



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Gizelly Braga Pires

Participação política e práticas avaliativas: um estudo sobre as possibilidades de atuação dos usuários na tomada de decisão no SUS, caso de Macaé

Rio de Janeiro

2010

Gizelly Braga Pires

Participação política e práticas avaliativas: um estudo sobre as possibilidades de atuação dos usuários na tomada de decisão no SUS, caso de Macaé

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Roseni Pinheiro

Coorientador: Prof. Dr. Alúísio Gomes da Silva Júnior

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

P667 Pires, Gizelly Braga.

Participação política e práticas avaliativas: um estudo sobre as possibilidades de atuação dos usuários na tomada de decisão no SUS, caso de Macaé / Gizelly Braga Pires – 2010. 142f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Coorientador: Aluisio Gomes da Silva Júnior.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde – Teses. 2. Participação política – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Avaliação – Teses. 4. – Macaé (RJ) – Teses. 5. Assistência integral à saúde. 6. Tomada de decisões. I. Pinheiro, Roseni. II. Silva Júnior, Aluisio Gomes da. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.008.1

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Gizelly Braga Pires

Participação política e práticas avaliativas: um estudo sobre as possibilidades de atuação dos usuários na tomada de decisão no SUS, caso de Macaé

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 15 de dezembro de 2010.

Orientadora: _____

Prof^a. Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Rosângela Caetano

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof^a. Dra. Mônica Tereza Machado Mascarenhas

Universidade Federal Fluminense – UFF

Dra. Francini Lube Guizardi

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

À minha linda família, por me ensinar a amar incondicionalmente

Ao meu marido Daniel, por sua infinita compreensão e amor

AGRADECIMENTOS

Talvez não precisasse colocar em algumas linhas o agradecimento principal pela concretização desse trabalho, já que Ele conhece até mesmo o meu pensamento e sabe o quanto eu sou grata a Ele. Sou grata primeiramente por orientar-me, em uma noite de insônia, a fazer um mestrado em Saúde Coletiva, e que poderia ser o caminho que eu sempre busquei para minha realização profissional e pessoal. Depois, por dar-me forças para não desanimar nas dificuldades das seleções, nos difíceis conceitos e leituras das teorias desse campo, por me iluminar e iluminar aqueles que me orientaram, pela escolha e concretização deste estudo. Enfim, por fazer tudo isso ser possível, Obrigada meu Deus, por este momento em minha vida.

Aos meus pais, Vilma e Rosalvo, e meus irmãos Leila e Wendel, pelo amor doado e a compreensão infinita.

Ao meu marido Daniel, que mesmo não compreendendo porque estudo tanto, porque escrevo tanto, porque me estresso tanto, soube respeitar esse momento com muita paciência e carinho, “segurou a barra” para que eu pudesse dedicar-me somente aos meus estudos, deu-me motivação para continuar nos momentos em que pensei em parar no meio do caminho, e alegrou-se comigo em minhas conquistas. Então, só resta-me agradecer-lhe pelo seu amor incondicional.

À família do meu marido, que considero extensão da minha, especialmente à Nélia, por acolher-me e dar-me o carinho que precisava ao buscar refúgio para minhas angústias.

À minha orientadora Roseni, por acreditar em mim, pelos seus ensinamentos preciosos, que mudaram meu jeito de pensar a saúde e pela sua dedicação na orientação desse trabalho.

Ao meu coorientador Aluísio, por ser aquele que Deus colocou em minha vida para dar aquele empurrãozinho que faltava para que eu pudesse estar aqui, pelos seus generosos ensinamentos e orientação.

Aos meus amigos, Silvia, Breno e à pequena Alice, pelo seu carinho, amizade, por me acolher em seu lar no meu trabalho de campo, por amar-me como irmãos, meus agradecimentos cheios de saudades.

Ao “trio”, Fernanda, Regina e Larissa, minhas colegas do mestrado, por acolher-me tanto no coração de vocês quanto em seus lares, pela ajuda e força em todos os momentos bons e difíceis dessa nossa caminhada. Por construirmos com muito amor o nosso “divã virtual”, que me fortaleceu na jornada final desse caminho.

À minha amiga Valéria Marinho, que com sua amizade, generosidade e ensinamentos, tornou mais suave a minha passagem por este caminho, estando sempre comigo quando precisava de socorro. Serei sempre grata a você e sempre estarei te esperando para uma visita, para comermos aquele pirão de leite.

Às amigas do Lappis, Livia e Cris, por compartilharmos as nossas dificuldades acadêmicas e pelas boas risadas.

Aos meus professores do Instituto de Medicina Social da UERJ, que não só me preencheram de conhecimentos valiosos, mas me ensinaram a pensar criticamente.

Aos amigos Jerry e Alex do Conselho Municipal de Saúde de Macaé, pela disponibilidade em ajudar-me em meu trabalho de campo.

Àqueles que, com suas valiosas informações consentiram em realizar as entrevistas desse trabalho.

Às meninas da Secretaria do IMS e a Ana Sílvia, por se disponibilizar a ajudar-me compreendendo minhas dificuldades devido à distância.

O processo de Avaliação torna-se o rio que cruza o sertão com sede de encontrar o mar, cheio de vontade de abraçá-lo em pororoca. Rumo a seu destino, o rio se banha de chuvas. Atrai enxurradas que descem de arriba monte misturadas a galhos, folhas e restos; inutilidades cheias de importância para sua fome de lavar e levar. O rio bebe de seus afluentes e vive como organismo pleno, complexo. Quando cruza terras maltratadas de sol, dá de beber à plantação, ao gado, às cabras, aos homens e às mulheres. O rio esverdeia o galho seco. Alimenta a terra cheia de sede e por ela é nutrido. É rio reflexivo.

BRANDÃO et al., 2005

Nós acabamos por complicar a saúde, e acabamos sendo vítimas da nossa omissão de informação.

Conselheira representante dos usuários do Conselho
Municipal de Saúde de Macaé

RESUMO

PIRES, Gizelly Braga. *Participação política e práticas avaliativas: um estudo sobre as possibilidades de atuação dos usuários na tomada de decisão no SUS, caso de Macaé*. 2010. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Essa pesquisa objetivou analisar as concepções e práticas dos usuários em processos avaliativos no SUS de Macaé, na perspectiva da qualificação da participação política no contexto da gestão dos serviços. Com esse estudo, esperamos contribuir para o debate acerca da importância que a avaliação possui para qualificar a participação política dos usuários e sua colaboração para empoderamento e autonomia destes. Sendo assim, os usuários passariam de meros receptores das políticas públicas para protagonistas de seu cuidado, contribuindo para que as práticas avaliativas do SUS tenham como objeto o direito à saúde. Como trajetória metodológica, foi escolhido o estudo de caso único de caráter exploratório. Para tanto, utilizamos como técnica de coleta de dados, entrevistas com usuários, conselheiros de saúde e membros do Ministério Público, observação, artigos de jornais locais, documentos e atas do Conselho Municipal de Saúde de Macaé. Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, em que os dados foram classificados nas categorias operatórias de: participação; setor saúde local; práticas avaliativas, concepções de direito/participação/avaliação, influência das práticas avaliativas e articulação entre os atores. A análise se processou à luz das proposições teóricas que buscaram identificar as práticas avaliativas a partir das dimensões do poder, da identidade, da motivação e da competência, pretendendo assim, reconhecer indícios, pistas e possíveis caminhos que apontem para uma participação política que vem se qualificando a partir dessas práticas. Foi possível evidenciar na análise que as práticas avaliativas dos usuários ainda se dão de modo muito incipiente para que estas possam qualificar sua participação na tomada de decisão, entretanto, em algumas redes sociais e no Conselho Municipal de Saúde observamos algumas práticas avaliativas cujo estudo permitiu-nos afirmar que é possível que estas conduzam o usuário a conquistar e a saber lidar com o poder, ser autônomo, identificar-se como sujeito e não objeto das práticas de saúde, e motivar-se para lutar para a mudança de nossa cultura política e pela transformação social que tanto a sociedade brasileira almeja.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde. Usuários. Direito à saúde. Participação política.

ABSTRACT

This research had as its aim to analyze the conceptions and practices of the users in evaluational processes at the SUS of Macaé, in the perspective of a qualification of the political participation in the context of services management. With this study, we hope to contribute for the debate on the importance that evaluation has to qualify the political participation of users and its collaboration for their empowerment and autonomy. Thus, the users would change from mere receivers of the public policies to protagonists of their own care, contributing for the evaluational practices at SUS to have as object the right to health. As methodological trajectory, the unique case study of exploratory nature was chosen. In order to accomplish the research, we used as data collection technique interviews with users, Health Council members, Public Ministry members, observation, news on articles of local newspapers, documents and records of the Municipal Health Council of Macaé. To analyze the data, content analysis was used, in which the data were classified in operational categories: participation; local health sector, evaluational practices, right / participation/ evaluation conceptions, influence of the evaluational practices and interaction among actors. The analysis was processed under the light of theoretical propositions that sought to identify the evaluational practices focusing the dimensions of power, identity, motivation and competence, intending to recognize traces, clues and possible ways that could point to a political participation that has been qualifying itself. It was possible to demonstrate in this analysis that the evaluational practices of the users still occur too incipiently to qualify their participation in decision making, however, in some social nets and in the Municipal Health Council it was possible to observe and study some evaluational practices that allowed us to affirm that these practices can lead the users to obtain and learn to deal with power, to be autonomous, to identify themselves as subjects and not as objects of the health practices and also motivate themselves to fight for changes in our political culture and for the social transformation that Brazilian society so much longs for.

Keywords: Health evaluation. Users. Right to health. Political participation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ALERJ	Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APA	Área de Preservação Ambiental
APP	Área de Preservação Permanente
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DST	Doença Sexualmente Transmitida
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FMHM	Fundação Municipal Hospitalar de Macaé
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HPM	Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LEEA	Laboratório de Estudos do Espaço Antrópico
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPACTO	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNEF	Universidade Estadual do Norte Fluminense
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	17
1.1	As práticas avaliativas como dispositivo político: o processo de construção de sujeitos e de conhecimentos para um cuidado integral em saúde.....	17
1.2	Participação política no SUS: buscando caminhos para construção da cidadania.....	29
2	OBJETIVOS.....	39
2.1	Objetivo geral.....	39
2.2	Objetivos específicos.....	39
3	METODOLOGIA.....	40
3.1	Estratégia metodológica.....	40
3.2	Aspectos éticos.....	44
3.3	Escolha do campo de investigação.....	45
3.4	Cenário de Estudo – O município de Macaé.....	45
3.4.1	<u>O setor da saúde em Macaé.....</u>	51
3.5	Análise dos dados.....	54
4	ANÁLISE.....	56
4.1	O Sistema Único de Saúde em Macaé na perspectiva dos seus usuários.....	56
4.2	Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica no município de Macaé.....	66
4.3	Avaliação na perspectiva do usuário: as práticas avaliativas e concepções dos atores no município de Macaé.....	71
4.3.1	<u>A dimensão do poder: aprendendo a compartilhar poder e equilibrar forças mediante participação em práticas avaliativas.....</u>	72
4.3.2	<u>Dimensão da Identidade: a avaliação como uma forma de entrar em contato consigo e mesmo e com a realidade circundante.....</u>	101
4.3.3	<u>Dimensão da Motivação: a busca de sentidos e disposição para avaliar as práticas.....</u>	105

4.3.4	<u>Dimensão da Competência: cuidando do lugar da investigação.....</u>	107
4.3.5	<u>Ministério Público: o direito a saúde como objeto da avaliação.....</u>	111
4.4	Limites e possibilidades das práticas avaliativas dos usuários influenciarem na tomada de decisão sobre a política de saúde.....	114
4.5	As relações entre o Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e usuários na condução de práticas avaliativas na política de saúde.....	120
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
	REFÊRENCIAS.....	132
	APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	142

INTRODUÇÃO

A busca por respostas às questões que tratam da demanda e necessidades de cuidados em saúde suscitou meu interesse pelo problema que procurarei desenvolver ao longo deste trabalho. Tal busca se iniciou durante a graduação em Ciências Farmacêuticas e ganhou contornos mais nítidos quando integrei em uma das pesquisas¹ realizadas pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) em 2008, e com minha participação nas discussões das disciplinas do Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Neste momento, cabe falar um pouco da minha trajetória como pesquisadora. No decorrer do curso de graduação de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Feira de Santana, entre 2000 e 2005, foi constante minha busca para compreender a relevância social da profissão que havia escolhido. No entanto, muitas vezes sem encontrar respostas, decepcionei-me com o curso devido à excessiva carga horária de disciplinas das áreas básicas e profissional que não se articulavam com a realidade em que vivíamos e com o contexto social que observávamos, apresentando um ensino fragmentado e apoiado restritamente no saber biomédico, que ainda perdura na grande maioria das instituições de ensino superior.

