locais, mas à própria mudança da política de saúde a nível nacional, com a previdência, acossada por sua crise financeira, buscando conjugar-se com a rede pública no

sentido de compensar a redução dos pagamentos aos prestadores de serviços da área privada¹². O mérito do grupo dirigente da Secretaria de Saúde foi, sem dúvida, o aproveitamento dos fatores presentes naquela conjuntura para fortalecer a estrutura da instituição, ampliar o atendimento das unidades e obter sustentação política para assegurar a continuidade do seu projeto.

Se nos voltarmos para analisar o sistema de avaliação confrontando-o com o aporte de recursos e com a estrutura organizacional de que a instituição dispunha, a constatação é de que o mesmo não acompanhava o crescimento e a complexidade do órgão em termos proporcionais. Poder-se-ia até afirmar ter sido aquela atividade a que menos progrediu ao longo do tempo. Na verdade, permaneceu contabilizando dados de produção, como sempre fizera, com a diferença de que os mesmos já não ficavam sepultados nas gavetas dos arquivos à espera de esporádicas consultas para confecção de relatórios; nem se prestavam apenas a justificar o recebimento de faturas. Tinham sido transformados em indicadores da oferta de serviços, para orientar a distribuição de recursos entre as unidades e para cobrar de sua equipes melhor desempenho quantitativo.

Esta contradição é registrada por Lotufo e Duarte¹⁰⁶ quando constata que a simples melhoria das condições estruturais, não acarreta necessariamente a melhoria das atividades-fins das instituições. Por vezes, indica um movimento de reciclagem da própria burocracia que muda para continuar onde está¹²⁵. Dentro desta perspectiva, até o advento de modelos que poderiam colocá-la em risco,

como a co-gestão, podem ser transformados em aliados. Motta¹¹² destaca a formação de novos esquadrões de burocratas em certas empresas co-gestionadas, a partir das representações de trabalhadores na sua administração.

Apesar do pequeno investimento feito nesta área pela instituição, o que é evidenciado pela escassez de recursos humanos, físicos e materiais, pode-se afirmar que o nível de desempenho do sistema de avaliação era aquém do potencial oferecido pelos recursos existentes. Isto porque, se resolvidos os problemas relacionados com a integração inter-setorial; com a implantação de outros métodos de trabalho; com a adequação dos instrumentos e a capacitação dos agentes que intervinham na avaliação, o desempenho já experimentaria grande incremento de qualidade.

Da mesma maneira que ocorria com relação à política de saúde da instituição, sua estrutura organizacional representava uma visão futurista, na medida em que pressupunha um nível de complexidade compatível com atribuições próprias de um órgão destinado a comandar um sistema municipal de saúde e não uma modesta rede de serviços de atenção primária; o que requeria conseqüentemente o necessário aporte de recursos.

Tal projeto, tendo sua implantação feita por etapas e sua finalização prevista a longo prazo, implicava na montagem gradativa de suas bases de sustentação - entre elas, a avaliação - de acordo com as prioridades, conveniências e facilidades visualizadas pelos decisores.

Dentro deste contexto, verificava-se que o Conselho Municipal de Saúde ainda não havia sido instalado, estando sua composição dificultada por disputas políticas, em certos segmentos e desinteresse ou falta de representatividade em outros. A estas dificuldades já aludimos anteriormente, no item referente à Introdução, a partir do trabalho de Brownlee³⁰.

Vários setores do organograma ainda necessitavam de recursos, experiência e uma sistemática de trabalho que definisse, inclusive, a articulação entre eles. Alguns desses setores, como é o caso da Diretoria de Saúde, contava com divisões que, naquele momento, não tinham uma justificativa precisa para existir.

Um aspecto que não se pode deixar de considerar é a instabilidade experimentada pela estrutura organizacional ao longo da história da instituição, o que é atestado pela vida efêmera dos organogramas, o que também representa um elemento dificultador para a consolidação da mesma. A cultura institucional, influenciada pela crônica insuficiência de recursos, indicou sempre na direção do fortalecimento estrutural como prioridade absoluta. Tendo se desenvolvido dentro de um modelo que só recentemente deixou de ser médico-assistencial, nunca vislumbrou a ação planejada e avaliada - requisito do modelo sanitário - como importante.

2.2.4 A AVALIAÇÃO INFORMAL

2.2.4.1 AVALIAÇÃO INFORMAL FEITA PELOS INTEGRANTES DO NÍVEL CENTRAL DA INSTITUIÇÃO

De um modo geral, os funcionários do nível central da instituição consideravam que os serviços apresentavam um bom desempenho, embora deixassem claro que o mesmo ainda não era satisfatório.

Opinião de médico, com cargo de direção, funcionário da
instituição há 1 ano

"O que se vê aqui é um serviço que atende com dignidade, muito diferente do que se encontra no serviço público, principalmente os de prefeitura.

Entre os profissionais que ocupavam as Chefias dos Departamentos e Divisões, a avaliação era mais favorável do que entre aqueles encarregados do contato direto com as unidades de saúde, caso dos supervisores de medicina e de odontologia e das enfermeiras coordenadoras das área.

Opinião de médico, com cargo de supervisão, funcionário da
instituição há 8 anos

"É só andar pelos postos para ver que as coisas mudaram muito.

Está certo que ainda está longe de chegar onde a gente quer, mas já podemos dizer que se dá um bom atendimento."

Outro fato a observar é que a opinião emitida pelos funcionários que trabalhavam na instituição há mais tempo, baseava-se na comparação entre o desempenho das unidades antes e após a atual gestão. Já os mais recentes confrontavam os serviços mantidos pela Prefeitura com aqueles pertencentes a outras instituições.

Apresentamos, a seguir, a lista dos indicadores utilizados na apreciação do desempenho das Unidades de Saúde:

a. Estruturais

- número de unidades
- diversificação dos serviços oferecidos
- organização do trabalho
- nível de articulação entre as unidades dentro do modelo de hierarquização
- qualidade dos equipamentos e das instalações prediais
- suficiência do material de consumo
- suficiência do número de profissionais
- tempo de permanência dos profissionais nas unidades
- qualificação técnica dos profissionais
- grau de compromisso dos profissionais com a política da instituição
- nível de relacionamento dos profissionais com a clientela

b. De Processo

- ação extra-muros
- ênfase nas atividades preventivas
- participação comunitária

c. De Resultados

- grau de resolutividade
- capacidade de atendimento
- grau de ociosidade

Foi marcante a ênfase dada aos aspectos estruturais, avultando entre eles, como mais necessitados de ampliação, o número de unidades e de profissionais em cada uma delas, de modo a distender a capacidade quantitativa e qualitativa do atendimento, favorecendo a elevação do grau de resolutividade.

Opinião de médico, com cargo de direção, funcionário da
instituição há 5 anos

"O principal, o básico está funcionando direito."

PESQUISADOR: "O que é o principal ?"

"E não faltar gente qualificada e comprometida com o trabalho, como temos agora, depois desses últimos concursos. E o profissional trabalhar num ambiente bem instalado, sem a preocupação de que vai faltar o anestésico ou que o material não vai ser esterilizado. E o doente saber que tem um posto perto de casa, onde ele pode resolver vários problemas."

Quanto a diretriz de hierarquização dos serviços, sua assimilação pelas equipes e pela clientela foi considerada ainda

pequena, dificultando a nível operacional uma diferenciação clara dos níveis de competência de cada unidade.

Quanto aos indicadores de processo, todos foram alvos de crítica, declarando os respondentes que o atendimento era ainda predominantemente curativo, intra-muros, havendo uma tímida participação comunitária.

Opinião de enfermeira, com cargo de chefia, funcionária da
instituição há 8 anos

"Se já contamos com recursos para fazer um serviço melhor, por que se conformar apenas com o "bonzinho", o "mais ou menos"? Temos que deslanchar o trabalho preventivo dentro da comunidade, trabalhando com eles. Temos que usar o máximo possível esses recursos, para aumentar o número de pessoas atendidas. Ainda tem gente chegando de madrugada para pegar fichas e outros, voltando sem atendimento. Nessa hora é que vamos saber que o nosso pessoal ainda não é suficiente."

No que diz respeito aos indicadores de resultados, o nível central parecia satisfeito com o aumento do grau de resolutividade e com a redução da ociosidade dos recursos, havendo sérias preocupações com a capacidade quantitativa de atendimento.

Foram exatamente estes indicadores aqueles que apareceram com maior frequência nas avaliações feitas pelos ocupantes dos cargos de chefia. Já as Coordenadoras de Áreas, todas Enfermeiras,

demonstraram mais apêgo aos aspectos estruturais, ressaltando as questões relacionadas com normatização, quantidade e qualidade dos recursos.

Opinião de enfermeira, com cargo de coordenação de área,
funcionária da instituição há 4 anos

"Estamos aqui para implantar um novo modelo assistencial."

PESQUISADOR: *"De que modelo está falando ?"*

"O modelo da regionalização e da hierarquização. Dividiram o município em áreas, classificaram as unidades de acordo com o porte, encaminharam um coordenador para cada área... tudo bem. Mas para isso funcionar, precisa detalhar melhor o dia-a-dia."

PESQUISADOR: *"Como assim ?"*

"Precisa mais instruções, mais treinamento, mais supervisão... Só qualidade técnica das equipes não resolve. Precisam conhecer como deve funcionar esse novo modelo."

Os supervisores de odontologia e medicina concentraram suas atenções nos indicadores de processo, mais especificamente na qualidade do trabalho desenvolvido pelos seus colegas que se achavam em atividade na rede.

Opinião de odontóloga, com cargo de supervisão, funcionária da
instituição há 2 anos

"Voce vê ...,no concurso já peneiramos o pessoal que não tinha nenhum jeito para o trabalho preventivo ... para a odontologia

social, mas a gente tem que ir reforçando isso nos contatos com eles, porque senão vira o mesmo atendimento de sempre, que é dado à pobreza, por aí. Não se faz a prevenção nem tratamento curativo, restaurador; é pura mutilação."

Foi possível perceber que os funcionários mais antigos pareciam satisfeitos com os progressos alcançados na construção de uma maior e melhor estrutura. Os mais novos mostravam-se inquietos com a necessidade de ampliar e qualificar ainda mais esses componentes estruturais e de obter, com eles, um melhor nível de funcionamento.

Quanto aos fatores identificados como responsáveis pelo nível de desempenho, foram alinhados os seguintes:

a. Fatores Externos à Instituição

- política de saúde do Governo Municipal
- aporte de recursos financeiros para a Secretaria
- burocracia do serviço público
- credibilidade da Prefeitura junto aos fornecedores de materiais
- clientelismo político
- grau de entendimento da população acerca da política de saúde
- nível de consciência popular acerca dos direitos de acesso aos serviços públicos e dos deveres destes com relação à qualidade
- grau de adesão das comunidades às oportunidades de participação na gestão dos Serviços

b. Fatores Internos à Instituição

- participação de todos os níveis hierárquicos nas grandes

decisões

- nível de descentralização das decisões
- capacitação administrativa das Chefias
- articulação inter-setorial compatível com a estrutura organizacional da instituição
- capacidade da equipe em trabalhar de forma integrada com as lideranças comunitárias
- nível de implantação do planejamento e da organização na instituição
- compromisso e seriedade do nível central
- forma de seleção dos profissionais
- grau de enquadramento dos profissionais aos papéis que lhes são determinados pela política de saúde da instituição
- capacidade de superação do saber e das práticas tradicionais.

Como fatores que agiram positivamente, foram apontados:

- o investimento feito pelo Governo Municipal no campo da saúde
- a redução da influência do clientelismo político
- a abertura à participação dos diversos segmentos do nível central nas decisões
- o compromisso e a seriedade demonstrados pelo Secretário e seus auxiliares diretos
- o empenho desta cúpula na implantação do planejamento e da organização na instituição.

Como fatores negativos, foram citados:

- burocracia morosa do serviço público
- exigüidade de recursos do Poder Municipal
- falta de credibilidade (da Prefeitura) na praça comercial

- bloqueio do trabalho comunitário pelos interesses político-eleitorais de certos líderes e pela falta de consciência popular acerca dos direitos à saúde
- falta de autonomia dos Coordenadores de Áreas para a solução de problemas locais
- ineficiência do Departamento Administrativo
- falta de integração inter-setorial
- falta de capacidade administrativa das chefias
- dificuldade dos médicos de se enquadrar à função de generalistas
- dificuldade dos profissionais para a superação do saber e das práticas tradicionais.

Um contraste bastante acentuado foi observado nas opiniões de médicos e de enfermeiras acerca da abertura da cúpula da instituição à participação dos níveis subalternos na tomada de decisões. Os primeiros atestaram amplo acesso, ao menos dos integrantes do nível central, às discussões que antecedem o anúncio das medidas mais importantes; enquanto estas últimas criticaram exatamente o centralismo que chegava a obstruir o seu trabalho junto a comunidades e equipes locais.

**Opinião de médico, com cargo de direção, funcionário da
instituição há 4 anos**

"As coisas, que realmente precisam ser discutidas em equipe, somos sempre chamados a dar opinião. O jogo é muito aberto. Nunca deixa de se ouvir um colega. A questão é que ele (o Secretário) se ocupa demais administrando o que é mais complicado: a falta de funcionários na quantidade e na qualidade necessária."

Opinião de enfermeira, com cargo de coordenação de área,
funcionária da instituição há 2 anos

"Não se pode negar que o Secretário é trabalhador, comprometido, bem enturmado e, se não fosse isso, a Secretaria não estava como está."

PESQUISADOR: *"Como está ?"*

"Assim, bem organizada, em condições de trabalhar. Agora, é muito centralizador e não abre espaço para nossas sugestões."

PESQUISADOR: *"Mas eu falo sobre as grandes decisões."*

"Ora, se não podemos tomar as pequenas, imagine as grandes! Ele até escuta, mas nem discute e, quando a gente vê, vem a decisão de cima, do jeito que ele queria. Parece que nem adiantou falar."

Apontaram para os aspectos normativos e gerenciais como responsáveis pelos avanços e recuos do trabalho da Instituição, enquanto os médicos identificaram como principal fator restritivo a quantidade e qualidade dos recursos humanos em atividade na rede.

Pontos de vista divergentes também foram detectados em função do tempo de trabalho do funcionário na Instituição. Os mais antigos apontavam o investimento feito na capacidade instalada e a redução do clientelismo político como fatores positivos de destaque, atribuindo os problemas que classificavam de "residuais" às distorções administrativas arraigadas no órgão.

Opinião de enfermeira, com cargo de chefia, funcionária da
instituição há 8 anos

"O melhor remédio para acabar com essa chacoalhão dos vereadores é facilitar o acesso do povo aos postos. Ninguém precisa mais de intermediário para pegar remédio ou fazer um exame. Ainda tem certos vícios por aqui, mas esse, pelo menos, já acabou. Era uma doença! Existindo planejamento, organização, tudo anda ... tem que andar, não é ? "

Os mais recentes enxergavam o grau de compromisso da cúpula com a política estabelecida e sua seriedade na implantação da mesma como os verdadeiros fatores responsáveis pelo atual estágio do órgão.

Opinião de enfermeira, com cargo de coordenação de área,
funcionária da instituição há 2 anos

"O que conta é vontade política de mudar. O pessoal que está à frente, hoje, é muito comprometido com isso. Até superam a falta de preparo para administrar ... porque a gente, de saúde, não tem muito isso, não é ? ... mas querem chegar mais perto do povo. Isso é que faz a Secretaria acertar, aos trancos e barrancos."

Foi ainda possível verificar que os funcionários possuidores de cursos de especialização na área de saúde coletiva, privilegiaram o planejamento e a organização como impulsionadores do trabalho da Secretaria, ao passo que os profissionais detentores de experiências comunitárias indicaram a conscientização popular como o grande responsável pela eficácia das instituições.

Quando se tratou das modificações consideradas prioritárias,

as respostas permitiram identificar as medidas abaixo:

- No Plano Externo à Instituição

- melhoria das condições de vida da população
- aumento da consciência popular sobre a qualidade dos serviços de saúde, sobre o funcionamento do sistema hierarquizado e sobre a participação na gestão das unidades
- obtenção de mais recursos para o setor saúde
- transcorrer do tempo necessário para maturação e consolidação das medidas implantadas

- No Plano Interno da Instituição

a. A Nível da Gerência Superior

- descentralização das decisões
- maior autonomia para os profissionais que mantêm contato direto com o nível local
- agilização dos procedimentos burocráticos
- aumento da capacidade administrativa dos integrantes do nível central

b. A Nível dos Recursos

- manutenção de adequado estoque de material de consumo para as unidades
- formação de uma equipe própria da Secretaria para manutenção das instalações prediais e dos equipamentos
- melhoria da qualidade do material utilizado
- reforço do compromisso de todos os profissionais com a política da instituição
- intensificação do trabalho de conscientização dos profissionais
- alocação de dois médicos, sendo um clínico e um pediatra, como equipe mínima nas unidades mais

simplificadas da rede

c. A Nível do Sistema de Saúde

- aumento do número das unidades e reforço dos recursos nelas alocados, complementando a rede básica prevista
- articulação efetiva entre os serviços, implementando concretamente a municipalização, a distritalização e a hierarquização.