Apesar das dificuldades de operacionalização, o recente curso de Ciências Farmacêuticas da referida universidade, implantado em 1999, apresentava como proposta a ideia do currículo que formasse sujeitos mais sensíveis às demandas dos usuários e à organização do sistema de saúde com atendimento humanizado, sem o apelo tecnicista e abusos dos especialismos.

Esse contexto de aprendizagem favoreceu minha compreensão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e pude então encontrar algumas respostas para a questão da relevância social de ser farmacêutico. As disciplinas Farmácia Social,

¹ Pesquisa realizada no ano de 2008, intitulada *Práticas Avaliativas na Atenção Básica na Saúde no Estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre sistema de controle e monitoramento de ações de saúde*, apoiada pelo edital FAPERJ nº 14/2007, Prioridade Rio. A pesquisa se propôs a analisar as práticas avaliativas em atenção básica em regiões não-metropolitanas do Estado do Rio de Janeiro, a partir de estudo comparado sobre os mecanismos de controle e monitoramento das ações de saúde em cinco sistemas municipais (Piraí, Macaé, Paraty, Teresópolis e Rio das Ostras), visando a identificar evidências capazes de induzir a reorganização da gestão e da atenção voltadas para os princípios e diretrizes do SUS.

Introdução à Assistência Farmacêutica, Ética e Legislação Farmacêutica, Sociologia da Saúde e Saúde e Comunidade, mais especificamente as duas últimas, despertaram meu interesse pelo campo da Saúde Coletiva. Por esse motivo, integrei-me em uma pesquisa² como estagiária de Iniciação Científica, o que contribuiu para aprofundar meu conhecimento, tanto deste campo, quanto do SUS.

Mas, foi como bolsista em um projeto de extensão³ que me defrontei com a realidade da atenção básica no SUS, na qual, pela proximidade e abertura ao diálogo com os usuários e trabalhadores de saúde, percebi que a principal demanda por atenção à saúde consistia na busca por cuidados pautados no acolhimento, no respeito, na solidariedade, no vínculo e na responsabilização. Essa realidade criava um paradoxo no contexto de ensino do curso, e embora tivesse posições avançadas do ponto de vista disciplinar, não havia uma orientação político-pedagógica de integração ensino-trabalho-cidadania, na qual a questão da participação social, era até então, por mim desconhecida. Entretanto, ao participar do trabalho de campo da pesquisa do LAPPIS, defrontei-me pela primeira vez com a realidade das instâncias de controle social (Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal de Saúde) do município de Macaé, cujas práticas desenvolvidas, muitas delas contraditórias, exigiram uma análise mais aprofundada acerca da participação no SUS.

Decorrente da minha atuação nessa pesquisa, pude dedicar-me a estudar a temática da integralidade em saúde. O princípio da Integralidade em saúde é um princípio legal, que está definido na Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/90, porém é um termo polissêmico e que tem envolvido debates de diversos autores (MATTOS, 2001, PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2007). Na perspectiva de Pinheiro (2008), são nas experiências inovadoras que a integralidade pode ser entendida em um sentido mais ampliado de sua definição legal, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde nos diferentes âmbitos de atenção do sistema.

Partilhando desse entendimento, direcionei o meu estudo partindo da compreensão de que as práticas de gestão e avaliação em saúde são amistosas à integralidade quando conduzidas a partir da perspectiva do usuário, sendo este co-responsável pela produção do direito a saúde.

²Projeto de pesquisa intitulado *Avaliação da Descentralização dos Serviços de Saúde de Feira de Santana*.

³Projeto de extensão acadêmica intitulado *Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária – Seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos no Centro de Saúde CSU, Feira de Santana - BA*.

Diante desse contexto, passei a me preocupar com as práticas dos sujeitos que lutam pelo direito à saúde como direito de cidadania, o que exigia melhor qualificação teórica e conceitual da ideia de participação política⁴ como temática central para avaliação em saúde no contexto de direitos.

Também é oportuno que se registre a minha participação nas oficinas e seminários organizados pelo LAPPIS, que permitiram a compreensão de conceitos e significados que contribuíram para maior entendimento sobre participação política e o processo de avaliação e gestão no SUS.

As duas oficinas técnicas de construção coletiva da pesquisa multicêntrica ocorridas respectivamente em maio e agosto de 2009, discutiram o desenvolvimento de metodologias centradas no usuário para se repensar as práticas avaliativas de integralidade. Por meio dessas oficinas, entrei em contato com novos temas do campo da Saúde Coletiva, como a noção de redes sociais e redes de usuários⁵ trazidas pelo professor e sociólogo da UFPE, Paulo Henrique Martins, e que podem ser aplicadas em pesquisas e práticas avaliativas centradas no usuário, bem como as importantes contribuições de novas tecnologias avaliativas⁶ na perspectiva do usuário, como os itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais⁷.

Foi também através das discussões ocorridas no “Simpósio Nacional Sobre Desafios e Estratégias de Efetivação do Direito à Saúde” e o “IX Seminário do Projeto Integralidade: Ética, Técnica e Formação, as razões do cuidado como Direito à Saúde” que pude compreender melhor o papel do Ministério Público na saúde e a questão do direito à saúde como direito de cidadania e sua relação com os princípios da integralidade e da participação política.

A fim de refletir sobre tais questões, essa dissertação busca estudar as concepções e práticas dos usuários sobre os processos avaliativos em saúde, tendo em vista as diferentes formas de participação dos usuários na formulação, implementação e execução das políticas de saúde, analisando o potencial dessas

⁴ Adotamos a noção de participação política dada por Guizardi (2006) na qual a participação não se dá somente nos espaços delimitados por dispositivos institucionais, permitindo a participação de todos os usuários no cotidiano dos serviços de saúde.

⁵ Ver livro Pinheiro; Martins (2009) e Pinheiro; Mattos (2008)

⁶ Pinheiro e Silva Junior (2008) adotam o entendimento de Schraiber (2006), para definir tecnologia, sendo esta um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Bellatto; Araújo; Castro (2008) traz a proposta de Itinerários terapêuticos como uma tecnologia avaliativa, na perspectiva da construção de um conjunto de recursos teóricos metodológicos, ferramentas e seus modos de usos que possam apreender os percursos empreendidos pelos usuários e as produções de sentidos na busca por cuidados em saúde

⁷ Os pressupostos dessas metodologias serão abordados no próximo item

práticas para qualificação da participação política. Nesse sentido, selecionamos como atores sociais importantes: o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e os usuários.

Tais questões se fazem a partir do pressuposto de que as ações dos usuários na avaliação das políticas de saúde permitem-nos reconhecer o modo de pensar, sentir e viver os problemas de saúde de uma dada comunidade, no que concerne ao cuidado integral à saúde. Esse reconhecimento ganha relevo nas vivências que são compartilhadas por grupos, instituições e pessoas. Considerando que a sociedade brasileira vem se reconfigurando no contexto dos direitos, instituídos na promulgação da Constituição Federal de 1988, parece-nos incontornável repensar as práticas de avaliação em saúde como instrumentos fundamentais de afirmação do direito à saúde como direito humano.

Vale, aqui, considerar a importância dos resultados da pesquisa *Práticas Avaliativas na Atenção Básica na Saúde no Estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre sistema de controle e monitoramento de ações de saúde*, que possibilitou o uso dos seus dados, proporcionando uma melhor compreensão do campo desse estudo por meio da caracterização das práticas avaliativas na atenção básica.

Acreditamos, com o presente trabalho, contribuir para o debate acerca da importância que a avaliação possui para qualificar a participação política dos usuários e sua colaboração para empoderamento e autonomia destes. Sendo assim, os usuários passariam de meros receptores das políticas públicas para protagonistas de seu cuidado, contribuindo para que as práticas avaliativas do SUS tenham como objeto o direito à saúde.

Sendo a participação política indispensável à construção do direito à saúde, parte-se do entendimento de que o sujeito político deve ter condições de lutar por essa construção. Nesse sentido, a participação efetiva dos usuários nas avaliações em saúde os instrumentaliza para adquirir informações, fortalecendo sua luta por direitos.

De acordo com Brandão; Silva; Palos (2005) um dos pressupostos mais importantes na busca por melhores políticas públicas encontra-se na necessidade de criar e fortalecer organizações que estruturam modelos de gestão que tenham a reflexão e a aprendizagem entre seus pilares de sustentação. Neste cenário, o desenvolvimento de culturas de avaliação nas organizações se constitui como ação estratégica para o fortalecimento organizacional.

Tomando este referencial como condutor das proposições teóricas deste estudo, reformulamos a assertiva desse autor ao substituímos o termo organização por “usuários do SUS”, adequando-se à especificidade de nosso objeto de estudo. Assim, faz-se necessário o fortalecimento da autonomia dos usuários para que os mesmos estruturam os modos de gestão do cuidado, partindo das reflexões e aprendizados resultantes do desenvolvimento de uma cultura de avaliação.

Objetivamos, por meio desse estudo de caso de natureza exploratória, analisar como as práticas avaliativas conduzidas pelos usuários podem qualificar a participação política, refletindo nos termos de Brandão; Silva; Palos (2005), e como estas podem influenciar na tomada de decisão das políticas de saúde, para que as mudanças desejadas pelos usuários sejam efetivadas, partindo, assim, da análise da importância de metodologias avaliativas centradas no usuário, como propõe Furtado (2001), Guba e Lincoln (1989) e Pinheiro e Silva Junior (2008; 2009)⁸.

Observamos, no levantamento bibliográfico de nossas pesquisas, que, no campo da avaliação dos serviços de saúde, são raros os estudos sobre as práticas avaliativas desenvolvidas nos sistemas de saúde locais, mais especificamente sobre a participação dos usuários nas avaliações e a importância da avaliação para fortalecimento da participação política. Estes, quando existem, são restritas à avaliação da satisfação do usuário com o serviço e ações utilizadas por ele.

Desta forma, a relevância desse estudo se justifica ao menos por dois motivos: o primeiro, por ampliar os estudos avaliativos sobre os sistemas municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro, tarefa civil da UERJ, onde se situa o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS; o segundo refere-se à importância de compreender as práticas avaliativas dos usuários na perspectiva de fortalecer a construção de sua autonomia e qualificar a participação política.

Cabe aqui ressaltar que o conhecimento das práticas avaliativas dos usuários pode permitir compreender como se dá a participação política dos usuários no SUS, no que tange à inclusão de suas demandas e reivindicações nas tomadas de decisões, pois constatamos que, tanto no campo teórico como na prática de gestão do SUS, há uma visível carência de metodologias avaliativas que, de fato, incluam o usuário como ator social dos processos de julgamento e tomada de decisão.