O ponto para onde convergiram todas as opiniões foi a necessidade de ampliação da rede, o que significa não apenas o aumento do número de unidades, mas também dos recursos nelas alocados, notadamente os recursos humanos.

As enfermeiras consideraram como fundamental a conquista de sua autonomia para decidir e solucionar os impasses frequentes no dia-a-dia da atividade de campo. Pleiteavam ainda urgentes melhoramentos no Departamento Administrativo, responsável, segundo elas, pela falta de melhor retaguarda para as atividades-fins e pela morosidade na solução de muitos problemas. Ainda se constituía alvo de suas reivindicações a concentração de esforços do nível central como um todo no sentido de operacionalizar o esquema de hierarquização das unidades.

Opinião de enfermeira, com cargo de coordenação de área,
funcionária da instituição há 2 anos

"A administração se complica porque, veja, se o D.A. (Departamento Administrativo) é fraco e as coordenadoras de área não têm autonomia, ficam certas coisas demorando um ano para

corrigir ... e aí prejudica o andamento do serviço. Eles (o pessoal do D.A.) têm que dar um salto de qualidade ... e urgente. E a gente precisa ter rédea mais solta para botar o basal nos eixos."

Os médicos defenderam o estabelecimento formal de um sistema de retaguarda a nível de hospitalização e de serviços complementares de diagnóstico e tratamento, como a modificação necessária para otimizar o trabalho possível de ser feito pela Instituição. Além desse marco, entendiam que só as modificações globais no padrão de vida da população poderiam lhe propiciar mais saúde.

Opinião de médico, com cargo de chefia, funcionário da instituição
há 1 ano

"É uma coisa que uma Secretaria (Municipal) não tem condições, mas um sistema de saúde tem que ter hospital e laboratório, dando apoio."

PESQUISADOR: "Mas, a Secretaria não pode garantir isso se entrosando com outros órgãos ?"

"Pode, mas não funciona porque na casa dos outros a gente pede, não manda. Onde é que voce já viu esse esquema dar certo ? Só quando voce paga, como fazia o INAMPS ... e olhe lá!

PESQUISADOR: "Se tivesse essa retaguarda ?"

"... o resto é miséria do povão e isso aí, não tem Secretaria de Saúde que resolva, nem a de São Paulo. E ou não é ?"

A Supervisora de Odontologia requisitou uma normatização

ministerial, mais completa e mais específica para Odontologia Sanitária e entendia que as modificações mais importantes e fecundas para a melhoria dos serviços precisava ocorrer a nível da consciência da população no sentido de conhecer o padrão de qualidade que devia receber, entender as propostas da Reforma Sanitária e ocupar o seu espaço na gestão dos serviços.

Havia uma tendência entre os mais antigos em achar que se o processo de mudança já foi deflagrado e avançava fazendo conquistas significativas, as modificações a serem operadas a nível da instituição já se achavam previstas nos planos e ocorreriam à medida que fossem os mesmos implantados integralmente.

Opinião de médico, com cargo de direção, funcionário da
instituição há 8 anos

"Acho que já entramos no bom caminho. Agora é segurar a peteca e ter um pouquinho de paciência, que as coisas vão acontecendo. O negócio é ir manobrando com calma e com jeito, para não entornar o caldo. Tem problemas aqui dentro, tem problemas lá fora ... é ir manobrando. Qualquer cirurgia, a mais radical, tem que ser feita tempo por tempo."

Os mais jovens pareciam considerar tímidos os resultados alcançados em termos de atividades-fins, achando que face à política de saúde vigente e à estrutura já montada, era possível avançar muito mais e em tempo mais curto.

Opinião de enfermeira, com cargo de coordenação de área,
funcionária da instituição há 2 anos

"Se a gente para, cai ... é como bicicleta. Tinha que aproveitar que já chegou até aqui; aproveitar a maré e avançar mais. Ainda falta muita coisa. Do nosso lado, só podemos é trazer para cá (para o nível central) aquilo que se passa lá (nas unidades)."

Respondendo à indagação referente à auto-avaliação que faziam da sua participação para que se processassem aquelas modificações, os médicos afirmaram que o seu papel a nível central era usar o máximo de habilidade possível para vencer as resistências às medidas consideradas fundamentais para a execução da política da Instituição, contornando as dificuldades internas e aquelas externas à Instituição.

As enfermeiras entendiam que o seu papel era trazer ao nível central as questões e reivindicações das equipes locais e da clientela, utilizando-as como argumento para a tomada de decisões pela cúpula.

Como se observa, embora admitisse a necessidade de amplas e profundas mudanças no sistema de saúde, para que ele pudesse adequar-se em termos quantitativos e qualitativos às necessidades da população, o nível central tinha um conceito que se pode considerar favorável acerca do mesmo.

Como responsável maior pela sua administração, ao avaliá-lo

estava, de certa forma, promovendo uma auto-avaliação. As críticas, portanto, acerca da competência, austeridade e compromisso não podiam chegar ao ponto de ameaçar a permanência de seus integrantes nos postos que ocupavam, nem colocar em xeque a continuidade do modelo de política que defendiam. Admitem-se mudanças *no sistema* mas não *do sistema*, como lembra Demo⁵⁷. Até porque as bases do mesmo são fixadas pelo órgão maior, no caso, da Administração Municipal, de quem dependia, em última instância, a sustentação formal do grupo dirigente da instituição. Brownlea destaca que, por maior que seja a abertura de um sistema à participação de todos os seus componentes nas decisões maiores, sua cúpula se reserva sempre uma parcela extra de poder, o que, para Lapassade¹⁰¹ e Muchielli¹¹³ jamais é assumido de forma explícita. O que agrava este dilema é a dependência que a cúpula tem com relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes locais e, porque não dizer, com relação à frequência da clientela, cuja demanda para os serviços deve atingir um mínimo necessário para justificar, política, social e economicamente, a existência dos mesmos, segundo observa Sucupira¹⁴⁴, com muita propriedade. Por isso, com certa frequência, decisores e planejadores aparentam uma conduta contraditória, mostrando-se incentivadores da descentralização do poder institucional ao mesmo tempo em que tolhem a participação dos demais atores nas decisões.

Os indicadores que utilizavam nesta avaliação e a forma de interpretá-los se encontravam extremamente aderidos à visão reformista da instituição naquele momento. Daí a supervalorização dos êxitos e a

minimização dos fracassos. Ressaltava-se o aumento da capacidade de atendimento e da resolutividade embora se reconhecesse que os indicadores utilizados necessitavam de grande refinamento.

Deve ser ainda reconhecido que é o nível central aquele que detém as informações mais completas acerca das limitações de ordem política e financeira e das opções estratégicas de manejo das dificuldades, o que costuma levar a um privilegiamento daqueles que medem a efetividade. Em outras palavras, fixa-se um padrão de excelência que não é calcado em indicadores epidemiológicos ou de satisfação da clientela, mas nas possibilidades estratégicas permitidas pela conjuntura, pela comparação com o desempenho da instituição em administrações anteriores ou com a *performance* alcançada por outras instituições à sua volta.

Além disso, quanto mais alta a posição, melhor a visão panorâmica e menor a nitidez dos detalhes. Ao mesmo tempo em que o nível central é contemplado pela visão de conjunto, é penalizado pela dificuldade em ter acesso a particularidades que podem ter um peso decisivo no desempenho e que freqüentemente se perdem nas consolidações de informes ao longo dos fluxos de comunicação. Daí porque aumentam as críticas quando se parte do ápice da estrutura organizacional para a sua base.

As diferentes atribuições dos ocupantes do nível central e as condições em que desenvolviam suas atividades, explicavam as diferentes visões acerca dos aspectos a privilegiar na avaliação.

As chefias superiores voltavam-se para os resultados, até porque lhes eram permanentemente cobrados pelo prefeito, vereadores, imprensa, comunidade e financiadores.

Os coordenadores de área mostravam-se preocupados com os aspectos estruturais, o que se compreende pela pressão sobre eles exercida pelas chefias superiores no sentido de transformar os investimentos feitos em melhor funcionamento da rede de serviços; pelos funcionários do nível local, que viam neles o segmento do nível central mais acessível a quem reclamar melhores condições de trabalho e por uma clientela ainda na fase de buscar suprir sua carência quantitativa de serviços.

Sem este contato tão frequente com o nível local e sem responder diretamente pela produção quantitativa de serviços, os supervisores de medicina e de odontologia valorizavam mais os aspectos qualitativos do atendimento de seus pares, problema crônico da assistência pública de saúde e que não pode ser resolvido com simples aumento de aporte de recursos, mas dizem respeito a fatores que não se acham exatamente sob controle da instituição, como é o caso da formação e da consciência social dos profissionais de saúde.

Ainda com relação aos indicadores utilizados para avaliar o sistema de saúde, podemos relacionar a preferência dos mais antigos pelos aspectos estruturais, à sua convivência, no passado, com um número pequeno de unidades, a maior parte delas em ruínas e por serem os arquitetos do novo modelo cuja ênfase inicial foi aplicada na

obtenção de melhora significativa dos aspectos estruturais. Justifica-se, assim, o seu entusiasmo com a diversificação das atividades e com o aumento da capacidade de atendimento das unidades, indicadores que utilizavam para medir o desempenho do sistema de saúde como um todo.

Descomprometidos com este passado, possuindo maior preparo técnico e consciência social, em função das exigências dos concursos a que se submeteram e vivendo um clima de mudanças no setor saúde, particularmente na instituição; os mais novos mostravam-se preocupados com as questões relacionadas ao funcionamento dos serviços, cuja melhora, achavam, poderia se processar de forma mais rápida a partir da estrutura já montada.

No tocante aos fatores responsáveis pelo atual nível de desempenho, é possível verificar não apenas uma grande variedade de opiniões entre os integrantes do nível central, mas também a existência de opiniões francamente divergentes com relação à interferência de um mesmo fator.

Assim é que o fácil acesso à participação nas decisões, apontado pelos médicos, parece estar relacionado com o fato de ocuparem aqueles profissionais os cargos de chefia superior, já possuindo, pelas atribuições que lhes são inerentes, uma margem considerável de autonomia para a tomada de decisões. Autonomia que falta aos coordenadores e supervisores e que dela mais se ressentem por terem contato direto com o nível local, onde com frequência lhes são colocados problemas cuja solução imediata não podem dar.

Esta falta, porém, de poder decidir ou acessar ao processo de tomada de decisão, não ocorre de modo uniforme, podendo observar-se que entre os enfermeiros ela é acusada com maior ênfase do que entre os supervisores de medicina e de odontologia. Tal fato remete para algumas possíveis explicações. Uma delas diz respeito à questão mais geral e histórica da falta de autonomia do profissional de enfermagem¹³⁸ e à questão específica das pressões já referidas sobre os coordenadores, o que os coloca constantemente frente à necessidade de resolver impasses surgidos nas unidades e que entravam o seu funcionamento.

O destaque dado pelos enfermeiros aos aspectos relacionados à normatização e ao gerenciamento como sendo importantes para definir o nível de desempenho, está de acordo com a sua própria formação profissional e com a função que têm na instituição e que os leva, na prática, a suprir a falta de chefias em todas as unidades.

A importância atribuída pelos supervisores de medicina e odontologia ao número de médicos e odontólogos e à qualificação do pessoal de enfermagem parecem estar de acordo com o espírito corporativista bastante arraigado naquelas profissões e com a visão nelas predominante quanto ao papel das demais profissões de saúde e sua importância relativa.

É importante destacar a valorização dada pelos mais antigos à superação de certos problemas com os quais conviveram até agora na qualidade de crônicos e que acham não terem ainda expurgado.

totalmente.

Já o entusiasmo dos mais novos com a seriedade e o compromisso da cúpula com as mudanças, se inscreve dentro de sua visão mais crítica e ao seu nível de politização, exigidos, como já referimos, nos concursos que lhes deram acesso à instituição.

Identifica-se ainda uma maior valorização do planejamento e da organização como determinantes do nível de desempenho, entre os integrantes do nível local que possuíam formação específica em cursos de Saúde Pública ou Administração de Serviços de Saúde.

Enquanto isso, as pessoas com experiência em trabalho comunitário atribuíram grande importância à participação popular como elemento capaz de ter sensível interferência no desempenho do sistema de saúde, fato que mostra o papel das idéias e vivências pessoais nos posicionamentos assumidos tendo em vista que não havia experiências concretas de tal participação a nível das questões de saúde em Olinda, na época.

Entre as soluções apresentadas para os problemas, aquelas que obtiveram aprovação unânime foram o aumento do número de unidades e o melhoramento quantitativo e qualitativo dos seus recursos, embora tenham havido divergências quando à ordem dada àquelas prioridades. Parece natural este resultado considerando-se que se acha plenamente de acordo com a estratégia prevista na política de saúde e com a tática adotada pela atual administração. Além disso, é bastante difícil, entre todos os segmentos interessados na questão de saúde,

que se encontrem vozes discordantes quando se levantam propostas desta ordem, as quais entre outras coisas aumentam o poder de alcance da instituição, multiplicam o número de empregos para os profissionais de saúde e distendem a oferta de serviços à população.

A descentralização das decisões com maior autonomia para os coordenadores e um funcionamento adequado do Departamento Administrativo, foram apontados pelos enfermeiros como elementos fundamentais para solucionar as questões maiores da instituição, na medida em que agilizam a resolução dos problemas mais rotineiros surgidos nas unidades. A implantação da hierarquização apareceu aqui como uma forma de devolver à instituição uma responsabilidade considerada acima das condições deste grupo.

A instalação de uma adequada estrutura para exames complementares e internação, proposta pelos médicos como uma das soluções para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, reflete uma queixa tradicional daqueles profissionais sempre que se acham trabalhando em serviços de atenção primária. E quando apontam para a melhoria das condições de vida da população como a definitiva solução para os problemas do sistema de saúde não se pode ler necessariamente como testemunho do seu nível de consciência social tendo em vista que freqüentemente aquela constatação é apresentada como forma de ocultar sua própria responsabilidade nesta questão.

Quando a supervisora de odontologia citou como importante a normatização dos procedimentos técnicos no seu campo específico,

estava sem dúvida advogando a necessidade de um instrumento cuja falta dificultava o seu trabalho no dia-a-dia. No entanto, quando apontou o crescimento do nível de consciência da população acerca dos seus direitos e acerca do que é um nível aceitável de atendimento, não agia apenas em função de seu nível de conscientização mas da visão crítica acerca dos próprios limites, como supervisora, para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população por seus colegas.

Em se tratando do prognóstico, é possível perceber mais uma vez a importância do conhecimento que os mais antigos têm da instituição como referencial para sua avaliação sobre a mesma. Consideravam que o mais difícil já foi feito, ou seja, as modificações estruturais e a implantação de um novo estilo de chefia, com ênfase no planejamento, racionalização e seriedade. Portanto, o horizonte acenava com amplas possibilidades de continuação do processo instalado pois se contava com uma equipe mais consciente, egressa de concursos nos quais este critério foi usado como selecionador; com uma estrutura mais ampliada, fortalecida e organizada; com o compromisso dos possíveis futuros prefeitos de dar continuidade às conquistas da instituição e com um movimento sanitário, que a nível nacional, avançava para a implantação da municipalização.

Esse otimismo era compartilhado pelos funcionários mais recentes, porém com algumas reservas e pontos de reparo, o que se explica pelo fato de que o seu referencial não tinha maior conexão com um passado institucional sombrio, sendo muito mais influenciado pelos objetivos da Reforma Sanitária, conteúdo dos cursos, leituras e fóruns

de discussão dos quais participaram. Assim, não viam os progressos esperados para o futuro como sendo uma decorrência natural e automática das modificações já implantadas, mas encaravam a reforma como um processo em andamento não como uma etapa vencida e consolidada. Avaliavam que o impacto sobre o nível de saúde, produzido pelas modificações e investimentos feitos ainda era tímido e questionavam que já não se tinham as costumeiras justificativas das demais instituições de saúde, pautadas na sua crônica carência de recursos, para o não atingimento das metas.

A opinião dos médicos, que enxergavam seu papel no sentido de contribuir para o avanço do trabalho na instituição como sendo o de manobrar taticamente com os progressos já alcançados, reforçando as conquistas, eliminando resistências e contornando dificuldades, parecia próprio de quem conduzia o processo detendo poderes para interferir sobre ele, seja por ocupar os cargos de chefia ou por acessar a eles com facilidade uma vez que os mesmos eram preenchidos por seus pares.

Reforça esta percepção o pequeno entusiasmo das enfermeiras com relação ao seu papel nas mudanças, que consideravam restrito à função de ligar a base do sistema à cúpula. É possível identificar nesta forma de se auto-situar na estrutura e no processo, como aqueles profissionais se sentiam destituídos de poder e à margem das decisões; que apenas fluíam através deles, descendo do nível central e transformando-se em medidas operacionalizadas no nível local, situação que contrastava com as suas atribuições de coordenadores de área,

devendo constituir-se, portanto, no nível intermediário do sistema. A regionalização foi um dos propósitos que caminhou com maior parcimônia, desde a divisão das áreas até a nomeação dos coordenadores, os quais ainda não tinham um escritório de trabalho instalado em suas áreas. Este ritmo lento de implantação não dependia apenas das questões organizativas, mas também do fato de que representava uma descentralização do poder decisório, o que, numa fase de reforma, representa um trunfo cuidadosamente administrado pelos seus detentores.

2.2.4.2 AVALIAÇÃO INFORMAL FEITA PELOS FUNCIONARIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE

Diferentemente dos integrantes do nível central, as equipes locais apresentaram mais restrições ao trabalho desenvolvido nas unidades, embora o considerassem de qualidade aceitável, em função da conjuntura política, das condições de vida da população, da realidade administrativa do serviço público, do nível de investimentos feitos em saúde e do grau de articulação existente entre as instituições que atuam no setor.

Para justificar sua apreciação, valeram-se dos seguintes indicadores:

- Estruturais

- a. Ligados às Condições Materiais

- número de unidades existentes
- qualidade das suas instalações
- suficiência do material permanente e de consumo
- b. Ligados aos Recursos Humanos
 - número de profissionais
 - qualificação técnica dos mesmos
 - grau de compromisso com a política da instituição
 - tempo de permanência nas unidades
 - nível de entrosamento nas equipes
- c. Ligados à Oferta de Serviços
 - capacidade quantitativa de atendimento
 - diversificação dos serviços oferecidos em cada unidade
- De Processo
 - nível de relacionamento profissional-paciente
 - ênfase no atendimento preventivo
- De Resultados
 - essencialidade dos serviços para a população
 - satisfação da clientela com os serviços
 - preferência da população pelas unidades

Os profissionais médicos se referiram à questão da retaguarda como de fundamental importância, afirmando que as unidades de melhor desempenho eram exatamente aquelas que contavam com várias especialidades e com um laboratório de análises clínicas; que este desempenho seria ainda melhor se houvesse a cobertura do atendimento hospitalar e de um sistema mais estruturado de serviços complementares

de diagnósticos e tratamento.

Opinião de médico, lotado no Centro de Saúde de Peixinhos, há 2
anos

"Não há dúvida que se trabalha melhor quando se pode encaminhar para um colega especialista e o paciente sabe que vai ser atendido. A prova é que nesse posto (Peixinhos), todo mundo sai satisfeito. De vez em quando, eu até acompanho o paciente e vou com ele, no consultório do clínico, por exemplo. Agora, imagine se o laboratório tivesse condições de fazer outros exames. Se a gente contasse com um ultrassom, uma maternidade dando retaguarda ... É claro que aí todo mundo ia querer vir para cá. Hoje a gente não dá conta da demanda. As meninas (repcionistas) mantêm o atendimento organizado. Isso já resolve metade do problema. Você sabe ... com a situação de miséria que a população vive ... e o país sem investir pesado em saúde ... sempre sobra para os serviços."

Nota-se que julgam fundamental a organização para atendimento, que consideraram bastante satisfatória. Entendiam, de modo geral, que os problemas existentes decorriam de condições externas à instituição e que não eram passíveis de reversão pelo trabalho da mesma, como era o caso da miséria da população e da política de financiamento do setor saúde.

Os odontólogos, por sua vez, referiam como indicadores de desempenho, o nível aceitável das suas condições materiais de trabalho

e a ênfase que a instituição procurava aplicar na ligação entre prevenção e cura.

Opinião de odontóloga, lotada no Centro de Saúde de Peixinhos, há
8 anos

"Trabalho melhor do que a média dos colegas, que estão nos serviços públicos. Olhe o ambiente. Não é o que tenho no consultório, mas é limpo, o equipo funciona, o instrumental é o suficiente, não falta material ... Você mesmo não ia ter medo de sentar nessa cadeira! Ninguém fica aqui só fazendo exodontia ou só na demagogia de dar aula de prevenção, quando o paciente está com a cara inchada, de um abscesso. A coisa é integrada. Orienta-se o paciente, aproveita-se o que se pode de sua dentição, tira-se da urgência quando é o caso ..."

As atendentes mostraram-se igualmente preocupadas com as condições materiais, principalmente relacionadas com o espaço físico, às vezes restrito, para a realização de determinadas atividades e com o abastecimento do material de consumo, principalmente medicamentos, e aqueles utilizados para a prática dos curativos e injeções. Indicaram ainda como fator primordial em suas análises a capacidade quantitativa de atendimento da demanda, bastante defasada nas unidades de maior porte.

Opinião de atendente, lotada no Centro de Saúde da Base Rural, há
4 anos

"Acho que o atendimento é bom. A médica é boa e interessada. O pessoal gosta muito. O problema é que só vai melhorar quando a gente passar para o posto novo, que estão construindo. Aqui não tem vacina, não dá pra fazer curativo, porque falta estufa e geladeira. Também, não tem luz elétrica! A médica só falta se acabar de calor porque não dá nem pra ligar um ventilador."

A existência de uma supervisão, embora ainda pouco satisfatória a seu ver, pela pequena frequência das visitas e pelo pequeno porte de resolução dos problemas, também surgiu como indicador de avaliação. Deve ser destacado que também a nível local, foram os funcionários mais novos que apresentaram uma postura mais crítica.

Opinião de atendente, lotada no Posto de Saúde de Vila Esperança,
há 2 anos

"É claro que é melhor ter o postinho do que nada, mas, pra ficar só com um agente de saúde, sem médico, precisava haver mais supervisão, a gente ter tempo integral aqui e não ficar meio expediente em cada posto. Eles (o nível central) precisam levar mais a sério esse posto. Parece que tendo uma agente, não precisa ter mais nada. O material de consumo vem, mas a geladeira não está funcionando bem e a estufa, levaram há seis meses para trocar e, até hoje, nada."

Os indicadores já referidos ganharam pesos diferentes, em função da unidade pesquisada. Assim é que no Centro de Saúde de Peixinhos, a maior das unidades integrantes da amostra, a equipe destacava a possibilidade de encaminhamentos internos, o entrosamento entre profissionais e a organização do atendimento como os indicadores responsáveis pelo bom desempenho, ao passo que a defasagem entre a capacidade quantitativa de atendimento e a pressão da demanda foram citados como fatores negativos na performance da unidade.

No Centro de Saúde de Passarinho, onde pontificava um generalista, situado nos limites do Município, a falta de regularidade no abastecimento e de mais um médico, eram apontados como as medidas que faltavam para que o trabalho passasse a ter uma performance ótima.

Na Unidade de Saúde da Base Rural, também com um generalista, os indicadores apontados para justificar o nível precário de desempenho foram as condições do prédio e das instalações, do material permanente, da regularidade do abastecimento e da supervisão, da possibilidade de encaminhamento para outros serviços e das condições de vida da clientela.

Na Vila Esperança, em um Posto cuja equipe se resumia a uma atendente, trabalhando em meio expediente, avultavam também as condições materiais como indicadores de desempenho, sendo citada a suficiência do material de consumo como fator positivo e a falta de material permanente e de tempo integral para a atendente como negativos.

De um modo geral, entendiam os funcionários do nível local que boa parte dos problemas que interferiam no desempenho de suas unidades estavam na decorrência de fatores externos e portanto suas soluções independiam dos esforços da instituição. Foi o caso das condições de vida da população, cujo acesso a educação, assistência social e água precisava ser radicalmente ampliado.

A nível interno, apontavam mudanças a nível de comando do sistema, que a seu ver deveria se fazer presente por mais tempo nas unidades, ao menos através dos Coordenadores.

Opinião de auxiliar de enfermagem, lotada no Centro de Saúde de
Peixinhos, há 2 anos

"É até uma blasfêmia não reconhecer que hoje as coisas estão bem melhor. Agora essas enfermeiras, coordenadoras, supervisoras ... sei lá ... será que não dava pra estarem mais com a gente aqui no posto ? Pra resolver os problemas aqui ... que o Secretário não pode, lá na secretaria, saber de tudo, fazer tudo. Aqui embaixo é que o negócio aperta. Eu escuto cada uma! ... parece que o pessoal descarrega os problemas em cima de nós. Pra eles, já falta tudo na vida. Se falta aqui alguma coisa, eles ficam subindo pelas paredes, chorando ... Elas (as coordenadoras), aqui com a gente, tendo força pra resolver as coisas, era beleza."

Reclamavam também a melhoria do abastecimento e a manutenção dos materiais, promovendo um equilíbrio mais justo entre as exigências e as condições de trabalho das equipes, incluindo aumento do quadro de

pessoal e revisão dos salários.

A nível da gerência do sistema de saúde, defendiam a criação da retaguarda para o subsistema de ações básicas e aumentando a capacidade de atendimento deste em termos quantitativos e qualitativos.

Foi verificado que os médicos concentraram suas propostas de mudança na criação da retaguarda para as unidades e na melhoria dos salários.

Opinião de médico, lotado no Centro de Saúde de Peixinhos, há 5
anos

"É como digo. Havendo retaguarda segura de alguns especialistas e de internação, o resto a gente resolve. Nem precisa essa pressão por (cumprir) horário. O que faz a gente demorar no serviço, é condições de trabalho, que passa também pelo salário melhor. A prefeitura investiu mais em saúde e já melhorou. Se investir ainda mais, o resultado tem que ser ainda melhor. É ou não é ?"

O pessoal de enfermagem, por sua vez, apontou como modificações estratégicas para viabilizar todas as outras, a organização das equipes locais e sua aliança com a clientela para a proposição de mudanças.

O abrandamento das exigências, principalmente no que diz respeito ao horário de trabalho, apareceu como ponto de consenso entre os funcionários mais antigos, ao passo que os mais novos pugnavam por

melhores condições de trabalho.

No Centro de Saúde de Peixinhos, a ampliação do prédio e da equipe, a criação da retaguarda hospitalar e a maior permanência da Coordenação de Área no serviço surgiram como modificações mais importantes.

No Centro de Saúde de Passarinho, onde um novo centro de saúde já estava em construção, a reivindicação de melhores instalações cedeu lugar à necessidade de um outro médico, para ampliar o horário e para dividir o atendimento por especialidades, e à regularização do abastecimento do material de consumo.

**Opinião de médico, lotado no Centro de Saúde de Passarinho, há 5
anos**

"Uma retaguarda de laboratório mais fácil e rápida. Outro colega para dividirmos especialidades e aumentar a oferta de serviços. Eu não faço nada de ginecologia e obstetrícia."

No Centro de Saúde da Base Rural, às propostas apresentadas pela equipe do Centro de Saúde de Passarinho, juntaram-se aquelas relativas às reformas sociais mais amplas, incluindo melhores condições de saneamento básico e educação para todos, além de mais verbas para o setor público de saúde.

**Opinião de médica, lotada no Centro de Saúde da Base Rural, há 2
anos**

"É complicada a situação. Precisamos urgentemente de um ambiente melhor. Outro espaço, equipado, sem faltar medicamentos. Isso não resolve o problema de saúde, como um todo, porque a população precisa de água, comida, educação, moradia melhor ... mas já ajudaria muito ..."

Na Vila Esperança, achava a atendente que a simples autorização para que passasse a dar expediente integral já resolveria os problemas que uma unidade daquele porte deveria atender.

**Opinião de agente de saúde, lotada no Posto de Saúde de Vila
Esperança, há 2 anos**

"E preciso haver uma equipe em qualquer posto. Sozinha, sou andorinha que só faz verão. Precisamos é de chuva. Chuva de recursos. Agora, essas equipes tem de se aliar com a população para defender o posto. Assim, como está, está parado. E essas coisas quando param, logo, logo, começam a andar pra trás. Quem viveu esses anos todos em movimento popular, sabe disso."

Quanto a sua participação no processo de mudança, os integrantes das equipes locais se julgavam impotentes achando que sua chance de luta estava restrita às tentativas de compensar as deficiências existentes nas unidades, utilizando expedientes como a obtenção e distribuição de amostras de medicamentos e a solicitação informal de apoio a outras instituições. Afora isso, só restava reclamar ao nível central, dentro da rotina forma da instituição, a solução para os problemas.

Opinião de médico, lotado no Centro de Saúde de Passarinho, há 5
anos

"O que é da minha obrigação, já faço. Minha participação é fazer direito o meu trabalho. Não tenho tempo para reunião que não seja de serviço. E o que é que eu vou reclamar? Tudo que eles já sabem! Vão me dar a mesma atenção que dão ao que eu reclamo por escrito no livro (de ocorrências). Tem gente que tem jeito para liderar movimentos. Eu não! Trago umas amostras; às vezes até encaminho para amigos meus, que atendem de graça em alguma instituição filantrópica, e assim vai."

Alguns diziam não possuir tempo para dedicar a este tipo de luta; outros achavam que não dispunham de poder para tal e portanto nem seriam ouvidos pelo nível decisório da Secretaria; e havia os que achavam que tal luta deveria ser liderada por alguém ao mesmo tempo sensível, capaz e conhecedor da problemática e que não surgira até então.

Opinião de atendente, lotada no Centro de Saúde da Base Rural, há
2 anos

"Que força eu tenho para mudar essas coisas? Se eu me queixo às coordenadoras e elas dizem que não podem fazer muito, só levar os problemas para a secretaria? Imagine eu! Essas coisas tinham de ser feitas por gente de peso, gente que elas dão ouvido ... assim como o senhor."

De um modo geral identifica-se uma visão mais crítica dos integrantes do nível local acerca do trabalho da instituição o que deve estar ligado à sua posição de ponta do sistema, tendo que transformar em medidas práticas as formulações gerais da política e de contornar as deficiências estruturais para responder à pressão direta da demanda. Esta condição leva ao dilema apontado por Sucupira¹⁴⁴, em que o membro da equipe local ora representa a instituição e suas normas, ora contribui para subvertê-la, aliando-se à clientela.

E importante destacar que, apesar da tendência natural no sentido de atribuir a responsabilidade pelos problemas ao nível central, fato comum dentro da atmosfera de conflito administrado existente entre os níveis hierárquicos das instituições⁸³; percebe-se a consciência acerca dos fatores limitantes que se acham fora do controle da administração da Secretaria de Saúde, chegando-se a admitir que, face a tais dificuldades, o sistema pode ser considerado como tendo um desempenho aceitável. Isto, de certa maneira, contraria os resultados de algumas pesquisas que atribuem ao nível local uma visão crítica restrita ao universo da unidade de saúde e aos problemas do seu dia-a-dia^{128, 143}.

Além disso, mesmo havendo a postura de advogar em causa própria, o grupo destaca como indicadores para a avaliação deste desempenho alguns aspectos intimamente aderidos à qualidade do seu próprio trabalho, como é o caso da relação profissional/paciente, a satisfação da clientela e a preferência da mesma pelas unidades.

Isto não deixa de refletir as alianças que profissionais e pacientes começam a fazer para enfrentar os problemas advindos da sofisticação tecnológica, da complexidade das organizações de saúde, da crescente consciência crítica do consumidor e da expansão das idéias acerca do controle de qualidade dos serviços de saúde e da participação da sociedade em sua gestão⁶⁷. Nos relatos feitos pelos médicos, é possível perceber uma preocupação acentuada com o modelo de atenção primária e com o funcionamento de hierarquização dos serviços, o que se justifica em parte pela resistência do grupo às ações simplificadas e ao próprio estágio precário de funcionamento do esquema de hierarquização. A valorização dada à questão da organização do atendimento é compreensível por interferir diretamente no trabalho daqueles profissionais. Quanto à indicação da *PROBLEMATICA SOCIAL*, como responsável maior pela constante defasagem entre as necessidades de saúde da população e a capacidade dos serviços para atendê-la, já destacada pelos seus colegas do nível central, é aqui ainda mais sentida pois se traduz na pressão por atendimento, no estado físico e emocional dos pacientes durante a consulta e nas suas condições para cumprir a parte que lhes cabe do tratamento.