⁸ As nossas escolhas teóricas, assim como a leitura que estes autores fazem a respeito das práticas avaliativas centradas no usuário serão abordadas no item posterior, em que delimitaremos o nosso objeto de estudo.

1 DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 As práticas avaliativas como dispositivo político: o processo de construção de sujeitos e de conhecimentos para um cuidado integral em saúde

Avaliar é uma atividade que faz parte do nosso cotidiano. Frequentemente fazemos previsões das conseqüências das nossas ações, que muitas vezes são planejadas ao pensarmos nos caminhos a serem trilhados para alcance da ação proposta, e, posteriormente, refletimos se esta ação foi melhor, pior ou igual ao que inicialmente imaginávamos.

O termo avaliação apresenta-se dotado de diversos sentidos, assim como de uma pluralidade de desenhos metodológicos e técnicas que fazem da avaliação um campo ainda pouco definido, pois cada um adota concepções e abordagens diversas a depender do objeto a ser avaliado.

Devido a essa polissemia de sentidos e diversidade de métodos, torna-se necessário, muitas vezes, buscar caminhos próprios nesse campo, desde que contemplem a qualidade do objeto a ser avaliado. Essa qualidade é impressa quando existe a participação de todos os envolvidos no processo avaliativo.

Considerando a diversidade de sentidos e conceitos do termo avaliação, o que fundamenta a discussão empreendida neste estudo é a consideração do seu caráter político de democratização das informações e autodeterminação dos sujeitos ao incluir a percepção de todos os envolvidos no objeto a ser avaliado e, especificamente em nosso caso, a inclusão do usuário do SUS.

Para entender a avaliação como um processo de desenvolvimento de sujeitos, esta deve ser compreendida como um processo de aprendizagem que pode apoiar pessoas, organizações e grupos sociais a fazer escolhas mais consistentes em relação ao rumo de suas iniciativas, oferecendo para estes atores a possibilidade de criar espaços de reflexão sobre a prática – tanto as que são forjadas por esses atores, quanto pelas práticas que se dão no interior dos serviços de saúde que estes utilizam -, desconstruir idéias vigentes ou construir sentidos comuns em relação a conceitos e discursos (SILVA; BRANDÃO, 2003).

Nesse sentido, o conceito de avaliação não se restringe a uma disciplina científica dotada de métodos próprios, mas é uma ferramenta de aprendizado dos sujeitos que participam da avaliação, de um aprendizado sobre si mesmos e sobre a realidade que os cercam, aumentando a autonomia e o poder do usuário, tanto para participar nas decisões do cotidiano dos serviços que se inserem e do seu cuidado individual, quanto para participar mais ativamente nas decisões da gestão da política de saúde local.

Esta participação pode ocorrer por meio do conselho de saúde ou outros meios que a capacidade criativa dos usuários, que emergem nos momentos de reflexão, constrói no sentido de obter respostas às suas demandas de saúde.

Demo (2008), nesta mesma linha, afirma que seria ingênuo pensar que a avaliação é apenas um processo técnico. Ela é também uma questão política. Avaliar pode tanto apresentar-se como um exercício autoritário do poder de julgar, ou pode constituir um processo e um projeto em que o avaliador e o avaliado buscam e sofrem mudanças qualitativas (Idem).

Para Brandão; Silva; Palos (2005), um dos princípios fundamentais que se tem em mente quando se refere a um processo avaliativo é o de que uma avaliação não se constitui apenas num dispositivo técnico, mas sobretudo, político. Entende-se avaliação a partir de uma ótica emancipatória, participativa e colaborativa, na qual propósitos e critérios de julgamento são construídos por meio da negociação entre diferentes atores sociais, sendo que cada sujeito é capaz de avaliar suas ações. Assim, nesse fenômeno, de maneira reflexiva, cada ator se constrói e reconstrói a sua prática.

A construção de um *ethos* político no qual o porquê e o como avaliar são definidos de maneira colaborativa, tem grande repercussão metodológica no processo de avaliação. Quando operamos com a crença de que a avaliação ganha sentido e relevância à medida que envolve diferentes atores que atuam de maneira autônoma para orientar o processo, é preciso estar preparado para lidar com as implicações concretas que as decisões do grupo trazem para o ato de investigação da realidade. O acolhimento destas implicações pode trazer legitimidade e crença no processo. (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005, p. 367).

A avaliação como dispositivo político pode conferir poder aos usuários para construção de conhecimentos e decisão sobre sua saúde, tendo estes o controle do seu próprio destino, com habilidades de lidar melhor com as forças que afetam suas vidas, sendo possível supor que a participação em práticas avaliativas resulta em

usuários mais “empoderados” para a conquista de melhores condições de vida (BECKER et al. 2004).

Segundo Gonh (2004), o “empoderamento” da comunidade, para que ela seja protagonista de sua própria história, tem sido um termo que entrou para o jargão das políticas públicas e dos analistas, neste novo milênio. Trata-se de um processo que tem a capacidade de gerar processos de desenvolvimento auto-sustentável.

Esse processo geralmente se dá através de projetos sociais de instituições que promovem intervenções sociais, em nosso caso, atribuímos à avaliação essa capacidade de gerar desenvolvimento, autonomia, construir identidades e motivações dos sujeitos para a luta pelo direito à saúde.

Para Gonh (2004), empoderamento pode referir-se tanto ao processo de mobilizações e práticas (como as práticas avaliativas) destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas (material e como seres humanos dotados de uma visão crítica da realidade social); como pode também referir-se a ações destinadas a promover a integração dos excluídos, atendendo-os individualmente, numa ciranda interminável de projetos de ações sociais assistenciais.

Desse modo, a avaliação, ao ser utilizada como instrumento de empoderamento, possibilita que o usuário também participe das avaliações das políticas de saúde juntamente com os técnicos e gestores. Pois, sendo a avaliação uma prática social (VIEIRA da SILVA, 2005) não restrita ao caráter técnico, deve revestir-se de características próprias, adotando conceitos e métodos de acordo com o contexto social, político e cultural de que se reveste o objeto a ser avaliado. Para tanto, aponta Furtado (2001), a avaliação deve caracterizar-se como um processo sensível ao meio, compreensiva e includente das diferentes construções dos grupos de interesse.

Se a participação política é um elemento constituinte das políticas públicas, sobretudo se queremos que estas cumpram sua missão de assistir e empoderar, pode-se afirmar então, que a participação da comunidade na produção de conhecimento em relação a estas políticas seria igualmente desejável (FURTADO; CAMPOS, 2008).

A definição de avaliação como prática social foi concebida por Vieira da Silva (2005) ao substituir o conceito de “intervenção” pelo de “práticas sociais”,

adequando a definição de Contandriopoulos et al. (1997) (que aponta o ato de avaliar como fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, com objetivo de tomada de decisão) à noção de campo da avaliação, enquanto rede de relações entre agentes e instituições⁹, no qual as práticas de saúde são tipos especiais de práticas sociais e sua avaliação abrangeria desde práticas cotidianas dos serviços de saúde até intervenções sociais planejadas mais amplamente.

Nessa perspectiva, ganham relevância os estudos de Pinheiro e Silva Junior (2008) que, tomando a concepção de avaliação como uma prática social dada por Vieira da Silva (2005) e apoiando-se em Ayres (2004), adotam uma noção de práticas avaliativas como:

Diferentes modos de avaliar que tomam como base as ações exercidas cotidianamente nos serviços, na medida em que forjam acoplamentos de saberes e práticas dos sujeitos (gestor, trabalhador e usuário) na produção do cuidado em saúde e subsidiam sua avaliação como intervenção; não se esgotando nas ferramentas avaliativas já existentes, e pode se tornar técnicas a serem compartilhadas ou não (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008, p. 28).

A avaliação pode adotar uma abordagem *bottom-up* – de baixo para cima – que trabalha na perspectiva do empoderamento, ou pode ser uma prática do tipo *top-down* – de cima para baixo, que é proposta a partir de uma perspectiva institucional (BECKER, et al., 2004). Uma prática avaliativa amistosa à integralidade deve ser, portanto, aquela que se constitui como uma abordagem *bottom-up*, na qual as avaliações são iniciadas a partir da visão e da percepção do usuário, e consideram um aumento na sua capacidade e poder como importantes resultados para qualificar a sua luta pelo direito à saúde.

Para tanto, se faz necessária a integração entre os diversos atores envolvidos com o objeto a ser avaliado, seja o cuidado em si, ou a organização do sistema de saúde. Nessa medida, para que o princípio da integralidade prevaleça é preciso, como aponta Valla (1998), que os profissionais/mediadores admitam a cultura popular como uma teoria imediata, ou seja, um conhecimento acumulado e sistematizado, a interpretar e explicar a realidade. Assim, “se a referência para o saber é o do profissional, isso dificulta a chegada ao saber do outro” (VALLA, 1998, p.14). E por isso, é importante que as práticas avaliativas tenham uma abordagem

⁹ No sentido dado por Bourdieu (1979 apud Vieira da Silva, 2005)

do tipo *bottom-up*, para que as mesmas possam se dar sob a perspectiva do usuário.

As práticas avaliativas amistosas à integralidade, resultam de interações democráticas entre os sujeitos no cotidiano de suas vivências e práticas, na relação entre demanda e oferta de produção de cuidado na saúde; permitem que o usuário participe na definição de suas necessidades e na tomada de decisão e possuem elevada potência formativa, capaz de produzir conhecimentos que geram novos valores para julgamento, que elaboram respostas qualificadas às necessidades e o modo mais adequados de provê-las (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Contudo, o campo da avaliação em saúde ainda tem-se apresentado tradicionalmente ancorado em métodos quantitativos de caráter normativo e sem a participação dos usuários. Logo, torna-se fundamental reconhecer o cotidiano como espaço rico de sentidos e práticas acerca do vivido, da sabedoria das pessoas e de suas emoções e sentimentos (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

As mudanças no modelo assistencial, a implantação de uma política de humanização e os novos conceitos e práticas de promoção da saúde, contemplam objetos mais amplos, exigindo que os conceitos de avaliação sejam repensados e novos métodos e/ou uma combinação desses sejam necessária para dar sentido à análise de fenômenos complexos.

Apontando para a dimensão metodológica das propostas avaliativas, Bosi e Uchimura (2006) salientam que o material a ser levantado, embora também contemple dados quantitativos, não pode se restringir a instrumentos estruturados, visando à objetivação através de respostas numéricas, escalas, diagramas entre outros. Em contraponto, implica, pois, o reconhecimento da centralidade dos processos simbólicos – e as práticas discursivas dos atores envolvidos, em especial, dos usuários – para a avaliação dos rumos da qualidade de um programa, compreendendo o que, para os atores envolvidos, significa qualidade.

Levando-se em consideração as propostas avaliativas centradas no usuário, Demo (2008) indica que o que está em jogo é principalmente a qualidade política, ou seja, a arte dos usuários de se auto gerirem, a criatividade cultural que demonstram em sua história e espera para o futuro, a capacidade de inventar seu espaço próprio, forjando sua autodeterminação e autopromoção.

Seja qual for a formalização encontrada para a avaliação, nunca se deve prescindir da inclusão dos vários grupos implicados no processo avaliativo, e sempre

estar atentos em avançar para além do simples acúmulo de dados, sendo, indispensável a construção de novos sentidos e significados (FURTADO, 2001).

Nesse processo de negociação, uma postura ética deverá garantir que as questões e reivindicações de todos os grupos sejam atendidas, sem haver supremacia de um grupo sobre outro, instaurando um novo patamar diferente do tradicional, no qual os grupos de interesse são convidados a opinar, para legitimar decisões já tomadas, sendo que poucas vezes suas questões são realmente consideradas (FURTADO, 2001).

Recentemente, no campo da avaliação, tem-se observado o surgimento de abordagens que consideram todos os atores implicados, no que diz respeito à inclusão de visões de mundo, exigindo que as normas, métodos e indicadores definidos tradicionalmente pelos planejadores sejam renegociados. Desse modo, a avaliação é utilizada como uma ferramenta de empoderamento dos usuários e trabalhadores que tem no cotidiano da gestão de redes de serviços de saúde seu *locus*.

A inclusão dos atores implicados no processo avaliativo é conhecida internacionalmente por quarta geração de avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989) nesta se busca a inclusão dos *stakeholders* em todas as fases do processo de avaliação. O termo *stakeholders*, é entendido por estes autores como “grupos de interesses” ou “grupos implicados” ou simplesmente interessados. São definidos como organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas da intervenção a ser avaliada ou beneficiários do processo avaliativo. De modo geral, são formados por pessoas com características comuns (trabalhadores, gestores, usuários etc.) que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação.

De acordo com estes autores, este tipo de avaliação rejeita o controle, a manipulação que caracteriza a ciência e o substitui pelo processo hermenêutico-dialético que conta com a interação do observador e do observado para construir a realidade.

A quarta geração de avaliação é uma forma de avaliação na qual as reclamações, as preocupações, as questões dos grupos implicados servem como foco organizacional (o básico para determinar qual informação é necessária) que é implementado com os preceitos metodológicos do paradigma do inquérito construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Na metodologia convencional, as proposições ou questões a serem investigadas são feitas a priori, qualquer que seja a consideração teórica que o avaliador escolher. Não se vê necessidade de descobrir quem são as pessoas, o que constroem a respeito do estado dos assuntos, ou o que eles acreditam ser o objeto de avaliação. Ao contrário, a metodologia construtivista é a aproximação que esta proposta tem como uma substituição do modo científico que tem caracterizado toda a carreira da avaliação neste século (GUBA; LINCOLN, 1989).

Esses autores propõem o processo hermenêutico-dialético como um caminho para a realização de uma avaliação com enfoque construtivista e responsivo. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese.

O delineamento desta metodologia não é rígido, possuindo flexibilidade suficiente para incorporar novas mudanças, novos sujeitos e novos cenários. Foca-se mais no processo do que propriamente nos resultados. Este tipo de avaliação extrapola a consulta a informantes e a coleta e análise das informações obtidas, propondo que o avaliador “ganhe o direito de entrada” no campo empírico por meio de uma etnografia prévia e, a partir de então, estabeleça compromissos éticos e pactuações que garantam a participação dos sujeitos nos diferentes momentos da avaliação (no estabelecimento das questões/eixos/marcadores/indicadores e na negociação em relação ao que, como e para que mudar a realidade) (GUBA; LINCOLN, 1989).

Michel Dermateau (2002), do Public Health Institute of Province of Hainaut, Bélgica apresenta resultados de uma pesquisa que consubstancia, de forma mais esclarecedora, os diferentes tipos de práticas avaliativas inclusivas. Ao analisar 31 relatórios de *experts* em avaliação, Dermateau construiu uma matriz teórica que organizou uma tipologia das práticas avaliativas, com as quais podemos reconhecer a participação explícita do usuário nos componentes avaliativos.

Destacamos ao menos dois tipos que podemos identificar no campo da saúde: o primeiro tem o usuário participando formalmente na formulação e implementação da política, através das instâncias de controle social (conselhos de saúde e conferências de saúde) e informalmente, no cotidiano da gestão dos serviços de saúde. O segundo identifica a ação do Ministério Público ou do Poder Judiciário como um tipo de prática avaliativa cuja representação constitucional dos

usuários se dá na luta pela garantia dos direitos sociais, em especial, do direito à saúde.

Na perspectiva do usuário, as práticas avaliativas vão além da consecução de técnicas, sendo definidas por experiências humanas e singulares, abrigando as ações efetivas dos atores nas situações de encontro com a alteridade, ou seja, com a diversidade e a pluralidade. Portanto, a avaliação, mais do que cumprimento de regras e normas, deve se constituir como uma potente ferramenta democrática de empoderamento dos sujeitos sociais na afirmação de seus direitos (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

Apoiamo-nos nas contribuições de Pinheiro e Silva Junior (2009), que estabelecem umnexo recíproco entre avaliação e afirmação do direito à saúde, cujo julgamento e tomada de decisão devem ser explicitados e as formas da apropriação dos seus resultados devem se dar modo compartilhado. Nesse sentido, vale considerar na obra desses autores a proposição de novas abordagens avaliativas na perspectiva do direito, sendo os itinerários terapêuticos e as trajetórias assistenciais ferramentas avaliativas importantes por enfatizarem a centralidade do usuário na avaliação em saúde.

As novas abordagens avaliativas como itinerários terapêuticos, trajetórias assistenciais, mapeamentos das redes de usuários como propostas por Martins (2009), são importantes tecnologias avaliativas que consideram a avaliação sob a perspectiva do usuário, privilegiando o cotidiano das práticas dos atores e constituindo-se em práticas avaliativas amistosas à integralidade, com afirmação do direito à saúde.

Neste tipo de avaliação, podem ser utilizadas metodologias de análise dos fenômenos da realidade, numa perspectiva democrática e emancipatória, no sentido de superar o caráter positivista, objetivista e tecnicista que marca o planejamento e a administração tradicional como modo de gestão do SUS.

A seguir, faremos uma breve discussão a respeito dessas abordagens que consideramos promissoras para a realização de práticas avaliativas amistosas à integralidade.

O Itinerário terapêutico é representado pelas decisões, negociações e avaliação que as pessoas fazem do seu viver e de sua condição. Essas experiências são construídas pelas pessoas em seus contextos de relações sociais (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Esses autores propõem que o itinerário terapêutico seja tomado como uma tecnologia avaliativa, na perspectiva da construção de um conjunto de recursos teóricos-metodológicos, ferramentas e seus modos de uso que possam apreender os percursos apreendidos pelos usuários e as produções de sentidos na busca por cuidados em saúde. Este é construído num plano analítico, que parte de entrevistas com usuários, exigindo retornos para seu aprofundamento.

Esses autores, na operacionalização do itinerário terapêutico, realizam um desenho organizador da seqüência de eventos narrados nas histórias de vida coletadas, procurando ordená-la em sua temporalidade. Este ordenamento localiza o início da experiência de adoecimento, seu agravamento e cronificação, os períodos de agudização e normalidade, bem como a busca por cuidados nos diversos serviços, as seqüências de instituições, os encaminhamentos, os deslocamentos territoriais, os retornos para a própria casa e as repostas obtidas. Também põem em evidência as pessoas e apoios comunitários que participaram da rede de cuidados e apoio que são buscados pelas pessoas para resolver seus problemas.

O itinerário terapêutico permite analisar as facilidades, dificuldades e limitação na busca por cuidado em relação ao acesso e resultados encontrados, analisar o modo como os serviços de saúde deram respostas, ou seja, a resolutividade obtida em cada busca por cuidado (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). Ainda possibilita o reconhecimento de como cada serviço e profissional auxilia na busca por cuidado e produz ou não vínculo com o usuário e sua família e analisa como se dá o consumo de serviços de saúde e o modo de regular a referência e contra-referência nos diversos níveis de atenção dentro do SUS (Idem).

Essa tecnologia avaliativa tem apontado questionamentos sobre a organização do cuidado pelos serviços de saúde, mostrando os tensionamentos no que usualmente se pensa como oferta e demanda de cuidado, território em saúde e acesso a serviços, e a resolução obtida frente aos problemas de saúde enfrentados pelos usuários, dentre outros (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). O emprego dos itinerários terapêuticos como uma tecnologia avaliativa em saúde abre muitas possibilidades para compreendermos os princípios e diretrizes do SUS, em sua concretude. Estes possibilitam compreender como o cuidado se constrói a partir das relações, os modos como se executam as práticas de saúde, suas implicações no cuidados dos usuários e suas famílias e a lógica que os direciona na busca por

atendimento às suas necessidades de saúde (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

O estudo dos itinerários terapêuticos permite reunir atributos habilitadores de uma prática amistosa à integralidade, pois a centralidade do usuário e suas relações com outros atores e com seu contexto nos permitem realizar uma releitura do modo como buscaram o cuidado, delimitando “trajetórias assistenciais” como parte inseparável a esses percursos (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Na trajetória assistencial, o disparador da análise é o usuário, nas escolhas e decisões do seu percurso de busca por cuidado nos serviços, incluindo as redes sociais em que se insere. Restringe-se a analisar o percurso do usuário para obter atendimento nos serviços de saúde (SILVA et al., 2008).

Outra abordagem em que o disparador da análise é o usuário é o mapeamento das redes de usuários. Martins (2009) aponta a importância da metodologia de redes sociais e da observação dos “mediadores”¹⁰ dessas redes.

Estas podem ser recursos importantes para conceber e implementar novos critérios e indicadores de avaliação das políticas públicas que são mais efetivos do que os tradicionais indicadores de determinantes sociais epidemiológicos, por interagir tanto com os fatores pensados a partir da lógica do sistema (macrossociológicos) e aqueles pensados a partir das lógicas do “mundo da vida”

A essa metodologia de redes sociais Paulo Martins (2009) denomina de Método para Análise de Redes do Cotidiano – MARES¹¹, considerando-a uma pesquisa qualitativa usuário centrada. O MARES considera a análise do cotidiano e procura entender o sentido mais profundo e diverso das teias de ações verticais e horizontais que envolve os homens e que interfere na construção das instituições sociais.

Sua proposta permite compreender a profundidade e a complexidade do saber comum e seu potencial na construção de novos critérios e indicadores de análises adequadas para uma investigação não apenas objetiva, mas em

¹⁰ Os mediadores, segundo Martins (2009), são referências simbólicas, como indivíduos, grupos, instituições e símbolos, estes podem ser inibidores quando perpetuam conflitos ou colaboradores quando medeiam conflitos e administram alianças e soluções.

¹¹ O detalhamento da operacionalização desse método e estudos avaliativos que os utilizam encontra-se em PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (orgs.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica – Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

profundidade do fenômeno, oferecendo uma visão integralizada de rede, repensando as redes desde o seu cotidiano (MARTINS, 2009).

Trate-se, portanto de um método que tem importância investigativa ao cartografar as condições de vida dos atores locais, articulando informações subjetivas e objetivas e apresenta relevância pedagógica, ao contribuir para que os atores se apropriem das informações, tornando-se mediadores e multiplicadores de processos sociais coletivos (MARTINS, 2009).

Esses tipos de tecnologias avaliativas podem cooperar com a institucionalização da avaliação no SUS, ao permitir uma interação democrática entre os diversos atores envolvidos com o objeto avaliado, assim como possibilitar o aprendizado desse atores, num processo pedagógico de perspectiva emancipatória.

Para Felisberto (2004), a institucionalização incorpora a avaliação à rotina dos serviços, fortalecendo e/ou desenvolvendo a capacidade técnica, adotando ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.

Ao pensar a institucionalização de processos avaliativos proposta pelo Ministério da Saúde, faz-se necessário realizar mediações com o princípio da integralidade, principalmente no que diz respeito à construção de possibilidades de combinações de referenciais analíticos capazes de considerar suas práticas, assim como os saberes que as sustentam, analisando assim, sobre os caminhos de efetivar a estratégia de aculturação da avaliação (PINHEIRO; SILVA JUNIOR 2008).