Quanto aos odontólogos, o destaque dado à questão das condições materiais para o exercício das atividades parece relacionar-se com o tipo de trabalho que desenvolvem, no qual os equipamentos, o instrumental e o material de consumo têm papel fundamental. O valor atribuído à integração entre a prevenção e a cura resulta de um desafio que tem atravessado a história da odontologia sanitária, como

bem assinala Sager¹³², ao defender uma nova filosofia para a profissão, repisando a necessidade da combinação entre a intervenção preventiva e curativa.

A referência que fizeram os funcionários mais antigos à necessidade de um abrandamento nas exigências de cumprimento dos horários tem a ver com o seu passado na instituição, habituados a condições bem mais amenas no que diz respeito a este particular. Os mais novos, que já foram admitidos na vigência deste novo esquema, tinham suas reclamações dirigidas para um outro aspecto que era a melhoria das condições de trabalho, o que tornaria sua permanência, dentro do horário exigido, mais útil e menos penosa.

É possível também identificar que as equipes das unidades menores reivindicavam a solução de questões mais simples. Responde por isto não apenas a própria simplicidade do seu atendimento, mas o fato de que, sujeitos a todo tipo de carências, habituaram-se a ver as soluções que exigem maior complexidade como virtualmente impossíveis de atendimento. Pedir o mínimo passou a ser uma estratégia.

É evidente a sensação generalizada de impotência para intervir no nível do desempenho da instituição e aqui é possível identificar três fatores se destacando como intervenientes: a descentralização administrativa ainda relutante em sair do discurso para a prática; a falta de comunicação para o nível local sobre o peso que seus informes, opiniões e reivindicações tinham na condução da Secretaria e o próprio nível de consciência dos funcionários, que

ainda não aproveitavam os espaços que tinham para questionar o nível central, de forma organizada, parecendo manter a tradicional premissa de que as autoridades superiores avaliam, planejam e decidem, cabendo às unidades tão somente a execução da prestação dos serviços à clientela. Ainda existia o temor quanto a possíveis represálias e o descrédito quanto ao nível de atenção que lhes seria dado.

2.2.4.3 AVALIAÇÃO INFORMAL FEITA PELA CLIENTELA DOS SERVIÇOS

Não foi possível obter junto à clientela uma convergência de opiniões capaz de levar a um parecer único ou, ao menos, predominante, acerca do nível de desempenho dos serviços. Isto porque os Centros de Saúde de Passarinho e da Base Rural tinham julgamento positivo por parte de suas clientelas; o Posto da Vila Esperança foi severamente criticado e com relação ao Centro de Saúde de Peixinhos, as opiniões se dividiram, havendo inclusive respondentes que não se julgaram em condições de emitir um parecer global, fazendo questão de ressaltar a existência de aspectos altamente vantajosos, ao lado de outros precaríssimos.

Opinião de cliente, com idade de 50 anos, frequentadora do Centro de Saúde de Passarinho, há 10 anos

"Esse postinho aqui é quem me vale. Só em ser perto de casa, já é

tudo. A gente não fica esperando duas horas pra ser atendido. Ninguém volta sem passar no médico. Agora, precisava era ter dentista e exames (laboratoriais) pra ficar ainda melhor."

Opinião de cliente, com idade de 30 anos, frequentadora do Centro de Saúde da Base Rural, há 6 anos

"Ah, professor, aqui é o maior sacrifício pra tudo. O senhor já pensou se não tivesse esse posto? E uma bênção! A menina (atendente) é um doce e a doutora nem se fala! A casa é que é desconfortável."

PESQUISADOR: *"Como assim?"*

"Faz muito calor, não tem luz (energia elétrica) pra botar nem um ventilador. Não dá pra manter limpa porque esse piso (de cimento grosso) é muito carrasco e, sem água corrente, aí é que danou-se..."

Opinião de cliente, com 26 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde de Peixinhos, há 6 anos

"Não sei ... é difícil ... é bom esse posto aqui, mas tem umas coisinhas que não dá pra aguentar."

PESQUISADOR: *"O que há de bom e de ruim no posto?"*

"Olhe, o atendimento (médico) era muito bom. A doutora até nos reunia (os diabéticos) todo mes para dar explicação sobre a doença ... ver se a gente estava sabendo controlar. Sabe? Um dia, eu não pude ir porque não podia andar e ela mandou o carro da prefeitura me buscar. Imagine! Depois, ela saiu ... parece que

foi fazer um curso e esse, que veio, demora demais para atender porque ele passa gente conhecida dele na frente e fica batendo papo ... quando chega nossa vez, já está todo apressado, olhando pro relógio. Acabou reunião, acabou tudo!"

Opinião de cliente, de 20 anos de idade, frequentadora do Posto de Saúde de Vila Esperança, há 2 anos

"Ora, veja o senhor! Um posto que não tem médico, falta remédio direto, a moça (atendente) vai medir a pressão e dar injeção em casa, quando é gente amiga dela, mas nós só encontramos o posto fechado. Quando está aberto, é aquela demora, é aquela má vontade que faz até medo o curativo arruinar."

Quanto aos indicadores utilizados para justificar o julgamento atribuído, podemos identificar os seguintes:

- nível de atenção, solicitude e eficácia dos funcionários;
- capacidade de atendimento global da demanda;
- rapidez de atendimento;
- existência de médicos, dentistas, exames laboratoriais e distribuição gratuita de medicamentos;
- proximidade da unidade com relação ao domicílio do cliente;
- continuidade dos programas e das rotinas e
- condições de higiene e conforto da unidade

Tais indicadores, em parte, foram interpretados como positivos ou negativos em função do tempo que o cliente tinha de frequência à unidade e de sua relação com a equipe da mesma, o que implicou em maior ou menor facilidade para a superação das dificuldades estruturais e o tornou mais ou menos crítico. Do mesmo modo, assumiram maior ou menor importância no julgamento em função das condições existentes em cada unidade.

No Centro de Saúde de Peixinhos, a existência de médicos, dentistas, laboratório e medicamentos, foi de forma consensual apontada como a grande vantagem. Com relação às facilidades para atendimento, ao tratamento recebido por parte dos funcionários e às condições de conforto e de higiene da unidade, houve grandes divergências. Os frequentadores recentes, principalmente aqueles usuários do atendimento materno-infantil, mostraram-se muito insatisfeitos, notadamente com as dificuldades de obtenção de fichas para atendimento.

Opinião de cliente, com 22 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde de Peixinhos, há 2 anos

"O posto é uma beleza, agora, conseguir atendimento é que é barra! As funcionárias ficam nervosas e aborrecidas. Já houve até tapa no portão. Tem gente que vem de outros postos e invadem. Agora, passou dali, conseguiu uma ficha, está eleito. A gente tem acomodação pra esperar ... só não tem mais limpeza porque tem muita gente que é porca ... as serventes não podem limpar toda

hora."

Entre os frequentadores mais antigos, alguns se mostraram indulgentes com relação aos problemas alegando que sua própria condição de "decanos" lhes conferia um tratamento diferenciado, ao passo que outros, por isso mesmo, reclamavam melhor tratamento e diziam-se mais conhecedores para emitir julgamentos, inclusive com relação à descontinuidade dos programas.

Opinião de cliente, de 44 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde de Peixinhos, há 10 anos

"Eu não me trato aqui há quase 10 anos. Todo mundo me conhece. E só botar a cabeça naquela janelinha (do guichê) e as meninas dão um jeito para mim não voltar sem passar no médico. Porque esse posto tem tudo!"

PESQUISADOR: "O que é que ele tem?"

"Médicos de criança, de adulto, dentista, exame (laboratorial), remédios, aí todo mundo quer vir pra cá e, aí, fica desse jeito, lotado."

No Centro de Saúde de Passarinho e da Base Rural, a atenção e a eficácia da equipe e as facilidades para atendimento foram unanimemente louvadas, concentrando-se as críticas nas condições materiais, abrangendo instalações prediais, equipamento, instrumental e material de consumo.

Opinião de cliente, com 38 anos de idade, frequentadora do Centro

de Saúde de Passarinho, há 3 anos

"O pessoal aqui faz o que pode e eu não tenho queixa deles. O que falta é material, mais, suficiente para eles trabalharem."

PESQUISADOR: "Que material ?"

"Alcool, gaze, algodão ... falta muito. E o espaço é pequeno para eles e pra gente. Tem hora que a gente só falta sentar no colo da enfermeira para poder caber os dois na salinha de curativo."

Opinião de cliente, de 50 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde da Base Rural, há 6 anos

"Essa doutora é uma santa! Não é todo mundo que topa trabalhar nessa distância, deixando o carro lá no pé da ladeira, trazendo os materiais dela e isso sem cara feia, escutando a gente, dando conselhos."

No Posto de Saúde da Vila Esperança, as críticas foram predominantemente direcionadas à falta de médicos e dentistas. Houve grande divergência de opiniões acerca do trabalho da atendente, julgado "o melhor possível", por alguns clientes, que recebiam sua visita em casa, e considerado abaixo da crítica por outros que freqüentemente encontravam a unidade fechada.

Opinião de cliente, de 54 anos de idade, frequentadora do Posto de Saúde de Vila Esperança, há 2 anos

"Tem gente que baixa o cacete no posto. Está certo que médico, dentista, faz muita falta. Agora, falar mal da M... (atendente),

é baixaria! E inveja, porque ela não vai na casa deles."

PESQUISADOR: "E por que não vai?"

"Eles sabem porque ela não vai."

PESQUISADOR: "Disseram a mim que não sabiam."

(Risada da entrevistada.)

Opinião de cliente, com 30 anos de idade, frequentador do Posto de Saúde de Vila Esperança, há 2 anos

"O problema é que não tem eleição todo ano, aí, quem sabe, a situação dos pobres melhorasse. Eles (os governantes) precisam ver mais a pobreza, sem escola, sem emprego, sem casa, sem saúde ... porque os outros problemas vem tudo daí. E quem tem recursos não precisa tanto como os pobres. Já o caso dos postos, eles tem que ter o pessoal completo."

PESQUISADOR: "O que é o pessoal completo?"

"Médico de criança, de gestante ... dentista ... tudo preparado para atender as pessoas como gente, tratando bem, sabendo conversar. A prefeitura tinha que fiscalizar isso e "apertar" quem não quer trabalhar com pobre."

A par dos problemas apontados, foram indicadas pela clientela dos serviços as seguintes modificações:

- aplicação de maior prioridade ao problema da pobreza pelos governos, no período inter-eleições;
- maior rigor na seleção, preparo, fiscalização e disciplinamento

dos funcionários;

- educação da clientela quanto à utilização dos serviços de saúde;
- proibição da "invasão" de usuários provenientes de outros bairros;
- ampliação da capacidade de atendimento das unidades, melhorando suas instalações, recursos materiais e humanos.

Opinião de cliente, de 32 anos de idade, frequentador do Centro de Saúde de Peixinhos, há 6 anos

"Tem que se orientar as pessoas para procurarem o posto certo."

PESQUISADOR: "O que é o posto certo?"

"Eu não posso ir para um posto se o meu problema é de pronto socorro. Só vai bagunçar a vida dos outros. E se houvesse uma lei no posto de só atender quem é daquele lugar. acabava num instante essa invasão de gente que vem de fora pra cá."

PESQUISADOR: "Mas os postos maiores tem que dar cobertura aos menores..."

"Quem disse isso? Os menores tem que crescer para ter o que esse aqui tem, senão fica tudo como está ... e o que está aí não é bom! "

Opinião de cliente, de 40 anos de idade, frequentador do Centro de Saúde de Passarinho, há 5 anos

"Se aumentar o tamanho do posto, botar outro médico para atender gestante e não deixar faltar remédio, a gente mata a charada. O

que é que vai faltar mais ?"

Opinião de cliente, com 20 anos de idade, frequentador do Centro de Saúde da Base Rural, há 2 anos

"Indo para o posto novo, saindo dessa casa sem condições e vindo sempre o carro (da supervisão) trazer os medicamentos necessários, o "balão"sobe."

Indagados sobre o juízo que faziam acerca de sua participação na implementação daquelas mudanças, as clientelas dos diferentes serviços tiveram pontos de vista variados. No Centro de Saúde de Peixinhos, a noção foi de que a equipe de saúde é que deveria comandar a clientela no processo de reivindicação, pois a associação de moradores cuidava de "outras coisas".

Opinião de cliente, de 30 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde de Peixinhos, há 6 anos

"Quem sabe melhor o que falta, é o pessoal do posto mesmo. Eles é que tem de brigar para melhorar o serviço."

PESQUISADOR: "Mas, vocês, que se sentem prejudicados, não fazem nada?"

"Claro, a associação de moradores, mesmo, está lutando por causa da posse dos terrenos, do tique (ticket) do leite, mas o posto é outra coisa. Já está lá, é só organizar melhor."

No Centro de Saúde de Passarinho, a clientela considerava válido qualquer expediente para evitar a desativação da unidade,

inclusive a cooperação em dinheiro a ser recolhido na própria comunidade.

Opinião de cliente, com 18 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde de Passarinho, há 4 anos

"Se a gente vê que vão acabar, aí a gente faz qualquer negócio, mas ele continua."

PESQUISADOR: "Que tipo de negócio?"

"Ora, a gente faz até uma cota no bairro para recolher dinheiro."

No Centro de Saúde da Base Rural não foi possível obter respostas relacionadas com essa indagação, sendo frequentes nos depoimentos o "não sei", "nunca pensei nisso", "nada posso fazer".

Opinião de cliente, de 26 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde da Base Rural, há 4 anos

"Nós somos tão pequeninhos pra engrossar o caldo! O que é que a gente pode fazer? Eu mesmo não sei. Vai que eles se aborrecem e acabam com tudo ... aí, nem mel, nem cabaco! "

No Posto de Saúde de Vila Esperança, parte da clientela defendeu a necessidade de trazer, mais uma vez, o Prefeito ao bairro, para ver e ouvir os problemas e se comprometer com as soluções. Outros entendiam que o importante era trabalhar a consciência popular para a escolha de dirigentes sérios e capazes.

Opinião de cliente, de 25 anos de idade, frequentadora do Centro

de Saúde de Vila Esperança

"Já chamamos ele (o prefeito) muitas vezes, chamamos de novo. A gente tem é que falar com o dono dos porcos. Aqui, na frente da gente, com a televisão presente, ele não vai deixar o dito pelo não dito."

Opinião de cliente, com 32 anos de idade, frequentadora do Centro de Saúde de Vila Esperança, há 2 anos

"Tem é que tirar a titica de galinha que existe na cabeça de muita gente. Chega a eleição e um vota no que deu meio milheiro de tijolos; outro, no que deu as camisas do futebol. Assim não vai! Fazemos uma assembléia e tiramos a posição. Só fechamos com quem assumir o compromisso de brigar pela pauta. E aí dele se "mijar" fora do caco... Não vai mais ter sossego nem em casa, nem na câmara."

Estando a opinião da clientela fortemente influenciada pelo atendimento que recebe nas unidades, tal opinião evidentemente varia em função da ligação do respondente a este ou aquele serviço.

Este fato é confirmado por Lin e Zalloco¹⁰³, estudando a valorização atribuída pela clientela à assistência prestada por vários modelos de assistência no que diz respeito a segurança, conveniência, conforto, privacidade e outros fatores. Os aspectos que condicionam tal avaliação, como a disponibilidade do instrumental de assistência, a forma de aplicação do cuidado e seus resultados, variam amplamente

entre os serviços⁹.

Assim é que as clientela do Centro de Saúde de Passarinho e do Posto de Saúde da Base Rural, duas unidades de atendimento bastante simplificado, demonstravam um nível de satisfação mais elevado do que as demais. O que acontece com relação ao Centro de Saúde de Passarinho é que a população habituou-se a vê-lo como um serviço complementar, buscando atendimento principal em outros serviços. Tanaka¹⁴⁴ destaca o fato de que, dentro do esquema de utilização dos serviços de saúde, o usuário define com muita clareza quais os serviços principais e quais os serviços complementares. Desta forma, a expectativa daquela clientela era de que lá fossem resolvidos problemas como a aplicação de injeções, a realização de curativos, o controle da pressão arterial. Desse modo, o atendimento sistemático feito pelo generalista e implantado há pouco tempo já era percebido como algo extra, sinal de evidente progresso comparado à precariedade verificada no período em que a unidade ainda não havia sido incorporada à rede de serviços do Município. Esta percepção do serviço como algo que é outorgado pelo Estado, e não como um direito legítimo é frequente na clientela atendida pelos serviços mantidos pelas Secretarias de Saúde, diferente do que acontece com as clientela servidas pela previdências ou pelas "medicinas de convênio" como demonstrou Sucupira¹⁴⁴.