As práticas avaliativas que contemplam a visão dos usuários, gestores e trabalhadores podem contribuir para efetivar a cultura da avaliação e garantir a utilização dos seus resultados tanto pelos profissionais, para aperfeiçoamento e melhoria de qualidade das práticas, quanto pelo usuário, para que, melhor informado e sentindo-se protagonista do seu cuidado, se empodere na busca de sua autodeterminação e autonomia.

Enfim, podemos sistematizar nosso objeto de estudo partindo do entendimento das razões apontadas por Furtado e Campos (2008 apud Weaver; Cousins, 2004) para se optar pela avaliação participativa. Dentre essas, podemos esclarecer que:

A razão pragmática para se optar pela avaliação participativa está ligada a um tipo de avaliação pragmática em que o interesse por avaliar corresponderia às expectativas de efetiva utilização do conhecimento gerado na pesquisa avaliativa para as soluções de problemas. Todos os envolvidos na prática a ser avaliada estariam envolvidos de modo a garantir que, o que foi percebido como problema seja realmente abordado e que a participação no processo aumenta a permeabilidade e apropriação pelo coletivo dos resultados da investigação. Os elementos desse tipo de avaliação serão analisados por este estudo no item 5.2, que estuda os limites e possibilidades das práticas avaliativas influenciarem na tomada de decisão sobre a política de saúde local.

A segunda justificativa para optar-se por uma avaliação participativa são as razões políticas e ideológicas. Estas se baseiam no envolvimento no processo de avaliação de indivíduos tradicionalmente excluídos e que passariam a ter oportunidade de se fazer ouvir e de influenciar o curso de um dado programa ou serviço, podendo também aumentar seu poder de compreender e agir. O predomínio dessa razão leva a um tipo de avaliação denominada de avaliação participativa emancipatória, teria como cerne o empoderamento, o desenvolvimento dos participantes não avaliadores, dotando-os de capacidade de intervenção na realidade cotidiana (FURTADO; CAMPOS, 2008).

A terceira e última razão, a epistemológica, e que consideramos como importante para engendrar novas abordagens avaliativas no campo da saúde, entende que a realidade é sempre construída e que, somente por meio da consideração de variadas perspectivas, é que se poderia aproximar melhor daquilo que se convencionou como fatos (FURTADO; CAMPOS, 2008). Desse modo, origina-se assim um tipo de avaliação participativa pluralista, em que os mediadores, como os profissionais e gestores dos serviços de saúde ou os conselheiros, deverão garantir a consideração das diferentes perspectivas e concepções que sustentam determinados atores envolvidos com o programa ou serviço avaliado (Idem).

Nessas duas últimas razões centra-se o objeto desse estudo. Contudo, os autores afirmam que nenhum desses tipos de avaliação participativa são tipos puros. E, independente de que razão predomina, o importante é incluir os diferentes atores em todas as fases das práticas avaliativas. Isso se justificaria pela potencialidade de tornar as avaliações mais significativas e culturalmente apropriadas aos diferentes grupos de interesses, principalmente na abordagem de problemas sociais que, por

sua natureza e complexidade, exigem soluções coletivas (FURTADO; CAMPOS, 2008).

1.2 Participação política no SUS: buscando caminhos para construção da cidadania

A participação do usuário do SUS na formulação, fiscalização e avaliação das políticas de saúde é fundamental, tanto para a democratização das práticas de saúde, quanto para o empoderamento do mesmo.

Participação é o processo histórico de conquista da autopromoção. É a melhor obra de arte do homem em sua história, porque a história que vale a pena é a participativa, ou seja, com o teor menor possível de desigualdade, de exploração, de mercantilização, de opressão. No cerne dos desejos políticos do homem está a participação, que sedimenta suas metas eternas de autogestão, de democracia, de liberdade, de convivência (DEMO, 2009).

A participação da comunidade na gestão da saúde nos moldes atuais tem um passado recente. Iniciou-se com movimento sanitário durante as décadas de 80 e 90. Antes dessas décadas, durante o período ditatorial, a participação na saúde tinha um contorno diferente do que encontramos na atualidade. Predominavam redes locais de solidariedade nas comunidades, pois a ditadura impedia sua expansão para luta políticas mais amplas (VASCONCELOS, 2009).

No entanto, com a redemocratização do país nas décadas de 80 e 90, esses movimentos ganharam novas formas a partir das proposições do Movimento Sanitário formado por acadêmicos, pesquisadores, sindicatos de profissionais e trabalhadores de saúde (CÔRTEZ, 2009a). Com isso, os movimentos sociais reorientaram suas práticas, tentando ocupar o espaço de participação nas ações do Estado. Suas atividades passam a centrar-se na luta política voltada à transformação das políticas sociais em detrimento de atividades de cunhos mais cultural e educativo, voltadas à população (VASCONCELOS, 2009).

Como legado dessas lutas, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios participativos na organização do Estado brasileiro. Na saúde, a participação está ordenada pela lei 8080/90 e 8142/90, sob denominação de participação da comunidade, como um princípio doutrinário do Sistema Único de

Saúde (SUS), assegurando a participação de representantes de entidades sociais na formulação, planejamento, gestão, execução e avaliação das políticas de saúde.

Nesse sentido, a participação na esfera da saúde indica que a democracia não se esgota no voto, no procedimento eleitoral, e na simples representação política (ASENSI, 2008), possibilitando o surgimento de um protagonismo efetivo de atores não-estatais no processo de formulação, promoção e fiscalização de políticas públicas de forma constante e perene (Idem).

Nos debates e na literatura atual sobre participação da comunidade é freqüente entendê-la como sinônimo de controle social, restrito à participação via fóruns institucionalizados. No entanto, partilhamos do entendimento de Guizardi (2008) ao denominar de participação política, uma noção de participação que vai além das práticas de controle social institucionalizadas, remetendo à gestão do cotidiano institucional.

Desse modo, adotaremos o termo *participação política* por concebermos uma noção de participação em que todos - como sujeitos políticos que são e participantes ou não de organizações sociais formais ou fóruns institucionalizados - são potencialmente capazes de lutar por seus direitos e transformar a realidade que os cercam, seja participando ativamente das decisões sobre o seu cuidado, seja participando das decisões e avaliações do cotidiano dos serviços que utilizam ou participando na formulação, fiscalização e avaliação das políticas de saúde.

A participação dos atores em negociações e pactos das políticas públicas de saúde e do seu cuidado em saúde nos auxilia a nos apropriarmos da afirmação de Guizardi e Pinheiro (2006a), segundo a qual a participação se coloca como condição e instrumento indispensável à construção do direito à saúde, tendo como maior desafio a produção do regime democrático. Tal desafio não poderá ser solucionado somente com o recurso à legalidade institucional que o fundamenta – afinal, a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem se materializar no conjunto de práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde (Idem).

Cumpramos ressaltar a contribuição de Valla (1998), ao analisar as perspectivas de participação popular. Para esse autor, há duas tendências de participação: uma mobilização de cidadãos que procuram obrigar o governo a negociar as reivindicações populares; e outra, que insiste no trabalho popular, segundo a idéia de mutirão, de apoio mútuo, de solidariedade. Essa tendência aponta para a pouca

esperança de que os políticos brasileiros venham a levar em conta as necessidades das populações pobres.

Sem julgar o mérito de ambas as tendências, a definição de participação que trabalhamos neste estudo refere-se à primeira tendência apontada por este autor, e, por isso, acrescentamos ao termo participação, tomando a noção de Guizardi (2008), o termo “política”, por ser essa uma atividade em que diversos atores estão em constantes negociações na construção de um espaço público em que predomina a ação dialógica (ARENDR, 2000). Nesse sentido, a avaliação torna-se um importante instrumento para a construção de sujeitos políticos que, ao empoderar-se e sentirem-se autônomos, podem participar de modo mais ativo na formulação e avaliação do cuidado ou da política de saúde.

Entendemos, portanto, que a participação política nos SUS se faz pela luta dos usuários pelos seus direitos de cidadania. Essa luta é fundamental para a existência da cidadania. É preciso que esta ocorra sempre, nos serviços de saúde, nos espaços formais de participação e gestão, na rede social, na rua, na família etc., construindo assim o que Valla (1992) denomina de cidadania da “vigilância”. Apesar desse autor remeter esse termo à realidade dos cidadãos mais conscientes do Estados Unidos e dos países da Europa Ocidental que vigiam seus governos para garantir que os serviços já existentes e abundantes continuem como estão, podemos pensar nesse termo alocando-o para a nossa realidade, como um modo de exercer a cidadania a partir da participação em práticas avaliativas.

O usuário pode vir a exercer a cidadania da “vigilância” ao coletar informação, julgar e decidir sobre o cuidado que vem sendo executado, sobre o serviço de saúde do seu bairro, sobre as intervenções e projetos sociais adotados pelo governo e direcionados à sua população, ou seja, produzir informações e julgá-las para que possa vigiar o que está bom e ser co-responsável pelas mudanças daquilo que o mesmo julgou como não satisfatório.

É certo que, para muitos brasileiros, ainda não há o que vigiar, por não ter acesso aos serviços básicos. Eles ainda reivindicam estes serviços para sua sobrevivência, sendo o que Valla (1992) denomina de “cidadania de sobrevivência”. Para estes, cabe continuar a luta por reivindicações que são reivindicações de direito (Idem) lutando pela efetivação do princípio da universalidade e equidade no SUS.

No contexto da saúde, atualmente, têm sido apresentados estudos (MARTINS, 2008; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008 e 2009; MACHADO et al., 2006; MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005) que definem três instâncias e modos de participação em processos avaliativos das políticas de saúde: conselhos de saúde, Ministério Público e as redes de usuários.

Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas com importante papel para democratização da gestão do SUS. Após sua instituição pela Lei nº 8.142/90, estes foram bastante disseminados em todo país, e dependendo do contexto político no qual estavam inseridos, o que se observava eram práticas heterogêneas. Em algumas localidades, ocorre intensa participação dos representantes do movimento popular e sindical; em outras, esses fóruns somente existem como instrumento formal de gestão, pela exigência legal de funcionamento para que o Ministério da Saúde repasse recursos financeiros aos estados e municípios. Dessa maneira, os conselhos podem constituir-se tanto como espaços governamentais, onde as decisões já tomadas pela gestão são apenas legitimadas, quanto um lugar onde prevalece a união de forças para lutas entre grupos de interesses (CÔRTEZ et al., 2009).

No entanto, cabe questionar como tem sido a permanência destes fóruns participativos no atual cenário da política do SUS. O que está em jogo é a indagação sobre até que ponto e em que sentido a participação dos distintos atores avança para uma democratização, ou reforça a presença da dimensão privada e particularista no processo de formulação das políticas de saúde, devido aos diferentes interesses presentes nesse contexto (COHN, 2003).

Nos últimos anos, diversos estudos (PINHEIRO, 1996, MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006, LABRA, 2005, GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, GUIZARDI; PINHEIRO, 2006a) sobre os conselhos de saúde demonstraram uma série de obstáculos vivenciados nesses fóruns participativos. Destacam-se as análises das relações de poder que geralmente refletem uma relação assimétrica, tendentes à cooptação e favorecimento. Constata-se, principalmente, que a participação dos segmentos dos usuários tende a ser cerceada, mesmo que o requisito da paridade venha a ser cumprido. Nesse aspecto, há a interferência do poder e da legitimidade dada ao discurso técnico-científico e a prevalência do controle do Estado sobre a agenda dos conselhos (GUIZARDI, 2008).

Na medida em que as ações e a própria viabilidade dos conselhos dependem da vontade política dos setores administrativos do governo, coloca-se um constrangimento na formulação democrática de políticas, impondo limites à autonomia desses fóruns (GUIZARDI, 2008). Esse aspecto, que limita a atuação dessas instâncias no SUS, aponta para uma tendência de recusa, por parte do Estado, de compartilhar poder, e que se revela muitas vezes na dificuldade de reconhecimento da legitimidade dos representantes da sociedade civil (Idem).

Cohn (2003) aponta para algumas características que os conselhos vêm apresentando, como a baixa rotatividade dos seus membros, permitindo a cristalização de determinados sujeitos sociais e a desarticulação desses com suas bases. No entanto, Escorel e Moreira (2009) destacam que a rotatividade dos representantes não garante qualidade da representação, e ilustram sua afirmação ao citar como exemplo o parlamento brasileiro, que nas últimas eleições tem tido uma rotatividade alta (60%), sem, no entanto, propiciar melhoria na qualidade dos parlamentares.

A questão da representatividade e rotatividade dos conselheiros é uma questão bastante criticada e Labra (2009) destaca que o fator que influencia de forma importante na representatividade, ou deficiência dela, é, além do baixo engajamento cívico dos brasileiros, a cultura no meio das organizações sociais, em que, muitas vezes, a indicação dos conselheiros é feita entre seus dirigentes, sem consulta aberta às comunidades, e por motivos similares, a comunicação entre representante e representado é frágil ou inexistente.

Outros obstáculos analisados nesses estudos se referem ao desconhecimento por parte da população das ações dos conselhos; deslocamento das decisões dos conselhos para as Comissões Intergestores Bipartite e o não-exercício de seu caráter deliberativo e de formulação de políticas, concentrando-se em ações de caráter meramente fiscalizatório.

De acordo com a leitura de Labra (2009), muitos dos aspectos deletérios que ocorrem no funcionamento dos conselhos de saúde dependem de fatores externos a eles, mais precisamente, as deficiências do Estado de direito e profundas desigualdades socioeconômicas. A cultura política, marcada pelo clientelismo, paternalismo e corrupção representa um empecilho da maior importância para o bom desempenho dos conselhos. A corrupção generalizada na administração

pública inutiliza todo e qualquer esforço de controle social, a ponto de torná-lo uma ficção (Idem).

Diante desse cenário, a autora deixa uma indagação: o que fazer? Para ela, a participação de representações da sociedade civil em espaços de deliberação é o caminho certo, embora árduo, para resistir a desmandos, desafiar o atraso e forçar o avanço do SUS e do direito à saúde de toda a cidadania.

Apesar dos limites vivenciados pelos conselhos, especialmente os conselhos municipais de saúde, acreditamos que estes possam transpor os obstáculos que vêm encontrando no cotidiano do fazer democrático. Por acreditarmos nessa instância e por seu papel na participação política no SUS, incluímos em nossa análise o conselho de saúde, acreditando que a participação dessa instância formal é extremamente relevante para que as práticas avaliativas se tornem amistosas à integralidade.

Entretanto, não consideramos a instância dos conselhos de saúde como a única porta-voz dos usuários do serviço público de saúde e ampliamos nosso universo de estudo para além das instâncias de controle social instituídas, com o objetivo de analisar as práticas avaliativas dos usuários e também como vem ocorrendo a participação nos processos avaliativos pela sociedade civil. Afinal, partilhamos do entendimento de Guizardi et al. (2006), de que a dimensão política da existência humana não se situa num momento exclusivo e delimitado por dispositivos institucionais. Por esse motivo, pensar a participação política como algo normativo e institucional corre o risco de ter como efeito a objetivação dos homens em suas relações de coexistência e de produção de si e do mundo, na medida em que se desvincula o cotidiano da dimensão política que o constitui (Idem).

Os limites vivenciados pelos conselhos e a incipiente participação da sociedade podem apresentar-se como resultados dos fortes traços da cultura política autoritária e patrimonialista que ainda se vivencia no Brasil. Todavia, o Ministério Público vem atuando na contramão desse processo, sendo, como apontam Machado; Pinheiro; Guizardi, (2005) uma das arenas principais da disputa travada pela sociedade civil para garantia de seus direitos.

No cotidiano de suas ações, a atribuição do Ministério Público é atuar na efetivação do direito à saúde, responsabilizando e dialogando com os atores sociais envolvidos na sua concretização (ASENSI, 2008).

As experiências advindas da relação do Ministério Público com a sociedade civil e o poder público permitem ao Estado reconhecer novos tipos de regulação capazes de garantir e criar novos direitos (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Redefine-se, assim, o próprio sentido da lei, que deixa de ser apenas aplicação direta da normatividade jurídica existente e passa a ser uma referência pela qual reivindicações por direitos são formuladas como exigência de uma ordem pública democrática, que incorpore critérios substantivos de justiça pautados no contexto político e social (Idem).

Deslocando-se da noção de direito meramente como aplicação das normas jurídicas, Asensi (2008) salienta que o direito à saúde constitui um direito fundamental, e deve, portanto, ser implementado, não somente de forma passiva, já que é possível a participação da sociedade civil na sua formulação, execução e fiscalização. Desse modo, esse arranjo confirma a necessidade de distanciamento das perspectivas formalistas, ao estimular a incorporação de espaços públicos em que os interesses e concepções divergentes são traduzidas, democraticamente, em consensos que devem ser objetivados em políticas públicas concretas (Idem).

No cenário nacional, observamos o surgimento de diversas iniciativas promissoras de parcerias do Ministério Público com a sociedade civil, agindo muitas vezes de forma conjunta, o Ministério Público, enquanto instância jurídica responsável pela defesa dos direitos sociais e coletivos, e os Conselhos de Saúde, enquanto instâncias sociais de fiscalização do poder público. Com isso, os membros da gestão pública, em alguns casos, têm adquirido essa *consciência participativa e sanitária* [grifo do autor], pois não mais se encontram surdos às reivindicações e ações de outras esferas de poder (ASENSI, 2008).

A atuação de novos agentes na arena política da saúde é uma tendência de mudança, ainda não-hegemônica, do padrão de cidadania vigente, direcionando-se para uma participação ativa nos rumos das políticas públicas (MACHADO et al., 2006). Reconhecemos a importância da atuação dos agentes, que agem de forma institucionalizada para legitimação de suas ações, no entanto, acreditamos também na importância de outras formas de participação política na reorientação das práticas cotidianas de atenção à saúde.

Se, por um lado, as manifestações populares conhecidas na década de 80 - marcadas por ações e práticas de saúde solidárias, participativas e adequadas ao

contexto local - não se desenvolvem mais, por outro, pode significar que a participação popular pode desenvolver-se de outras formas (VALLA, 1998).

Assim, podemos destacar as redes de usuários na concepção de Martins (2008) e as redes de apoio social difundidas por Valla (2000). As redes sociais constituem mecanismos importantes para explicar as novas formas de solidariedade no plano local e para se pensar a lógica do usuário (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Para Martins (2008), as redes de usuários, quanto à sua natureza, podem ser de dois tipos: epidemiológicas – quando articulam usuários a partir de significações das ciências médicas dadas pelas doenças compartilhadas, como grupos de portadores de patologias; e culturais – quando articulam usuários a partir de significações culturais compartilhadas (grávidas, idosos, jovens etc.). Porém, salienta o autor, essa divisão é meramente didática e de um ponto de vista teórico mais amplo, esta divisão não existe, na medida em que todas as classificações são construções culturais e produto da linguagem simbólica.

O conceito de redes de apoio social difundido por Valla (2000) permite compreender formas menos estruturadas de organização social. Criou-se assim um instrumental teórico que valoriza as inúmeras práticas de apoio solidário que sempre acontecem no seio das famílias, nas redes de parentesco, entre vizinhos, nos grupos religiosos, nas iniciativas culturais e esportivas de caráter local, entre colegas de trabalho e nas ações das pessoas devotadas aos cuidados de saúde presentes em cada comunidade (VASCONCELOS, 2009).

Esse conceito de rede também aparece nos estudos de Martins (2008). Este a denomina de rede sócio-humana, forjada no interior da sociedade civil, que parte dos relacionamentos primários. Essas redes constituem as bases de um sistema autônomo, o sistema da vida, dos vínculos primários, que funciona por regras próprias diferentes daquelas presentes no Estado e no Mercado (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Na perspectiva de Vasconcelos (2009), as práticas solidárias de apoio social têm uma riqueza e diversidade que marcam profundamente o fazer de quase todas as iniciativas coletivas no mundo popular, mas, muitas vezes, somente as suas lutas políticas principais são percebidas e valorizadas. São práticas informais, com grande nível de espontaneidade, sem uma organização estável, mas extremamente importantes e presentes no cotidiano de todas as pessoas do mundo popular, e que

muitas vezes não são reconhecidas pelos profissionais de saúde e planejadores ao planejar a orientação dos cuidados terapêuticos.

Essas práticas de saúde são desenvolvidas por mães, vizinhas, amigos, conhecidos de modo 'misturado', no dia a dia da vida local. Não são práticas distintas, especiais ou especializadas, e por isso, não se identificam como práticas de saúde eficazes (VASCONCELOS, 2009). Mas seu caráter difuso e generalizado na vida social não significa que não seja instruída por saberes bastante elaborados, muitas vezes milenares e com características próprias que variam de acordo com os diversos grupos sociais (Idem).

Para demonstrar a importância dessas redes de solidariedade, Vasconcelos (2009) destaca algumas práticas que hoje marcam as características de funcionamento dos serviços de atenção básica no Brasil, e que foram delineadas a partir de experiências alternativas de saúde que se multiplicaram na década de 1970. Entre elas, destaca: valorização da ação educativa dos agentes comunitários de saúde, formas grupais de enfrentamento de problemas de saúde específicos (grupos de hipertensos, diabéticos, etc.) ênfase na construção de ações de saúde integradas aos movimentos sociais locais, conselhos locais de saúde, envolvimento das equipes de saúde com lutas políticas locais, gestão do trabalho dos profissionais por meio de rodas de discussão, valorização de dimensões emocionais, artísticas e espirituais nos grupos, integração com práticas e saberes populares entre outras.

Os movimentos sociais e redes de apoio social têm apontado para dimensões importantes da integralidade que ainda são pouco valorizadas pela maioria dos pesquisadores (VASCONCELOS, 2009). Atualmente, muitas experiências comunitárias vêm demonstrando forte potencialidade das ações de saúde na reorientação da vida social, mais precisamente após a implantação da Estratégia de Saúde da Família, que vem aproximando os serviços de saúde das comunidades locais. Desse modo, é necessário um movimento de redefinição das práticas sanitárias e da forma como os serviços se relacionam com a população, ouvindo-se e valorizando-se as contribuições e criações já desenvolvidas nos movimentos e nas redes sociais (Idem).

Cabe salientar que essas novas formas de participação que consideram as redes sociais e o seu saber acumulado como importante conhecimento para geração de novos saberes e práticas na saúde, se inserem na definição de participação política que adotamos, pois não estamos nos referindo a organizações sociais que

elaboram projetos destinados a um público-alvo. Para estas, o usuário não é tido como um sujeito político, mas como receptor de suas ações sociais, assim, essa forma de participação não pode ser considerada política, apesar de legítima e importante. Porém, os tipos de participação que muitos movimentos sociais e redes sociais vêm afirmando em nossa sociedade, além de garantia da solidariedade e apoio mútuo, têm contribuído para a construção de sujeitos autônomos e protagonistas de suas histórias de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as concepções e práticas dos usuários em processos avaliativos no SUS de Macaé, na perspectiva da qualificação da participação política no contexto da gestão dos serviços.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica no município de Macaé.
- Conhecer as concepções dos atores quanto à ideia de avaliação, participação e direito à saúde.
- Estudar os limites e possibilidades das práticas avaliativas dos usuários influenciarem na tomada de decisão sobre a política de saúde do município de Macaé.
- Mapear as relações existentes entre o Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e usuários na condução de práticas avaliativas na política de saúde do município de Macaé.