No caso do Posto de Saúde da Base Rural, área sem opções próximas de atendimento e habitada por uma população igualmente desprovida de qualquer seguro de saúde, previdenciário ou privado, o funcionamento de um serviço que conta com médico e atendente pontuais,

sensíveis e atenciosos era supervalorizado, mesmo sendo esta a unidade com mais sérios problemas de infra-estrutura e abastecimento.

Cleary e McNeil⁴⁴ revelam que os serviços menores dedicam ao paciente uma atenção mais personalizada e que este fator, quando aliado ao fácil acesso, torna o julgamento da população acerca dos mesmos bastante positivo.

No Posto de Saúde de Vila Esperança havia uma crítica que era unânime, dirigida à falta de médico. Isto demonstra, em parte, que a população ainda associa a prestação de serviços à figura daquele profissional. Warner¹⁵⁷ detecta que a população, com frequência, exige a presença do profissional médico até para a realização de atividades nas quais é a mesma desnecessária. É comum que clientes só aceitem ser atendidos por outros tipos de profissionais após serem para eles encaminhados pelo médico. E destaca a resistência da população quando da implantação de programas de assistência médica generalista, revelando que a exigência pode ser ainda mais sofisticada, requerendo o concurso de médicos especialistas.

O Centro de Saúde encarregado de receber encaminhamento desta clientela para atendimento médico era próximo. Acontece que aquele serviço já se mostrava bastante sobrecarregado pela população residente em sua periferia o que restringia a oferta de consultas para os moradores da Vila Esperança, obrigando-os a efetuar uma caminhada por terreno acidentado e pouco seguro nas primeiras horas da manhã na tentativa de obter ficha para atendimento. Não deve ser desprezado o

fato de que possuir posto com médico é visto pelas comunidades também como status e fator de diferenciação - e portanto também de discriminação - de umas com relação às outras.

A divisão de opiniões com relação ao trabalho do Agente de Saúde denota a interferência de conflitos de vizinhança e até aqueles ocorridos nas entidades associativas do bairro, nas quais a agente ocupava posição de liderança. Tais conflitos levavam naturalmente a um comportamento de maior atenção aos aliados os quais, em contrapartida, se mostravam mais indulgentes com relação às falhas que os adversários consideravam intoleráveis.

Quando se trata do Centro de Saúde de Peixinhos, uma das unidades de maior complexidade de atendimento, é flagrante a dificuldade da clientela em expressar um conceito global sobre o desempenho do serviço. Aqui nota-se também a interferência que o tempo de frequência do paciente à unidade tem sobre o seu julgamento. Esta experiência mais longa de atendimento leva à formação de vínculos de relacionamento de clientes mais antigos com os funcionários o que, em algumas situações, leva ao empenho destes para contornar certas dificuldades daqueles, inclusive na obtenção de vaga para atendimento¹⁴³. Por outro lado, como significa também um acompanhamento do desempenho em várias de suas fases, esta vivência dos clientes mais antigos implica numa postura mais crítica com relação a determinados aspectos, como a descontinuidade de certos programas.

Ao contrário de muitos estudos sobre determinação da qualidade dos serviços de saúde, como o de Fishman e Wenkart⁷³, o de Walton et al.¹⁵⁶ e o de Steven e Douglas¹⁴¹, onde os aspectos diretamente ligados à relação médico-paciente são citados como altamente relevantes para a satisfação da clientela, encontramos uma referência muito maior às questões relacionadas com o acesso ao atendimento, aspecto muito bem abordado por Unglert et al.¹⁵¹.

Também não detectamos a influência da variável *idade*, no tipo de avaliação feita pela clientela ao contrário do que registram pesquisas de cunho quantitativo com amostra mais ampla como é o caso do trabalho de Medhat sobre paternalismo e consumismo na prática da medicina¹¹⁰.

De um modo geral percebe-se que, embora esteja diretamente interessada no serviço que recebe, a clientela não perde de vista as soluções mais gerais e definitivas para seus problemas de saúde. Tal achado contraria as conclusões de Sucupira¹⁴⁴ acerca da personalização dos problemas feita pelos pacientes e se mostra mais de acordo com o trabalho de O'Neil, citado por Brownlea³⁰. Numa pesquisa levada a efeito numa comunidade índia, pôde constatar aquele autor que as pessoas percebiam claramente seus problemas de saúde como resultantes da problemática sócio-econômica que enfrentavam, dependendo, para sua solução, de medidas a nível da supra-estrutura.

São notáveis as diferentes soluções propostas para o melhoramento dos serviços, o que põe em relevo a influência de

diversos fatores. A comunidade de Peixinhos, embora possuindo órgãos representativos com longa experiência de trabalho comunitário, não vinculava a luta pela unidade de saúde como função das associações e esperavam um comando que partisse da unidade e ao qual a população deveria aderir para reivindicar melhorias.

No Centro de Saúde de Passarinho, que subsistiu muito tempo à base de subvenções recolhidas junto à própria população, ainda se pensava em recorrer a este expediente como forma de fortalecer a unidade. Embora esta modalidade de participação se faça presente em várias experiências, como assinala Agudelo² ao discorrer sobre características de participação comunitária em programas de atenção primária; é frontalmente contrária à política oficial da instituição.

No Centro de Saúde da Base Rural o isolamento da população, o distanciamento - inclusive geográfico - das famílias umas com relação às outras, o seu nível de pobreza absoluta e a falta de um trabalho de conscientização quanto à questão de saúde, por parte das poucas lideranças, concentradas na única entidade representativa local que era o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Olinda e do Paulista, levam à falta de uma proposta de solução para os problemas que incluía sua participação. Esta falta de interesse para participar é, segundo Brownlea³⁰, um achado frequente em certos segmentos de uma comunidade, sendo visto por Demo⁵⁸ como um fato que soma à pobreza econômica a pobreza política.

No Posto de Saúde de Vila Esperança, uma comunidade com

experiência acumulada de luta, inclusive, pela posse da terra, assumindo diretamente a administração de alguns serviços, como a creche, a opinião era de que só a pressão exercida diretamente sobre o prefeito resolveria os problemas que identificam na estrutura e funcionamento dos serviços. É importante destacar a sua falta de crédito quanto à eficácia das reclamações feitas aos coordenadores e ao próprio secretário (chamados "intermediários") e o nível de importância que se atribuíam quando exigiam a presença do prefeito no bairro. Apesar disto, as rivalidades internas entre as lideranças dificultavam uma ação conjunta de maior porte. Acrescia a este problema a questão dos líderes que desenvolviam atividades assalariadas pela Prefeitura. Alguns conseguiam um relativo nível de independência, confiantes de que a própria luta comunitária lhes daria respaldo para a manutenção da função. Outros pareciam retrair-se nas situações de confronto com a Prefeitura, instituição que detinha o poder de manter ou cancelar seu emprego.

2.2.5 ANÁLISE COMPARATIVA DAS DUAS FORMAS DE AVALIAÇÃO

Com base nos avanços ocorridos na instituição, nos últimos anos, em direção a um sistema de saúde planejado e no cenário que se vislumbrava para o futuro próximo, com a continuidade da política reformista da Prefeitura, a condução da política nacional de saúde com vistas à municipalização e a substituição gradativa do funcionalismo

da Secretaria, por pessoas preparadas e comprometidas; era possível estabelecer um prognóstico otimista para a consolidação do modelo então vigente e, dentro dele, do sistema de avaliação.

É preciso, no entanto, considerar que mesmo se cumprindo estas previsões, ainda assim um sistema de avaliação formal sempre conta com limitações que independem da conjuntura mais ou menos favorável ao seu desenvolvimento.

Tais limitações resultam, em parte, da forte influência que sobre ele tem a visão institucional, que classifica, a priori, o que é importante coletar, determina os padrões aceitáveis na análise, escolhe os métodos, técnicas e instrumentos e exige dos funcionários a sua aplicação. Visão institucional que na verdade é formada a partir da interpretação e do manejo de determinadas condições políticas, econômicas e sociais feitas por um pequeno grupo de técnicos e decisores. É que por isso mesmo reflete muito mais as necessidades e problemas da instituição do que aqueles da comunidade e das unidades de saúde.

Macedo¹⁰⁷ afirma que as instituições representam os interesses dos grupos que as controlam e não necessariamente as necessidades da população que delas se servem. Fry e King⁷⁸ lembram o quanto certos modelos de avaliação refletem tão somente os interesses implícitos da burocracia, cuja visão, segundo Lapassade, estanca no último nível da cadeia hierárquica. Alvarenga⁴, tecendo uma análise crítica sobre o enfoque de risco chama a atenção para o fato de que,

por trás de uma proposta aparentemente restrita ao plano técnico, há um propósito ideológico bem definido.

O caráter técnico-burocrático de que se reveste o sistema de avaliação impede sua flexibilidade para captar e/ou analisar certos aspectos. Existem critérios rígidos para validar o que é importante e métodos de complexidade variada para captá-lo. Tal situação termina por privilegiar o técnico como único iniciado nos "mistérios" da avaliação, fazendo-a distanciar-se do leigo, para quem a mesma se torna impermeável.

Extremamente aderido ao planejamento, seu alcance está circunscrito aos objetivos explícitos da instituição, deixando de fornecer informação sobre os objetivos implícitos, cuja capacidade explicativa é muito grande.

Embora esteja sempre lidando com indicadores bastante criticáveis, baseados em médias, sujeitos a grandes variações em função de características as mais diversas, apresenta-se como o modelo objetivo e confiável.

Atribuir cientificidade ao SAF e desprezar o empirismo da avaliação informal seria tão equivocado, segundo afirma Demo⁵⁷, quanto confundir o grau de importância de um fenômeno com a possibilidade de mensurá-lo. Além disso, se considerarmos todos os problemas metodológicos existentes no tocante aos modelos de avaliação, entre eles a falta de confiabilidade dos registros, a dificuldade de identificar quais os resultados que podem ser atribuídos à atuação dos

serviços de saúde e a confusão entre padrões desejados e padrões requeridos, como bem assinala Kraft⁹⁹; não há porque imaginar que os métodos de inspiração estruturalista e funcionalista assegurem melhor qualidade que os demais. Parfrey et al.¹²⁰, discorrendo acerca das dificuldades e fragilidades dos estudos da auditoria ilustram de forma muito clara esta questão.

Por isso mesmo, independentemente da sua qualidade, o sistema de avaliação de uma instituição sempre se apresenta insuficiente (e às vezes contra-producente) para atender à demanda de informações necessárias para o conhecimento, acompanhamento ou tomada de decisão.

Quem termina por suprir esta lacuna é um fluxo paralelo de informação que carece totalmente de sistematização e de testes de confiabilidade; mas é rápida, menos custosa e capaz de captar detalhes de suma importância para a análise e correção de medidas.

A análise deste sistema de avaliação informal, no presente caso, mostra que sua riqueza de informações é evidente. Além disso, o detalhamento da informação e os aspectos qualitativos que apresenta são notáveis. A ser destacada ainda a coincidência das categorias analisadas com aquelas previstas na literatura bem como a pertinência das observações o que lhe confere, no mínimo, um alto grau de complementariedade com relação à avaliação formal.

A par destas qualidades, a avaliação informal fornece uma informação não quantificável, muito circunscrita às opiniões das

peças, as quais estão sujeitas, como vimos, a um número considerável de variáveis, entre elas a profissão, o cargo ou função ocupada, o tempo de trabalho na instituição, o nível de formação profissional, o nível de consciência político-administrativa e o tipo de serviço onde trabalham ou são atendidas.

Stheagall-Gomes¹⁴², revisando a literatura sobre avaliação, chama atenção para a complexidade dos fatores que interferem na formação dos valores, como as experiências anteriores dos indivíduos, os imperativos da situação que vivenciam e suas expectativas. Hall e Dornan⁸⁹, num trabalho semelhante, que chamam de meta-análise da literatura sobre o assunto, também destacam estes pontos. Escobar et al.⁶⁸ afirmam que este tipo de avaliação varia de acordo com o método empregado e até com o estado emocional do paciente no momento em que emite sua opinião.

Barbosa Filho¹⁶ lembra que, do ponto de vista metodológico, é sempre uma avaliação imediatista e sem controle, necessitando, portanto, ser sistematizada.

Por outro lado, é grande o coro daqueles que defendem a importância deste tipo de avaliação, tanto do ponto de vista político e ético, quanto administrativo, estando aí incluídos Azevedo¹⁵, Fry e King⁷⁸, Flynn e Ray⁷⁵, Donabedian⁶³, Davies e Ware⁵³, Hibbard e Baumann¹⁹. De modo mais radical, Demo⁵⁶ é taxativo ao afirmar que, sem levar em conta a opinião do consumidor, não é possível se esperar qualidade. E Blum deixa claro que nenhuma metodologia, por mais

sofisticada que seja, chega a se mostrar tão auto-suficiente a ponto de prescindir da complementação de outras²⁰.

Parece fora de dúvida de que parte das falhas apresentadas pelas duas formas de avaliação podem ser reduzidas pelo intercâmbio de informações entre os dois sistemas, embora não haja motivo para alimentar ilusões de que esta complementariedade resolverá de forma completa e definitiva os sérios problemas por elas enfrentados. Menos evidente que esta constatação é a forma de convivência destes dois modelos, uma vez que seria tão descabido julgar que a solução da questão é formalizar a avaliação informal, quanto seria informalizar toda a avaliação.

O estudo da realidade atual nos leva a constatar que entre as duas existem conexões naturais, outras possíveis e áreas que jamais se tocarão. Isto permite prognosticar que a avaliação formal pode se instrumentalizar para captar de modo mais sistematizado a avaliação informal, seja, por exemplo, através da valorização de informações que circulam nas visitas de supervisão e nas reuniões com funcionários e consumidores; seja através da incorporação mais sistemática de técnicas de pesquisa social.

As preocupações expressas pelos diversos autores acerca das dificuldades para avaliar, decorrentes da natureza do próprio objeto⁵⁸, das limitações dos métodos, técnicas e instrumentos^{6,44,60}; ou dos vícios que os agentes da avaliação imprimem ao processo¹⁴²; são colocados como questões do momento, passíveis de superação. O mesmo

Demo⁵⁸ que constata o quanto é complexo apreender a qualidade através de nossas "armadilhas metodológicas", defende o ponto de vista de que nem por isso deveremos considerá-la como enlevo, divindade, algo cuja determinação é inacessível. O mesmo Pope¹²⁴ que afirma não serem certos fenômenos passíveis de avaliação, está apenas se referindo às restrições da avaliação quantitativa. Entre as saídas propostas para a superação destas questões, destacam-se a mudança da visão marcadamente positivista que ainda predomina na teoria e na prática da avaliação e o incremento de pesquisas nesta área. Acrescentaríamos a estas alternativas a busca de mecanismos capazes de aproximar a avaliação formal da avaliação informal.

A avaliação informal pode, por sua vez, utilizar mais conhecimentos da avaliação formal à medida em que aumente o grau de conscientização do consumidor e da organização dos grupos sociais, por um lado; e à medida em que as instituições investirem numa participação mais efetiva da população no planejamento, gerência e avaliação dos serviços de saúde.

Para tanto, é necessário que haja uma mudança a nível de postura dos profissionais de saúde acerca do que seja avaliação, do papel que desempenha, do acervo de instrumentos e técnicas existentes para avaliar e do modo mais adequado de usá-las.

Tal mudança provavelmente não virá apenas como resultado de um trabalho educativo, centrado na transmissão de informações e cujo produto, como coloca Carlton³⁶, será, quando muito, uma sensibilização

para o problema. Haverá que se evoluir para uma discussão mais ampla entre os integrantes de todos os níveis da instituição e a clientela, acerca da avaliação. Discussão onde os conflitos possam aflorar e os acordos possam ser construídos, como assinalam Fustier⁸², Brownlea³⁰, Zakus¹⁶¹, Fry e King⁷⁸. Tal encontro terá conseqüências proveitosas na medida em que os grupos participantes se dispuserem a buscar em conjunto uma solução e não a impôr aos outros a sua solução.

O fato de que já existe uma convivência entre as duas formas de avaliação ocorrendo dentro das instituições não é motivo para esperar que as duas se ajustem e se complementem "naturalmente". Esta auto-regulação não ocorre de forma automática e o que mais freqüentemente se observa são as distorções sob as quais um ou outro tipo de avaliação é desprezado, super-estimado ou utilizado de forma inadequada.