3 METODOLOGIA

3.1 Estratégia metodológica

Escolhemos a metodologia de estudo de caso como trajetória metodológica para compreendermos nosso objeto. Entendemos que essa metodologia nos permitirá compreender as concepções e práticas dos atores a partir de seu cotidiano, proporcionando a problematização da questão do estudo.

O estudo de caso, segundo Yin (2005), é utilizado em diversas situações para contribuir com o conhecimento de fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos, e a necessidade de sua utilização surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. Em síntese, de acordo com este autor, este tipo de estudo possibilita uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real.

A escolha pelo estudo de caso se fez por objetivarmos conhecer um fenômeno particular a partir de uma análise aprofundada do mesmo. Assim, propomos alcançar este fim ao selecionar como objeto de estudo as concepções e práticas dos usuários sobre processos avaliativos no SUS de Macaé, na perspectiva da qualificação da participação política.

Neste sentido, o estudo de caso se faz necessário por explorar um caso singular situado na vida real contemporânea. Sendo assim, tomamos como unidade de análise as concepções e práticas avaliativas dos usuários do SUS de Macaé, buscando entender o potencial dessas concepções e práticas para qualificação da participação política destes usuários no SUS e sua influência na tomada de decisão, visando atender suas demandas e reivindicações.

Portanto, para fins deste estudo, a escolha do estudo de caso é indicado por responder a questão do tipo “como” (YIN, 2005) – como são construídas as concepções e práticas avaliativas dos usuários do SUS de Macaé e como estas podem colaborar para qualificar a participação política destes atores e, conseqüentemente, influenciar nas práticas avaliativas em saúde e na tomada de decisão sobre a política de saúde local. Além disso, o estudo de caso se justifica por examinarmos acontecimentos contemporâneos, e, no entanto, não poderemos

manipular comportamentos relevantes, ou seja, há pouco ou nenhum controle sobre esses acontecimentos, investigando-o dentro do seu contexto da vida real (YIN, 2005).

Desse modo, realizamos um estudo de caso único, focando na análise das concepções e das práticas avaliativas dos usuários do SUS de Macaé. Por realizarmos um estudo que explora situações nas quais o objeto que está sendo avaliado não apresenta um conjunto simples e claro de resultados, caracterizamos este como sendo um estudo de caso de caráter exploratório (YIN, 2005).

Utilizamos de alguns dados do estudo exploratório realizado pelo LAPPIS em 2008, no município de Macaé¹², como fonte secundária, no intuito de melhor compreender nosso campo de estudo, complementando assim, nossa análise com uma descrição das práticas avaliativas na atenção básica naquele município.

Essa perspectiva é consubstanciada pela proposta de Yin (2005), na qual um estudo de caso deve basear-se em várias fontes de evidências, com os dados convergindo em um formato de triângulo. Para tanto, utilizamos uma combinação de diversas técnicas de coleta de dados de fonte secundária, como exposto acima e de fonte primária.

Os dados de fonte primária foram coletados no mês de abril de 2010, e as diversas técnicas utilizadas nos permitiram incluir diferentes pontos de vista de uma mesma realidade social, analisando os consensos, as contradições e os constrangimentos existentes. Para tanto, foram utilizadas as seguintes técnicas de pesquisa:

Observação: Possibilitou maior conhecimento da subjetividade dos sujeitos e dos diálogos que não foram ditos, e que puderam ser percebidos pelas atitudes e interações entre os mesmos. Foi realizada observação tanto no momento das entrevistas, quanto através da participação na reunião do Conselho Municipal de Saúde, Conferência Municipal de Saúde, e nas conversas informais com os conselheiros de saúde e com os usuários nas unidades de saúde visitadas. A participação nessa atividade foi registrada em diários de campo.

Coleta de documentos, informativos e notícias da mídia local: Foram coletados os seguintes documentos e informativos: Atas do Conselho Municipal de Saúde dos anos de 2006 – janeiro, fevereiro, abril, maio, setembro, outubro e

¹² Estudo já referenciado no item – Introdução e Justificativa

novembro; 2007 – março, abril, maio, julho, agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro; 2008 – todos os meses exceto janeiro; 2009 – fevereiro, março, abril, maio, junho, agosto, setembro, outubro e dezembro; 2010 – fevereiro e março; Informativo contendo a grade com nomes dos conselheiros, sua categoria e entidade representada no Conselho Municipal de Saúde; Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde e relatório de alterações do regimento; Informativo bimestral do Conselho Municipal de Saúde, ano II, número 6, 2009; Relatório da Conferência Municipal de 2007 e de 2003; Folder da Conferência Municipal de 2009; Recorte de jornal local do dia 29 de março de 2009 contendo a divulgação da Lei nº3167/2009, que altera a Lei nº2424/03, que dispõe sobre a Fundação Municipal Hospitalar de Macaé; Relatórios de visitas do Conselho Municipal de Saúde, realizadas às unidades de saúde em abril e maio 2009.

As notícias relacionadas ao setor de saúde do município foram coletadas na imprensa escrita local e tivemos como critério de tempo a pesquisa por notícias dos seis meses anteriores à coleta de dados. Esse tempo foi determinado tanto pelo grande volume de notícias diárias quanto pela percepção durante a coleta de dados de que os jornais pesquisados não enfatizam notícias relacionadas à política de saúde local, sendo que, apesar da grande quantidade de artigos pesquisados poucos notícias se adequaram ao nosso objetivo.

A pesquisa no jornal “O Debate: Diário de Macaé” foi realizada nos arquivos desse jornal *in loco*. Realizou-se a busca nos jornais do dia 01 de agosto de 2009 a 31 de janeiro de 2010, visto que os arquivos de março e fevereiro não estavam organizados e não nos foram disponibilizados pelo responsável pelo arquivamento. Neste jornal escrito, foram encontradas notícias relacionadas ao setor de saúde do município nos jornais das seguintes datas: 16 de setembro de 2009; 21 de setembro de 2009; 28 de setembro de 2009; 07 de outubro de 2009; 08 de outubro de 2009; 09 de outubro de 2009; 16 de outubro de 2009; 16 de dezembro de 2009; 19 de dezembro de 2009; 08 de janeiro de 2010; 20 de janeiro de 2010; 27 de janeiro de 2010;. No entanto, obtivemos uma matéria do jornal do dia 25 de março de 2010, por meio de um leitor deste jornal, o qual continha uma matéria extensa sobre o setor de saúde do município.

No jornal escrito “Diário da Costa do Sol”, foi realizada pesquisa em seus arquivos *in loco*, dos jornais do período de 01 de dezembro de 2009 a 30 de março de 2010, visto que os jornais dos meses de novembro e outubro não estavam

arquivados, impossibilitando-nos de cumprir os critérios de tempo especificados. Neste jornal, foram encontradas notícias relacionadas ao setor de saúde do município somente no dia 23 de março de 2010.

Entrevistas não estruturadas: Foram realizadas entrevistas com os sujeitos do estudo, sem um instrumento específico, para que esta técnica fosse permeada por um caráter mais dialógico e interativo. No entanto, para que os dados levantados pudessem condizer com as questões e os objetivos propostos pelo estudo, as entrevistas foram guiadas a partir dos seguintes pontos: a) percepção da atual situação de saúde do município; b) participação em reuniões entre os usuários e desses com o serviço de saúde que utiliza e a gestão; c) espaços para vocalização das demandas e reivindicações; d) modos de avaliar as ações e serviços de saúde; e) articulação entre o Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e usuários; f) permeabilidade da gestão às reivindicações e demandas dos atores; g) modos de participação política dos atores.

Foram realizadas seis entrevistas não estruturadas, e para cada grupo de atores entrevistados atribuímos um código, sendo este o seguinte: US – para usuários; CS – para conselheiro; MP – para membro do Ministério Público. Entrevistamos os seguintes atores: 1 presidente de uma associação de moradores – US1; 1 presidente de uma associação de portadores de patologia – US2; 1 membro de uma associação de moradores – US3 (situado em um bairro diferente do US1); 1 usuário de uma Unidade de Saúde da Família – US4; 1 conselheiro representante dos usuários – CS e 1 membro do Ministério Público – MP.

Ao definir os grupos dos sujeitos, não houve necessidade de delimitar, inicialmente, o número de participantes do estudo. Por ser um estudo qualitativo, este não se baseia em critério numérico, pois considera como amostragem ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2008).

No entanto, no período da coleta de dados – abril de 2010 - foram realizadas as entrevistas aos sujeitos da pesquisa e a busca das notícias nos jornais locais. A observação não sistemática do contexto em estudo e a coleta de alguns documentos foram sendo realizadas ao longo do ano de 2009, especificamente através da participação em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde em 03 de abril de 2009, participação na Conferência Municipal de Saúde nos dias 22 e 23 de maio de

2009, e conversas informais com os conselheiros municipais de saúde e com os usuários do SUS.

Em relação aos dados secundários da pesquisa do LAPPIS (2008), utilizamos o seu relatório de pesquisa (LAPPIS, 2008) e, devido à riqueza dos dados e da sua importância, resgatamos na íntegra a entrevista de uma conselheira representante de usuários. Esta foi analisada juntamente com as entrevistas deste estudo, colocando-a na mesma matriz de análise, tendo o cuidado de contextualizar sua posição e o período da entrevista, ao utilizarmos os trechos das suas falas – esta será caracterizada pelo código CS2008.

Desse relatório, foram retiradas alguns trechos de falas dos atores entrevistados nessa pesquisa. Os códigos que atribuímos a esses atores foram os seguintes: Gestores central – GC; Agente Comunitário de Saúde – ACS; Gestor local – GL

3.2 Aspectos éticos

As entrevistas foram agendadas previamente com os sujeitos do estudo, de acordo com o dia, horário e local escolhidos pelos mesmos. As entrevistas foram gravadas após autorização prévia do entrevistado. Estes receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A), bem como informações claras e inequívocas do pesquisador sobre os objetivos da pesquisa, suas etapas e a forma de divulgação de seus resultados.

As informações oferecidas pelo pesquisador foram submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social – UERJ com o número do protocolo CAAE: 0001.0.259.000-10

3.3 Escolha do campo de investigação

A pesquisa teve como campo de investigação o município de Macaé. Tal escolha foi motivada por três aspectos: interesse em aprofundar o conhecimento da participação política no município; conhecimento de algumas redes de usuários pela minha vivência neste município; e possibilidade de utilizar os dados e conhecimentos gerados na pesquisa “Práticas Avaliativas na Atenção Básica na Saúde no Estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre sistema de controle e monitoramento de ações de saúde”¹³, da qual participei na fase de coleta e análise dos dados.

A escolha do campo da pesquisa referenciada acima obedeceu aos seguintes critérios: municípios com mais de 100 mil habitantes onde tenham sido identificadas experiências de integralidade em saúde, envolvendo equipes de saúde da família e a rede de atenção básica, pautada na lógica do território; existência de atividades de pesquisa e ensino desenvolvidas pelas instituições partícipes nas regiões selecionadas e carência de parcerias interinstitucionais para o desenvolvimento de tecnologias avaliativas de gestão sistêmica no SUS capazes de apropriar as especificidades regionais, considerando o contexto do município proposto e da instituição-alvo.