Lutar para articulação das duas ganha sentido se o objetivo é somar as vantagens de ambas, reduzindo suas falhas. O papel da instituição como fomentadora destas mudanças é inegável, sendo inclusive demonstrado em pesquisas². Para ajustar-se às novas realidades sociais e às políticas delas decorrentes, as organizações estão se flexibilizando para fazer frente à maior ingerência que os consumidores estão começando a ter em setores antes controlados a partir dos gabinetes dos decisores e técnicos^{23,26}.

Para tanto, necessitarão reciclar os sistemas de avaliação e terão de fazê-lo analisando os condicionantes do seu sistema formal, o

fluxo paralelo de informações existente no seu ambiente interno e aquele gerado no seu ambiente externo, destacando-se aí a opinião da clientela.

3. CONCLUSÃO

3. CONCLUSÃO

O modelo utilizado para descrever o SAF colocou em evidência não apenas a entrada, o processo e a saída, mas deu o devido destaque ao ambiente no qual o sistema se acha imerso, acompanhando as modificações do conjunto dentro de uma perspectiva evolutiva. Desta forma, prestou-se para uma análise não apenas comparativa entre o "normal" e o "patológico" mas forneceu a base necessária para a identificação dos fatores explicativos, para uma estimativa do seu nível de influência na realidade e para a determinação de sua forma de atuação na mesma.

Foi possível perceber que a análise baseada num referencial estritamente técnico, a partir do conhecimento existente sobre a estruturação e funcionamento ideal de um SAF, permitiu tão somente a identificação dos condicionantes imediatos, não possibilitando a definição das questões de fundo, o que dificulta a elaboração de propostas realistas e estratégicas. Aponta contradições que só podem ser esclarecidas com a utilização de outros referenciais de análise, nos quais possam ser considerados os aspectos históricos, políticos, administrativos e sócio-culturais.

Tal constatação baseou-se nos resultados da análise técnica feita sobre o SAF escolhido. Tal sistema, na verdade, gerava indicadores quantitativos de produção de serviços, desacompanhados de qualquer tipo de análise administrativa ou epidemiológica, servindo para confirmar, perante os órgãos financiadores, o volume de atos

realizados e para o planejamento imediato de distribuição de recursos para as unidades. Deixava de explorar o potencial apresentado pelos dados para a geração de outros indicadores e não registrava informações que seriam de grande importância, notadamente aquelas de natureza qualitativa.

Como explicações para esse estado de coisas são listados os seguintes fatores:

- falta de infra-estrutura mais adequada para a Assessoria de Planejamento, no que diz respeito às instalações prediais, ao equipamento utilizado e ao número e qualificação dos funcionários ali lotados;
- falta de uma articulação mais efetiva entre a Assessoria de Planejamento e os demais setores capazes de gerar dados significativos sobre a realidade de saúde e sobre a prestação de serviços, principalmente a Divisão de Epidemiologia e as Coordenações de Áreas;
- falta de métodos, técnicas e instrumentos de trabalho capazes de assegurar a coleta, processamento, análise e apresentação de indicadores com qualidade aceitável e no prazo hábil.

Quando situamos esta problemática dentro de um contexto histórico, tivemos condição de verificar como foi se estruturando a questão da avaliação dentro da instituição a partir de variáveis políticas, culturais e sócio-econômicas que atuam sobre a sociedade

como um todo e têm reflexos diretos nas organizações públicas ou privadas. Esta abordagem permitiu o entendimento do ritmo de avanço dos processos, das perspectivas das mudanças em curso e das aparentes contradições entre as proposições e a realidade.

Desta forma, foi possível perceber que embora a instituição tenha setores destinados à avaliação, na sua estrutura organizacional, desde a fundação; essa história tinha apenas 20 anos e destes, só um terço poderia ser contado como o período em que a avaliação passou a ser concebida como um instrumento para planejar e não só para alimentar relatórios. Da mesma forma, é possível situar a evolução do SAF dentro do contexto maior da luta travada para a implantação de uma reforma sanitária a exigir profundas alterações no funcionamento dos organismos de saúde. Estas alterações, embora fossem encampadas pelo grupo dirigente da instituição e encontrassem apoio na política reformista dos prefeitos de então, tiveram seu curso refreado pelas dificuldades naturais para a superação de um modelo anterior, com seus vícios cristalizados e seus mecanismos de auto-sustentação bem estruturados.

O exame do SAF com base nos objetivos, prioridades e estratégias da instituição - o que equivale a sua política de ação - demonstrou até onde aquele sistema atende às finalidades do órgão, lançando luz sobre algumas aparentes contradições. A distância entre a ambição dos objetivos, o privilegiamento da informação, a ênfase na ação planejada por um lado, e as carências do sistema de avaliação, por outro; pode ser explicada pela estratégia adotada de colocar como

prioridade o aumento da eficiência na realização das atividades-fins, até como forma de adquirir crédito e recursos para fortalecer as atividades-meio. Visto sob esse ângulo, quaisquer mudanças propostas só seriam possíveis se seus defensores conseguissem demonstrar sua conformidade com aquela estratégia. Responde também por esta contradição a pretensão evidente, na formulação da política, de servir como base para as modificações a serem feitas no órgão já dentro de uma perspectiva de reforma sanitária, capitaneada pela municipalização; pretensão que teve de conviver com uma realidade adversa; o que incluiu a resistência das demais instituições para aceitar o comando da secretaria sobre suas unidades e a lentidão para que se resolvesse a questão do repasse das verbas.

No momento em que fixamos como referencial de análise a organização e a administração da secretaria, a contradição entre a complexidade que a estrutura assumiu ao longo do tempo e a precariedade do SAF tornou-se bastante evidente, ao mesmo tempo em que novas explicações afloraram. Verificou-se, por exemplo, que apesar de haver vários setores ligados à atividade de avaliação e de ocuparem tais setores posições privilegiadas no organograma, sua autonomia é minguada, sua estrutura é precária e suas atribuições estão sendo, mais uma vez, redefinidas e rearticuladas. As reformas organizacionais foram muitas, conferindo uma grande instabilidade à estrutura da instituição.

Por outro lado, o esquema bastante centralizado de tomada de decisões dificultou até agora a coordenação e a agilização das

medidas, dentro de um organograma com grande diversificação de setores e vários níveis hierárquicos.

A consideração do posicionamento dos diversos setores envolvidos no processo de assistência - ordenando, supervisionando, executando ou recebendo os cuidados de saúde - foi extremamente útil no sentido de auxiliar na solução de certos impasses surgidos durante a utilização dos demais marcos de análise e de conhecer o que se acha por trás da unanimidade acerca da importância atribuída à avaliação. As divergências motivadas pelas diferentes visões e interesses mostraram-se bastante evidentes, fornecendo um quadro muito mais rico acerca dos problemas enfrentados pela avaliação e das possibilidades e dos tipos de atitudes que serão encontradas quando de suas soluções. Essas diferentes visões e interesses mostram ter uma relação direta com o nível de poder desfrutado pelos respondentes dentro da estrutura organizacional da instituição, do seu tempo de contato com a mesma e do tipo de formação que possui, acarretando este conjunto de fatores, a atribuição de valores diferenciados aos diversos componentes do SAF, critérios igualmente voltados para aspectos diversos, assim como propostas variadas de soluções para o que enxergam como problemas prioritários.

Considerar a cultura institucional mostrou ser uma estratégia de grande valia na medida em que evidenciou o tipo de conhecimento existente acerca da avaliação, ajudando a explicar certas questões. A grande divergência entre a pujança das formulações contidas na política e a pobreza dos programas é esclarecido em parte,

pelo preparo do grupo chamado a assessorar na montagem do novo modelo: grupo com um conhecimento mais direcionado para uma visão crítica do sistema de saúde à luz do seu impacto social, que para a operacionalidade. O conflito de idéias entre os elementos da equipe que possuem uma visão médico-sanitária e aqueles cuja visão é médico-assistencial responde também pelas diferentes posturas críticas frente ao SAF.

A avaliação informal mostrou-se bastante rica no que diz respeito à quantidade de indicadores e de fatores condicionantes levantados. Também merece destaque a abrangência desta forma de avaliação, cobrindo desde os aspectos externos à instituição e, portanto, fora de seu controle; até aqueles de ordem meramente operacional. Respondeu, em parte, por esta riqueza de informações o fato de ser a avaliação informal resultante das percepções e posicionamentos de diversos segmentos da estrutura de prestação de serviços, possuindo diferentes níveis de informação, sentindo de modo diferente o impacto causado pelo trabalho da instituição, enxergando-o sob diferentes ângulos, possuindo diferentes níveis de informação, controlando diferentes componentes da prestação de serviços e valorizando, por isso mesmo, diferentes aspectos.

Seja qual for a posição do grupo dirigente da instituição frente a esta diversidade de insatisfações, a verdade é que ela precisa ser considerada quando da tomada de decisões. Se a opção for a de ignorá-la em função de conveniências políticas, administrativas ou técnicas, será necessário conhecê-la para manobrá-la; se for a de

negociar um projeto compartilhado, esta diversidade será a matéria-prima para o estabelecimento do pacto.

Não se pode olvidar que a exuberância desta avaliação deve-se também a sua falta de formalização, o que a desobriga de efetuar-se mediante determinados métodos, técnicas e instrumentos, que haveriam de reduzir o aporte de informações em nome da própria relevância e confiabilidade das mesmas.

Alguns destes indicadores podem passar por um processo de formalização, chegando mesmo a adquirir uma expressão quantificável. Outros servirão como indício para a realização de estudos mais apurados. Conta-se ainda com aqueles cuja confirmação é desprovida de importância maior, mas assumem caráter de relevância por representar uma percepção capaz de interferir na prestação do serviço, dificultando etapas importantes de sua realização.

Foi possível verificar que ao mesmo tempo em que se verifica a concordância entre os administradores, prestadores de serviços e clientela, nos aspectos mais gerais, são detectadas profundas divergências quando do detalhamento das análises críticas e das propostas de solução para os problemas. Divergências que ocorrem até mesmo entre os integrantes de um mesmo segmento, em função da interveniência de outras variáveis, a saber:

- a. do nível de poder que as pessoas, possuem no processo da tomada de decisões, o que divide, a nível central, os ocupantes das chefias superiores dos coordenadores de áreas;

e distingue os médicos dos demais profissionais, em quaisquer das funções que ocupem;

- b. da formação profissional dos funcionários, o que significa não apenas o conhecimento teórico e o acervo de experiências adquiridas via instrução formal, mas a visão de engajamento social e institucional recebida, o que decorre de fatores ligados à história e à conjuntura atual enfrentada pela profissão;
- c. do conhecimento e da assimilação, pela clientela, dos esquemas de viabilização das políticas e programas, o que contribui para torná-la mais ou menos crítica, como no caso do atendimento das unidades maiores à clientela de diversos bairros, de acordo com o sistema de referência e que é percebido pela comunidade local como uma "invasão de estrangeiros";
- d. do tempo de contato com a instituição, o que atua levando os mais antigos a uma visão crítica acerca do presente baseado numa comparação com as fases que já vivenciaram ao longo da história da mesma. No presente caso, esta variável motivou uma certa euforia dos servidores mais antigos às mudanças verificadas, e em um certo descrédito quanto à consecução de avanços maiores, como se os limites da reforma institucional já houvessem sido atingidos. Com relação à clientela, o rigor crítico acerca da descontinuidade dos programas

ilustra este aspecto: ao mesmo tempo em que cristaliza certas atitudes e comportamentos, criando, por exemplo, laços de amizade entre clientes e funcionários mais antigos, capazes de facilitar o atendimento daqueles "decanos" através de mecanismos informais, influenciando evidentemente sua opinião acerca do serviço;

- e. do tipo de assistência com a qual o informante tem contato até então, principalmente no que toca à capacidade quantitativa e à diversificação de serviços oferecidos pelas unidades. Ficou evidenciado que funcionários dos serviços maiores demonstram um nível de satisfação elevado com relação à facilidade de referenciamento dentro da própria unidade ao mesmo tempo em que parecem mais sensíveis às falhas no suprimento de recursos, sujeitos que estão a uma expectativa muito maior em termos quantitativos e qualitativos, de uma clientela numerosa. Nos serviços menores ficou patente a satisfação dos funcionários e de clientes com melhorias mínimas no suporte dado às unidades;
- f. no nível de consciência social, o que fornece uma visão mais ou menos clara acerca dos direitos e deveres das pessoas e das instituições, influenciando no posicionamento dos indivíduos e grupos diante dos problemas. Fortemente influenciada pelo clientelismo político, a clientela freqüentadora do Centro de Saúde de Passarinho se propõe até a colaborar financeiramente com o vereador para a manutenção

da unidade, enquanto a comunidade de Vila Esperança, temperada por anos de luta para assegurar a posse da própria terra em que vivem, responsabilizavam o governo pelas condições ambientais e só viam solução para as melhorias mediante pressão direta sobre o prefeito.

O que transpareceu, ao longo de toda a pesquisa é que a avaliação informal tem um peso maior na dinâmica da instituição do que normalmente se supõe, interferindo nas decisões das chefias, nos conselhos dos assessores, na forma de atuar das equipes locais e nas reações da clientela.

Não pode, portanto, deixar de ser considerada quando da análise, montagem ou adequação dos sistemas de avaliação das instituições.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADORNO, R.C.F. et al. O conhecimento e o poder: de quem é a palavra? Relato de uma experiência de pesquisa participante. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n.5, p. 405-412, 1987.
2. AGUDELO, C.A. Características de la participacion comunitaria em programas urbanos de atencion primaria. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v.103, n.1, p. 43-52, 1987.
3. ALARCON, Y. et al. Analisis de rendimiento y cobertura de la unidad de medicina familiar del I.V.S.S. de Caricuao. Caracas : Universidad Central de Venezuela, 1988, 36 p. (Escuela de Salud Publica. Curso Medio de Salud Publica. Trabajo de Campo).
4. ALVARENGA, T.A. O enfoque de risco. Painel. In : SEMINARIO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2, 1986, São Paulo. *Relatório Final*. São Paulo : Secretaria de Estado da Saúde, 1986.
5. ALVAREZ, Z. et al. *Analisis instrumental del Centro Clinico Nutricional "Menca de Leoni"*. Caracas : Universidad Central de Venezuela, Escuela de Salud Publica, 1985. 34 p.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

6. ALVIM, E.F. Avaliação de programas de Saúde. *Revista da Fundação Serviços de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, 1982. (Condensação do documento homônimo da O.M.S.).
7. AMMANN, S.B. *Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil*. 5 ed. São Paulo : Cortez, 1985.
8. ANDER-EGG, E. *Introducción a las técnicas de investigación*. Buenos Aires : Humanitas, 1969.
9. ANDERSEN, R. et al. Health status and medical care utilization. *Health Affairs*, Millwood VA, v.6, p. 136-156, 1987.
10. ANDERSON, J.G. A social system model of hospital utilization. *Health Services Research*, Chicago, p.271-287, 1976.
11. APEZECHEA, H. Aspectos metodológicos de la investigación de los servicios de Salud. In : TALLER SOBRE INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD, 1984. Cocoyoco, Mexico. *Memorial*. Mexico : Organización Panamericana de la Salud. Escuela de Salud Pública de Mexico, 1985. p. 95-119.
12. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Pelo Direito Universal à Saúde*. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública, 1985. 39 p.

13. AZEVEDO, A.C. Política Nacional de Saúde. In : CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6. Brasília, 1977. *Anais...* Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 1978.
14. BAMISAIYE, A.; JOHNSON, T.O. Playtime PHC for a community: a baseline survey provides essential data. *Tropical Doctor*. London, v.18, n.1, p. 36-37, 1988.
15. BARBOSA FILHO, M. *Introdução à pesquisa: métodos, técnicas e instrumentos*. Rio de Janeiro : Livros Técnicos e Científicos, 1980.
16. BARBOSA, M.D. *Da pesquisa bibliográfica à apresentação de trabalhos: manual para estudantes*. Curitiba : Associação Brasileira de Bibliotecários do Paraná, 1980.
17. BARNES, B. Lost benefit analysis of surgery. *American Journal of Surgery*, New York, v.133, p. 438-446, 1977.
18. BARRAGAN, G. Indicador evaluativo de efectividad en las actividades del PAI (Vacunación) In : SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGIA PARA SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD, 5. 1985, Bogota. *Documentos Básicos*. Bogota : Ministerio de Salud, 1984.
19. BAUMANN, D.J. et al. Citizen participation in police crisis intervention activities. *American Journal of Community Psychology*. New York, v.15, p. 459-471, 1987.

20. BEDIN, N. *Participação e saúde: um estudo de caso*. São Paulo, 1982. (Dissertação de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.)
21. BEN-SIRA, Z. Social work in health care: needs challenges and implications for structuring practice. *Social Work in Health Care*, New York, v.13, n.1, p. 79-100, 1987.
22. BENDER, G.A. *Great moments in medicine*. Detroit : Parke-Davis, 1961, 273 p.
23. BERWICK, D.M.; KNAPP, M.E. Theory and practice for measuring health care quality. *Health Care Financing Review*, v.9, p. 49-55, 1987.
24. BLUM, H.L. Evaluating health care. *Medical Care*, Philadelphia, v.2, n.12, p.999-1011, 1974.
25. BRADFORD, M.; FLYNN, N.M. Ambulatory care infection control quality assurance monitoring. *American Journal of Infection Control*, St. Louis, v.16, p. 21-28, 1988.
26. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Assessoria de Comunicação Social. *Plano Quinquenal de Saúde 1990-95: a Saúde no Brasil Novo*. Brasília : Ministério da Saúde, 1991.
27. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. *Conceitos e definições em Saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 1977.

28. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. *Sistema Unico de Saúde: Diretrizes para formulação de Política de Recursos Humanos*. Brasília : Ministério da Saúde, 1989.
29. BREILH, J. *Epidemiologia, economia, medicina e política*. México : Contanara, 1986.
30. BROWNLEA, A. Participation: myths, realities and prognosis. *Social Science and Medicine*, Oxford, v.25, n.6, p. 605-614, 1987.
31. CALNAN, M. Lay evaluation of medicine and medical practice: report of a pilot study. *International Journal of Health Services*, Westport CT, v.18, n.2, p. 311-323, 1988.
32. CALNAN, M.; EUTLER, J.R. The economy of time in general practice: an assessment of the influence of list size. *Social Science and Medicine*, Oxford, v.26, n.4, p. 435-441, 1988.
33. CAMPOS, E.S. História dos Hospitais. In: INSTITUTO INTERNACIONAL DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE HOSPITAIS, 3., 1952, Rio de Janeiro. *Anais...*, Rio de Janeiro : Organização Mundial de Saúde, 1952.
34. CAMPOS, J.Q.; ESPIRITO SANTO, A.C.G. ; MANTOVANI, M.F. *Introdução à Saúde Pública*. São Paulo : J.Q. Campos, 1987.

35. CAMPOS, J.Q.; TINOCO, A.F. *Política e Planejamento de Saúde*.
São Paulo : J.Q. Campos, 1986.
36. CARLTON, B. Preventive Health's emerging problem: individual
behavior change or social and economic change? *Hygie*,
Paris, v.4, n.1, p. 46-50, 1985.
37. CARVALHEIRO, J.R.A. A investigação de necessidades de saúde
em relação com a prestação de serviços. In : TALLER SOBRE
INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD, 1984, Cocoyoc,
Mexico. *Memorial*. Mexico : Organización Panamericana de
la Salud/Escuela de Salud Publica de Mexico, 1985, p.
121-141.
38. CASTIGLIONI, A. *História da Medicina*. São Paulo : Ed.
Nacional, 1947, v.2.
39. CHAVES, M.M. *Saúde e Sistemas*. 3 ed. Rio de Janeiro :
Fundação Getúlio Vargas, 1980.
40. CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 3
ed. São Paulo : McGraw Hill do Brasil, 1983.
41. CHRISTOFFEL, T. Medical care evaluation: an old new idea.
Journal of Medical Education, v.51, p. 83-88, 1976.
42. CIARI Jr, C. et al. Acreditação de serviços de pré-natal.
Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.8, n.2, p. 187-
194, 1974.

43. CIARI Jr,C. et al. Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, v.8, n.2, p. 203-212, 1974.
44. CLEARY,P.D.; McNEIL,B.J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, Chicago,v.25,p.25-36, 1988.
45. CLIMIE,R.J. The consumer is king? *New Zealand Medical Journal*, Dunedin, v.100, n.828, p. 463, 1987.
46. CODMAN,W.A. *A study in hospital efficiency : the first five years*. Boston : Thomas Todd, 1916.
47. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1986, Brasília. *Relatório Final*. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
48. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório Final*. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
49. CONFERENCIA SOBRE CUIDADOS PRIMARIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata - URSS. *Relatório Final*. Brasília : O.M.S./UNICEF, 1979.
50. COSTA FILHO,D.C. A falsidade do ciclo vicioso da pobreza e da doença. *Saúde em Debate*, São Paulo, n.6, p. 65-66, 1978.

51. COSTA,D.C. et al. *Epidemiologia; teoria e objeto*. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1990.
52. COSTA,N.R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro : Vozes, 1985.
53. DAVIES,A.R.; WARE,J.E. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Affairs*, Millwood VA, v.7, n.1, p. 33-48, 1988.
54. DAY,R.A. *How to write and publish a scientific paper*. 3 ed., Phoenix : The Oryx Press, 1988.
55. DAZA,C.H.; MORA,J.D. La investigacion - accion en nutricion atraves de la atencion primaria de salud. In : CONGRESO LATINOAMERICANO DE NUTRICION, 7., Brasília, 1984, *Anais...* : Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 1985.
56. DEMO,P. *Avaliação qualitativa*. São Paulo : Cortez, 1988.
57. _____. *Metodologia científica em Ciências Sociais*. São Paulo : Atlas, 1985.
58. DENVER,G.F.A. *A Epidemiologia em Administração dos Serviços de Saúde*. São Paulo : Pioneira, 1988.
59. DIEPGEN,P. *História de la medicina*. Madrid : Labor, 1932.

60. DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*, v.28, n.3, p. 324-327, 1986.
61. _____. Candido en el país de la investigación en servicios de salud. *Salud Pública de México*, México, v.29, n.6, p. 520-530, 1987.
62. _____. Quality and cost: choices and responsibilities. *Inquiry*, Chicago, v.25, p. 90-99, 1988.
63. _____. The definition of quality: an approach to its assessment. In : ARBOR, A. *Health Administration*, Press, 1980, v.1.
64. _____. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.260, n.12, p. 1743-1748, 1988.
65. _____. Viente años de investigación em torno de la calidad de la atención médica: 1964-1984. *Salud Pública de México*, México, v.30, n.2, p. 202-215, 1988.
66. DRUMOND, M.; MAYNARD, A. Efficiency in the National Health Service : lessons from abroad. *Health Policy*, v.9, p. 59-74, 1988.

67. EISENBERG, J.M.; KABCENELL, A. Organized practice and the quality of medical care. *Inquiry*, Chicago, v.25, p. 78-89, 1988.
68. ESCOBAR, J.J. et al. Somatization in the community relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health*. Washington, v.77, n.7, p. 837-840, 1987.
69. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Núcleo de Estudos de Recursos Humanos em Saúde. *A política de recursos humanos em Saúde no Brasil nos anos recentes*. In : MEDICI, A.C. et al. *Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro : ENSP/ABRASCO, 1987.
70. ESPELETA, J.; ROCKWELL, E. *Pesquisa Participante*. São Paulo : Cortez, 1986.
71. FERNANDES, F. *A Revolução Burguesa no Brasil: Ensaio de Interpretação Sociológica*. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.
72. FERREIRA, A.B.H. et al. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro : Ed. Nova Fronteira, 1985.
73. FISHMAN, G.; WENKART, T.R. How to satisfy patients and compete with the entrepreneurs. *Australian Family Physician*, Sidney, v.16, n.10, p. 1537-1538, 1987.

74. FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*, New York : Carnegie Foundation, 1910.
75. FLYNN, B.C.; RAY, D.W. Current perspectives in quality assurance and community health nursing. *Journal of Community Health Nursing*, v.4, n.4, p. 187-197, 1987.
76. FREEMAN, H.E. et al. American Report on their access to health care. *Health Affairs*, Millwood VA, v.6, n.1, p. 6-8, 1987.
77. FRENK, J. et al. A conceptual model for public health research. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Washington, v.22, p. 60-71, 1988.
78. FRY, D.; KING, L. Standards for community health: The national community health accreditation and standards project. *Community Health Studies*, Adelaide, v.10, n.3, p. 284-292, 1986.
79. FURTADO, C. *A Economia Latino-Americana*. São Paulo : Ed. Nacional, 1976.
80. _____. *Dialética do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro : Fundo de Cultura, 1964.
81. _____. *Formação Econômica do Brasil*. 6 ed., Rio de Janeiro : Fundo de Cultura, 1964.

82. FUSTIER, M. *O Conflito na Empresa*. São Paulo : Martins Fontes, 1982.
83. GEYNDT, W.D. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. *Salud Publica de Mexico*, Mexico, v.28, n.3, p. 221-229, 1986.
84. GIL, A.V.; VELEZ, G.P. Investigación de modelos de atención en cirugía: programa "Sistema de Cirugía Simplificada". *Educación Medica y Salud*, Washington, v.18, n.3, p. 274-287, 1984.
85. GINSBURG, P.B.; HAMMONS, G.T. Competition and the quality of care : the importance of information. *Inquiry*, Chicago, v.25, p. 108-115, 1988.
86. GOMEZ, G.L. *Evaluación de la eficiencia y la eficacia de los servicios de atención materno infantil y población en el hospital de Sullana*. Lima : Escuela de Salud Publica del Peru, 1983.
87. GUSTAFSON, D.H. Health risk appraisal: its role in health services research. *Health Services Research*, Chicago, v.22, n.4, p. 453-465, 1987.
88. GUZMAN, N. Algunos aspectos de la evaluación de programas de salud publica. In : SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGIA PARA SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD, 5., 1985, Bogota. *Documentos Basicos*, Bogota:Ministerio de Salud, 1984-1985.

89. HALL, J.A.; DORNAN, M.C. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, Oxford, v.27, n.9, p. 935-939, 1988.
90. HAVIGHURST, C.C. The changing locus of decision making in the health care sector. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Durham NC, v.11, n.4, p. 697-735, 1986.
91. HERMONI, D. et al. Community health activists program: a new model of community health involvement. *Israel Journal of Medical Sciences*, Tel Aviv, v.23, p. 1084-1087, 1987.
92. HIBBARD, J.H.; WEEKS, E.C. Consumers in a competition-based cost containment environment. *Journal of Public Health Policy*, Burlington, v.9, n.2, p. 233-249, 1988.
93. HILLEBOE, H.E.; BARKHUIS, A.; THOMAS Jr., W.C. *Métodos de planificación sanitaria nacional*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 1973. (Serie Cadernos de Salud Publica, n.46.)
94. INLANDER, C.B.; BACKUS, L.V. Consumers, physicians and payors: a triad of conflicting interests. *Theoretical Medicine*, Dordrecht, v.8, p. 61-68, 1987.
95. KARS-MARSHALL, C.; SPRONK-BOON; POLLEMANS, M.C. National health interview surveys for health care policy. *Social Science and Medicine*. Oxford, v.26, n.2, p. 223-233, 1988.

96. KASEJE,D.C.O.; SEMPEBWA,E.K.N.; SPENCER,H.C. Community leadership in the Saradidi, Kenya, rural health development programme. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, London, v.81, Supplement n.1, p. 46-55, 1987.
97. KISIL,M. Educacion en administracion de salud: una evaluacion del caso brasileiro. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v.99, n.3, p. 266-285, 1995.
98. KOSMINSKY,E. Pesquisas qualitativas: a utilização da técnica de histórias de vida e de depoimentos pessoais em sociologia.(Aula proferida no curso "A Prática da Pesquisa Sociológica em Múltiplas Dimensões". Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 35.. Belém, 1983).
99. KRAFT,D.P. Quality of care and the accreditation of health services: What is the relationship ? *Journal of American College Health*, Washington, v.37, n.3, p. 109-114, 1988.
100. LACRONIQUE,J.F. Techonology in France. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. Cambridge, v.4, n.3, p. 385-394, 1988.
101. LAPASSADE,G. *Grupos, Organizações e Instituições*, 3 ed., Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1989.

102. LEMBCKE, P.A. Medical auditing by scientific methods. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.162, p. 645-655, 1956.
103. LIM, J.S.; ZALLOCO, R. Determinant attributes in formulation of attitudes toward four health care systems. *Journal of Health Care Marketing*, v.8, n.2, p. 25-30, 1988.
104. LINDER-PELZ, S.; STEWART, M.M. Patient satisfaction with out-patient primary health care in a metropolitan medical center. *American Journal of Preventive Medicine*, New York, v.2, n.2, p. 89-96, 1986.
105. LOPES, O.C. *A Medicina no Tempo*. São Paulo : EDUSP, 1969.
106. LOTUFO, M.; DUARTE, E.C. Avaliação dos Serviços de Saúde no Município de Cáceres, MT (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n.5, p. 427-438, 1987.
107. MACEDO, C.G. Recursos humanos para a saúde. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1, 1977, São Paulo. *Documentos Básicos*, São Paulo : Sociedade Brasileira de Higiene/Associação Paulista de Saúde Pública, 1977.
108. MADAN, T.N. Community involvement in health policy: socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Social Science and Medicine*, Oxford, v.25, n.6, p. 615-620, 1987.

109. MAYNARD, A. Avarice, inefficiency and inequality: an international health care tale. *International Journal of Health Services*, Farmingdale NY, v.7, n.2, p. 179-190, 1977.
110. MEONAT, M.A.; HASSANEIN, K.M.; BEISECKER, A. Paternalism and consumerism in the practice of medicine. *Kansas Medicine*, Topeka NS, v.89, n.9, p. 239-241, 1988.
111. MORGAN, M.; MAYS, N.; HOLLAND, W. Can hospital use be a measure of need for health care? *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v.41, n.4, p. 269-274, 1987.
112. MOTTA, F.C.P. *Participação e co-gestão: novas formas de participação*. São Paulo : Brasiliense, 1982.
113. MUCHIELLI, R. *Psicologia da relação de autoridade*. São Paulo : Martins Fontes, 1979.
114. OLIVEIRA, F. A economia brasileira: crítica à razão dualista. In: *QUESTIONANDO A ECONOMIA BRASILEIRA*. São Paulo : Brasiliense, 1975.
115. OLIVEIRA, M.S.M. Utilização e opinião da população sobre um posto de saúde periférico em Londrina - Paraná. São Paulo, 1985. (Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

116. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Evolución de los programas de salud: Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 1981 (Serie "Salud para todos", n.6).
117. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Taller sobre investigación de servicios de salud. Mexico, 1984. *Memorial*. Mexico, 1985.
118. PAGES,M. et al. *O poder das organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos*. São Paulo : Atlas, 1987.
119. PAIM,J.S.; ALMEIDA FILHO,N. *Introdução à crítica do planejamento de saúde*. Salvador, 1982. (mimeografado).
120. PARFREY,P.S. et al. Audit of the Medical Audit Committee. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v.135, p. 205-208, 1986.
121. PAZZINI,A. *Storia della Medicina*. Milano : Società Editrice Libreria, 1948, v.2.
122. PENA,M. et al. Enfoque multidisciplinario de la investigación en salud en Cuba. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington DC, v.97, n.6, p. 548-556, 1984.

123. PERU . Ministerio de Salud. Participación comunitaria en salud. In: REUNION DE CONSULTA TECNICA SOBRE PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD, 1983, Lima. *Relatorio Final*. Lima : Escuela Nacional de Salud Publica, 1986.
124. POPE,G.C. Medical conditions health status and health services utilization. *Health Services Research*. Chicago, v.22, n.6, p. 857-877, 1988.
125. QUINTANA,J.; CARMONA,H.B.; BEAUMONT,G.F. La introducción de resultados de investigación científica y tecnologica en el área de la salud: alternativas y problemas. *Salud Publica de Mexico*, Mexico, v.28, n.3, p. 300-312, 1986.
126. RAMOS,R. A integração em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v.20, n.314, p. 319-334, 1968.
127. REDMAN,S. et al. Assessing women's health needs. *Medical Journal of Australia*, Sidney, v.148, p. 123-127, 1988.
128. REIS,J.; OLSON,L. The medical program and consumers needs: a survey among residents of a poor Chicago neighborhood. *Public Health Reports*, Hyattsville MD, v.102, n.5, p. 530-538, 1987.
129. RIVAS,P.H. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. *Bulletin del Instituto Interamericano del Niño*, n.224, p. 41-48, 1985.

130. RODRIGUES, W.W.; TORRES, V.R. *Contribuição ao desenvolvimento do processo de avaliação em serviços de saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 1982.

131. ROEMER, M.J. Controlling and promoting quality in medical care. In: HAVIGHURST, C.C.; WEISTART, J.C. *Health Care*. New York : Oceana Publications, 1972.

132. SAGER, C.B. A preferred future through informed choice. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, v.32, n.1, p. 17-27, 1988.

133. SALGADO, L.D.B. El processo de evaluación: una revision bibliografica. *Salud Mental*, v.8, n.2, p. 11-16, 1985.

134. SASSAKI, T.H. *Prescrição: uma análise institucional*. São Paulo, 1984. (Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.)

135. SCHULTZ, P.; MAGILVY, J.K. Assessing community health needs of elderly populations: comparison of three strategies. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v.13, p. 193-202, 1988.

136. SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA *Saúde, Caminhos a Seguir*. Olinda : Centro de Estudos e Treinamento da Secretaria de Saúde de Olinda, 1985.

137. SEIXAS, J.C. Sistema Nacional de Saúde. In : CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. *Anais...*, Brasília, Ministério da Saúde, 1976.
138. SILVA, G.B. *A enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.
139. SINGER, P.J. et al. *Prevenir e curar: o controle social através dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1978.
140. SPINDOLA, A.N.P. Métodos e Técnicas de Pesquisa: uma nota sobre o estudo de caso e observação. *Servir*, v.29, n.4, p. 175-177, 1981.
141. STEVEN, J.O.; DOUGLAS, R.M. Insatisfaction in general practice: what do patients really want ? *Medical Journal of Australia*, Sidney, v.148, p. 280-282, 1988.
142. STHEAGALL-GOMES, D.L. *Avaliação em Saúde*. Ribeirão Preto, 1977 (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).
143. SUCUPIRA, A.C. Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras. São Paulo, 1981. (Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.)

144. TANAKA, O.Y. *Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e do pronto atendimento do Jardim São Jorge no Município de São Paulo, por meio do estudo da clientela usuária.* São Paulo, 1988. (Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.)
145. TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo : Cortez; Rio de Janeiro : Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
146. TEIXEIRA, S.M.F. et al. *Antecedentes da Reforma Sanitária.* Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública, 1988.
147. THEOPHILO, F.L.V. Problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais In : CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19/CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1., 1977, São Paulo. *Documentos Básicos.* Sociedade Brasileira de Higiene/Associação Paulista de Saúde Pública, 1977.
148. THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.* 4., São Paulo : Polis, 1985.
149. TINOCO, A.F. *Uma iniciação à administração de sistemas de saúde.* São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1977. (mimeografado).

150. TOLEDO, C.J.A.; VASQUEZ, S.F. Modelo para valorar la calidad de la atención medica. *Salud Publica de Mexico*, v.31, n.2, 1989.
151. UNGLERT, C.V.S.; ROSENBERG, C.P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n.5, p. 439-446, 1987.
152. URIBE RIVERA, F.J.; TESTA, M.C.; MATUS, C. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo : Cortez, 1989.
153. VINCENT, W. et al. Enquete MONICA: análise de la participación. *Medicine Sociale et Préventive*, v.32, p. 63-68, 1987.
154. VIO, F.; GIANOTTEN, V.; WITT, T. *Investigación participativa e praxis rural*, Lima : Mosca Azul, 1981.
155. VUORI, H.V. *Quality Assurance of Health Services*. Copanhagen : WHO Regional Office for Europe, 1982.
156. WALTON, V.A.; ROMANS-CLARKSON, S.; MULLEN, P.E. Improvements urban and rural women wish to see in their health care services. *New Zealand Medical Journal*, Dunedin, v.10, n.840, p. 80-82, 1988.

157. WARNER, M.M. Consumers family physicians, allied health workers and sociomedical problems. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, London, v.27, p. 431-435, 1977.
158. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for the Western Pacific. Working Group on Health Services Research. *Final Report*, Philippines, 1978.
159. YEPEZ, F.J. A investigação de serviços de saúde. In : TALLER SOBRE INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD, 1984, Cocoyoc, Mexico. *Memorial*, Mexico : Organización Panamericana de la Salud/ Escuela de Salud Publica de Mexico, 1985.
160. YIN, R.K. *Case Study Research: Design and methods*. Beverly Hills : Sage Publications. [198_]
161. ZAKUS, D. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. *Salud Publica de Mexico*, Mexico, v.30, n.2, p. 151-173, 1988.

5. A N E X O S

**ANEXO 1 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RECURSOS HUMANOS POR UNIDADE DE SAUDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA - SECRETARIA DE SAUDE**

UNIDADES DE SAUDE	ATIVIDADES									RECURSOS HUMANOS							
	CONSULTAS MEDICAS				IMUNI- ZACOES	CURA- TIVOS	INJE- COES	PMS	ATEND. ODONTO- LOGICO	MEDICO				ENFERMAGEM			ODONTO- LOGO
	CRIAN- ÇAS	GESTAN- TES	ADULTOS	URGEN- CIAS						GENERA- LISTA	CLINICO	TOCO-GINE- COLOGISTA	PEDIATRA	ENFERMEIRA	AUXILIAR	ATENDENTE	
Pronto Socorro	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	10	-	-	1	1	14	-
Ambulatorio Central	x	-	x	-	x	x	x	-	x	-	2	-	1	-	-	3	2
C.S. Rio Doce	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	1	1	1	-	-	4	2
C.S. Jatoba	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	1	1	1	-	-	4	2
C.S. Bultrins	x	-	x	-	x	x	x	-	x	-	1	-	1	-	-	2	2
C.S. Bonsucesso	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	1	1	1	-	-	4	2
C.S. Peixinhos	x	-	x	-	x	x	x	x	x	-	1	1	1	-	-	4	2
C.S. Caixa D'agua	x	-	x	-	x	x	x	-	x	-	1	-	1	-	-	2	2
C.S. Maruim	x	-	x	-	-	x	x	-	x	1	-	-	-	-	-	1	1
C.S. Aguas Compridas	x	-	x	-	x	x	x	-	x	-	1	-	1	-	-	2	2
C.S. Passarinho	x	-	x	-	-	x	x	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
C.S. Sapucaia	x	-	x	-	-	x	-	-	x	1	-	-	-	-	-	2	1
P.S. Vila Esperanca	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
P.S. Ilha Santana*	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
C.S. N.Sa. Aparecida*	-	-	-	-	-	x	x	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
C.S. Base Rural	x	-	x	-	x	x	x	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
TOTAL										5	19	4	8	1	1	48	18

* Unidades Conveniadas

FONTE: Secretaria de Saude de Olinda

MUNICÍPIO DE OLINDA
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

LEGENDA

- NÍVEL CENTRAL
- CS DE PEIXINHOS
- PS DE VILA ESPERANÇA
- CS DE BASE RURAL
- CS DE PASSARINHO

UNIDADES EXISTENTES

PS — ○
CS 1 — ●
CS 2 — ■■
CS 3 — ■■■
CS 4 — ■■■■

PROJETADAS

○
○
□□
□□□
□□□□

INSTITUIÇÃO
MANTENEDORA

- 1 — SS/PMO (MUNICÍPIO)
- 2 — SES/FUSAM (ESTADO)
- 3 — INAMPS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS INTEGRANTES DO NIVEL CENTRAL DA INSTITUICAO E COM OS INTEGRANTES DAS EQUIPES LOCAIS DE SAUDE

1. IDENTIFICACAO

- 1.1 - Formacao basica
- 1.2 - Funcao que exerce na instituicao
- 1.3 - Tempo de Atividade na funcao
- 1.4 - Tempo de trabalho na instituicao

2. OPINIOES ACERCA DOS SERVICOS

- 2.1 - Consideracao acerca do nivel de atendimento dos Servicos as necessidades da clientela.
- 2.2 - Justificativas para esta consideracao
- 2.3 - Fatores responsaveis pelo nivel de atendimento referido
- 2.4 - Possiveis modificacoes que precisariam ser feitas
- 2.5 - Auto-avaliacao do respondente sobre a sua participacao na promooao das modificacoes referidas

3. OPINIOES ACERCA DO SISTEMA DE AVALIACAO FORMAL

- 3.1 - Conhecimentos acerca de procedimentos de avaliacao aplicados pela instituicao
- 3.2 - Importancia atribuida a estes procedimentos
- 3.3 - Grau de adequacao atribuido a estes procedimentos
- 3.4 - Consideracao acerca da forma como sao aplicados os procedimentos
- 3.5 - Consideracao acerca do grau de aproveitamento dado aos resultados dos procedimentos de avaliacao
- 3.6 - Identificacao e qualificacao de possiveis problemas com os procedimentos de avaliacao.

A N E X O 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A CLIENTELA DOS SERVICOS DE SAUDE

1. IDENTIFICACAO

- 1.1 - Idade e Sexo
- 1.2 - Atividades rotineiras (remuneradas ou nao, domesticas ou extra-domesticas)
- 1.3 - Local de residencia e acessibilidade ao Servico
- 1.4 - Composicao familiar
- 1.5 - Tempo de vinculacao ao Servico
- 1.6 - Motivo de vinculacao ao Servico
- 1.7 - Atividades que frequenta no Servico

2. OPINIOES ACERCA DOS SERVICOS

- 2.1 - Nivel de satisfacao com relacao ao atendimento que recebe no Servico
- 2.2 - Justificativa para a resposta
- 2.3 - Fatores responsaveis pelo nivel de atendimento apontado
- 2.4 - Possiveis modificacoes a serem introduzidas
- 2.5 - Possivel participacao do respondente para a consecucao destas modificacoes

3. OPINIOES ACERCA DO SISTEMA DE AVALIACAO FORMAL

- 3.1 - Conhecimento de possiveis iniciativas da instituicao para acompanhar o desempenho do Servico
- 3.2 - Consideracoes quanto 'a necessidade, adequacao e resultados concretos destas iniciativas
- 3.3 - Possiveis modificacoes julgadas necessarias com relacao a esse aspecto
- 3.4 - Grau de satisfacao do respondente com relacao a sua participacao nos procedimentos de avaliacao
- 3.5 - Alternativas de participacao julgadas como validas.

A N E X O 5

CRONOGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

1988 - O projeto de pesquisa apresentado a banca examinadora é reformulado em função das críticas e recomendações feitas. Os contatos com a instituição são estabelecidos obtendo-se a autorização e o apoio para a realização do estudo. Passa-se a ter contato permanente com a estrutura e funcionamento da Secretaria de Saúde, conhecendo-se cada setor e acompanhando-se as atividades desenvolvidas tanto a nível central quanto a nível das unidades sanitárias.

 E realizado o trabalho de compilação documental, ao mesmo tempo em que se dá início à leitura e fichamento da bibliografia.

1989 - Desencadeia-se a fase das entrevistas, com os integrantes do nível central. Com o auxílio dos coordenadores de área, são redefinidos, de acordo com os critérios previamente traçados, quais os serviços a serem pesquisados e quais os funcionários destes serviços a serem entrevistados, passando-se em seguida às entrevistas. Com os funcionários responsáveis, nas unidades, pelo fichário, procede-se à seleção dos clientes, listando e confirmando seus endereços, procurando-os em suas residências e entrevistando-os.

1990 - Empreende-se uma revisão crítica dos dados obtidos, que são conferidos e complementados, dando-se início, então, à organização dos achados.

As fichas-resumo das publicações constantes das referências bibliográficas são classificadas de acordo com o aspecto específico que abordam com relação ao tema. É iniciado o processo de análise dos dados recolhidos.

1991 - Concluído o processo de análise, é dado início ao relato da pesquisa. Passou-se à escrita da versão definitiva.

6. RELATORIOS DE PRODUCAO DIARIA

SAÚDE: Direito de Todos – Dever de Estado

PREFEITURA DE OLINDA

Patrimônio da
Humanidade

MAPA DE ASSISTÊNCIA A CRIANÇA

SECRETARIA DE SAÚDE

Unidade _____ Data ____/____/____

	REGISTRO	1ª. VEZ NO ANO	SUBSEQ.		IDADE	SEXO		BAIRRO DE ORIGEM	RADIOLOGIA	PAT. CLÍNICA	EX. ESPECIA- LIZADO	DIAGNÓSTICO	TERAPIA	ENCAMINHADO			
			EXP.	APRZ.										ODONT.	IMUN.	A ESP.	INT.
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20

Patrimônio da Humanidade
PREFEITURA DE OLINDA

SECRETARIA DE SAÚDE

MAPA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Profissional _____

Unidade _____ Data ____/____/____

	REGISTRO	SUBSEQ.	1ª. VEZ NO ANO	GRUPO POPULACIONAL				PROCEDIMENTO EXECUTADO					Tratamento Completado
				- 5 anos	5 a 14 anos	+ 15 anos	Gestante	Exame	Exodontias	Restaura- ções	Pequenas Cirurgias	Outros Procedimen- tos	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
TOTAL GERAL													

PREFEITURA DE OLINDA

Secretaria de Saúde

MAPA DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA

Unidade _____ Data ____/____/____

[illegible]

PREFEITURA DE OLINDA

SECRETARIA DE SAÚDE

MAPA DE ASSISTÊNCIA À MULHER

Unidade _____ Data _____

	REGISTRO	GINECOLOGIA	GEST.	PUER.	1ª. VEZ NO ANO	SUBSEQ.		IDADE	ORDEM GEST.	PROFISSÃO	BAIRRO DE ORIGEM	RADIOLOGIA	PAT. CLÍNICA	EX. ESPECIA- LIZADO	DIAGNÓSTICO	ENCAMINHADO				
						EXP.	APRZ.									TERA- PIA	IMUN.	ODONT.	A ESP.	INT.
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA – SUS
RELATÓRIO SEMANAL DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

UNIDADE DE SAÚDE**Nº SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.**[illegible]

**7. MAPAS PARA CONSOLIDACAO MENSAL
DOS DADOS DE PRODUCAO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAUDE
MAPA DE DESEMPENHO ODONTOLOGICO

MES: _____ ANO: _____

[illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAUDE DE OLINDA
MAPA DE DESEMPENHO ODONTOLÓGICO

PAGINA -2-
MES: _____ ANO: _____

ODONTÓLOGOS UNIDADE DE SAUDE	P U L P O T O M I A					APLICACAO TOPICA DE FLUOR					TARTARECTOMIA					TRATAMENTO DE EMERGENCIA					TRATAMENTO COMPLETADO					TOTAL DE PROCEDIMENTOS*				
	-5	5-14	15-19	20-29	SUB-TOTAL	-5	5-14	15-19	20-29	SUB-TOTAL	-5	5-14	15-19	20-29	SUB-TOTAL	-5	5-14	15-19	20-29	SUB-TOTAL	-5	5-14	15-19	20-29	SUB-TOTAL	-5	5-14	15-19	20-29	SUB-TOTAL
EULTRINS																														
BULIRINS																														
A. CENTRAL																														
A. CENTRAL																														
BONSUCESSO																														
BONSUCESSO																														
JATOBA																														
JATOBA																														
A.COMPRIDAS																														
A.COMPRIDAS																														
RIO DOCE																														
RIO DOCE																														
ILHA MARUIM																														
A. BONDADE																														
PEIXINHOS																														
PEIXINHOS																														
CAIXA D'AGUA																														
CAIXA D'AGUA																														
A. CONQUISTA																														
SITIO NOVO																														
SAPUCAIA																														
SAPUCAIA																														

Obs: * = NESSE ITEM TAMBEEM ESTAO INCLUIDOS NO TOTAL OS TRATAMENTOS DE EMERGENCIA.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAUDE
MAPA MENSAL DE CONSULTAS MEDICAS

ANO: _____

[illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAUDE
MAPA DE PRODUCAO DE LABORATORIO

MES: _____

ANO: _____

UNIDADE: _____

EXAMES	GRUPO				POPULACIONAL		TOTAL
	0 - 1	1 - 4	5 - 14	+ 15	GESTANTE	MULHER EM IDADE FERTIL	
CLASS. GRUPO SANGUINEO							
HEMOGRAMA							
ERITROGRAMA							
LEUCOGRAMA							
PARASITOLOGICO DE FEZES							
PESQUISA DE ALBUMINA							
SUMARIO DE URINA							
PLANOTEST							
TESTE LUETICO							
GLICOSE							
UREIA							
CREATININA							
COLESTEROL							
TRIGLICERIDES							
ACIDO URICO							
TRANSAMINASES							
TGO							
TGP							
BILIRRUBINAS							
HEMATIMETRIA							
U S H							
COOMBS							
TS E TC							
TOTAL:							

PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA SECRETARIA DE SAUDE MAPA MENSAL DE ENFERMAGEM		ANO: _____
CENTRO: _____		
MESES	CURATIVOS	INJECCOES
JANEIRO		
FEBREIRO		
MARCO		
ABRIL		
MAIO		
JUNHO		
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		
NOVEMBRO		
DEZEMBRO		
TOTAL:		

FONTE: Prefeitura Municipal de Olinda