3.4 Cenário de Estudo – O município de Macaé

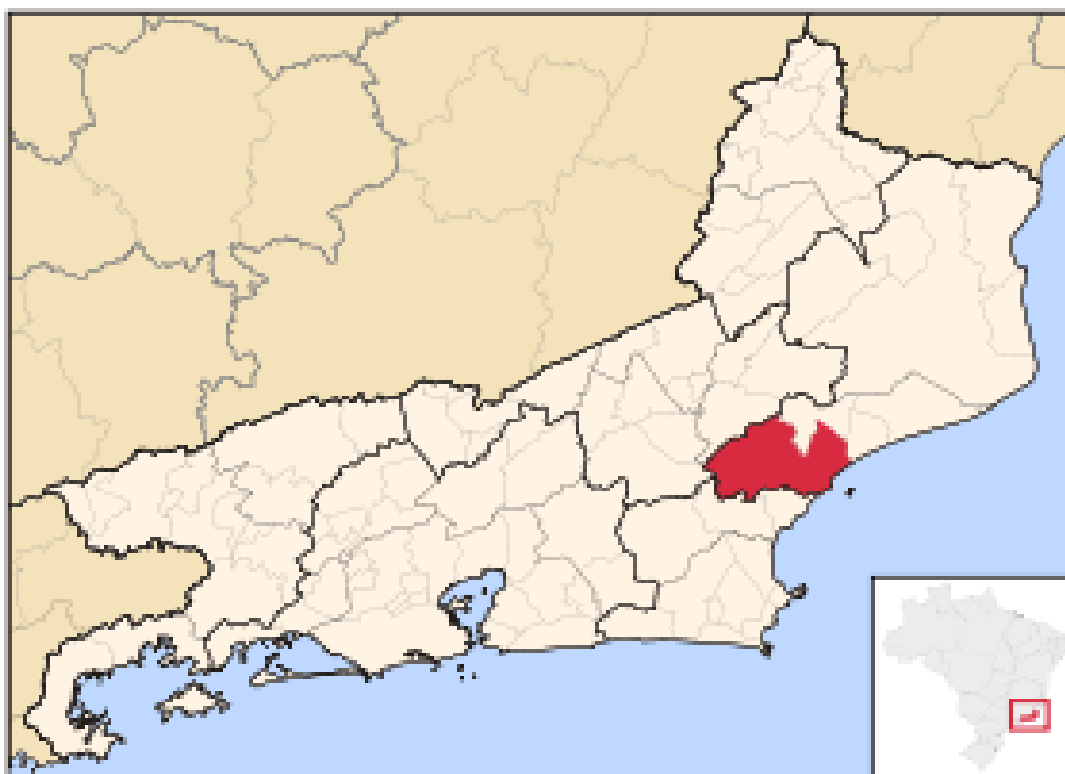
Para a caracterização do município de Macaé em seus aspectos sócio-demográficos, históricos e financeiros, será realizada uma análise no que o diferencia dos demais – um dos cinco municípios que mais recebem *royalties*¹⁴ do petróleo no Brasil - considerando o impacto desses recursos nas políticas sociais.

¹³ Ver nota de rodapé no item Introdução e Justificativa sobre a pesquisa do Lappis, 2008

¹⁴ *Royalties* é uma compensação financeira devida pelos concessionários de exploração e produção de petróleo ou gás natural correspondente a um percentual entre 10% e 5% sobre o valor da produção de cada campo, a ser pago mensalmente à União Federal (CORRÊA, 2004). O gestor dos recursos de *royalties* está livre para aplicá-los, desde que em atendimento do interesse público e respeitando as normas de direito financeiro e os demais princípios gerais de direito público, sendo vedada, porém, a aplicação dos recursos em pagamento de dívidas e no quadro permanente de pessoal, conforme dispõe o artigo 8º da Lei nº 7.990/89, com a redação alterada pelo artigo 3º da Lei nº 8.001/90 (QUINTELLA, 2002)

Macaé pertence à Região Norte Fluminense, que também abrange os municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. O município tem uma área total de 1.216 quilômetros quadrados, correspondentes a 12,5% da área da Região Norte Fluminense. O município está dividido em seis distritos - Sede, Cachoeiros de Macaé, Córrego do Ouro, Glicério, Frade e Sana. Dista-se a 180 km da capital, Rio de Janeiro (MACAÉ, 2010a).

A localização do município de Macaé em relação ao estado e ao país pode ser vista no mapa abaixo:



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Maca%C3%A9>

Até o início do século XX, a economia do município de Macaé estava baseada na produção da cana de açúcar, do café, na pecuária e na pesca. Desde a década de 70, com a descoberta do petróleo na região e com a instalação da base de operações da Petrobrás em seu território, esse município passou a ter novas perspectivas de desenvolvimento econômico, com a expansão do mercado de trabalho e o aumento da população e da receita arrecadada (FERNANDES, 2007).

Desde a instalação, em 1979, do Centro de Operações da Petrobrás, a população residente saltou dos 65.318 habitantes de 1970 (IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO, 1970 apud COSTA, 2007) para 194.413 habitantes em 2009 (IBGE, 2010). Deve-se a esse elevado crescimento demográfico a intensa migração de pessoas de todo o país em busca de novos postos de trabalho que vem sendo formados no município.

Macaé passa a ser vista como pólo produtor e potencial área de negócios por empresas nacionais e estrangeiras, que logo se instalam no município. A presença de inúmeras empresas na cidade é vista de maneira positiva pela população, governo local e mídia, pois elas aumentam a arrecadação do município e geram inúmeras novas oportunidades de emprego para a população local e de municípios vizinhos, que diariamente se desloca para Macaé, promovendo um movimento migratório pendular que modifica o perfil, não apenas de Macaé, mas dos municípios próximos (SILVA, 2004).

A economia do município cresceu 600% nos últimos dez anos devido ao desenvolvimento da indústria do petróleo e gás, especialmente a partir da quebra do monopólio estatal, em 1997 (MACAÉ, 2010b). A cidade hoje é bem diferente da vila dos pescadores dos anos 70. O município é responsável por 85% da produção de petróleo e 47% da produção de gás natural do país (Idem).

Foi a partir de 1985, que a região da Bacia de Campos, na qual está inserida o município de Macaé, passou a receber as receitas advindas dos *royalties* (COSTA, 2007). A entrada em vigor de uma nova receita, a da participação especial, a partir da criação da “Lei do Petróleo”, em 1997, veio reforçar ainda mais o caixa do poder público municipal (Idem).

Devido às receitas dos *royalties*, da participação especial e aumento das receitas tributárias originária do aumento da atividade econômica, especialmente de serviços e comércio, Macaé está entre os dez municípios com maior concentração de renda *per capita* do país (MACAÉ, 2010a). De acordo com o IBGE, a cidade subiu do 55º lugar para a oitava posição no ranking de participação dos pequenos municípios no Produto Interno Bruto (PIB) do país entre 2003 e 2004. O PIB *per capita* do município é de R\$ 120.612 (Idem).

Os *royalties* pagos pela Petrobrás pela exploração do petróleo são os principais responsáveis pelas obras de infra-estrutura do município, como saneamento básico e malha viária (MACAÉ, 2010c). Na área da Saúde, a prefeitura

construiu o Hospital Geral da Serra, no distrito do Trapiche, e está construindo o Hospital da Mulher, direcionado ao planejamento familiar (Idem).

Apesar dos números que apontam para o rápido e espetacular desenvolvimento econômico e humano, Macaé está cada vez mais dependente financeiramente dos *royalties* advindos do petróleo, que cresce de forma preocupante em relação à perspectiva de autonomia financeira do município (COSTA, 2007). Em 2008, o valor dos *royalties* e participação especial foi de 501.680.924,82 e a receita tributária do município foi de 250.308.336,20 (UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES, 2010). De acordo com esses dados, observa-se que *royalties* e as participações especiais correspondem a mais de 50% da receita tributária.

Os dados dos recursos financeiros demonstram um município rico de recursos para aplicá-los no sentido de um desenvolvimento econômico e social sustentável. Porém, o município de Macaé ainda apresenta diversos problemas, que, assim como seu crescimento econômico, advêm do desenvolvimento da indústria do petróleo.

O acentuado crescimento econômico gerou profundas transformações na cidade, causando vários problemas econômicos e ambientais tais como: favelização, criminalidade, marginalização, déficit/falta de infra-estrutura em relação a transporte público, abastecimento de água, esgotamento sanitário etc. (SILVA, 2008).

A cidade ainda “apresenta sobrecarga nos serviços de utilidade pública, escassez de moradias, uso predatório do litoral e outras mazelas que uma ocupação industrial sem planejamento acarreta nos locais em que se fixa” (PIQUET, 2003 apud COSTA, 2007, p. 228). Segundo Costa (2007), um dos maiores problemas diz respeito à explosão demográfica na área urbana, com aumento da densidade da ordem de 46,7% entre 1991 e 2000.

A idéia de que o município seria o “novo eldorado brasileiro”, trouxe gente de todo o Brasil para a cidade, que, sem qualificação profissional para a indústria do petróleo, ficou à margem do seu desenvolvimento, invadiu Áreas de Preservação Ambiental (APA), Áreas de Preservação Permanente (APP), criou bolsões de pobreza e inchaço populacional (MACAÉ, 2010b). Em Macaé, observou-se, no período de 1980 a 2000, um aumento acima de 100% no número de moradores e de domicílios em favelas (PIZZOL; FERRAZ, 2010).

Macaé apresentava em 2000, a terceira pior distribuição de renda entre os municípios do Norte Fluminense: o rendimento médio *per capita* dos 10% mais ricos era 18 vezes maior do que o rendimento médio *per capita* dos 40% mais pobres (COSTA, 2007).

Outro dado alarmante e que pode ser apontado como conseqüências do crescimento demográfico acelerado são as estatísticas de morte por causas externas. Entre 2002 e 2004, Macaé ocupou em 2004 o primeiro lugar do país no *ranking* do número de homicídios por cem mil habitantes, com um índice de 108,15 (COSTA, 2007).

Esses problemas poderiam ser sanados com uma aplicação responsável dos *royalties* do petróleo. Um dos papéis economicamente justificáveis para os *royalties* do petróleo é ressarcir as gerações futuras que não poderão usufruir de um recurso natural esgotável, no caso, o petróleo. Uma das formas de se fazer isso é através do aumento da capacidade produtiva da sociedade ou comunidade local, que, por sua vez, pode ser obtido através da melhora de indicadores referentes a essa capacidade produtiva, como saúde e educação (FERNANDES, 2007).

Porém, paradoxalmente ao aumento do volume de recursos financeiros destinados ao desenvolvimento econômico e social do município diversos estudos (FERNANDES, 2007; GOMES, 2007; CORRÊA, 2004, QUINTELLA, 2002, PIZZOL; FERRAZ, 2010; PACHECO, 2005) apontam para uma incipiente melhora nos indicadores sociais.

Segundo estudo realizado por Corrêa (2004) nos municípios do Norte Fluminense que recebem *royalties*, até a conclusão de seus resultados, o recebimento das participações governamentais pelos municípios do Norte Fluminense não resultou em melhorias efetivas de serviços públicos e da infraestrutura local ou em relação à geração de empregos formais. Esses recursos sequer estão sendo utilizados na ampliação das facilidades voltadas para a população local. Também não se tem exemplos de uma preocupação com o desenvolvimento de atividades alternativas e substitutivas para manter o fluxo de receitas das municipalidades.

Nos Municípios de Macaé, Quissamã, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras, os recursos dos *royalties* foram direcionados para o pagamento de despesas correntes, quando deveriam, em que pese o permissivo legal, ser utilizados em

investimentos que atenuassem a influência potencial negativa que a exploração petrolífera pode trazer para gerações futuras (QUINTELLA, 2002).

Pizzol e Ferraz (2010) analisaram o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios que mais recebem *royalties* do petróleo no Brasil. Em seus resultados, entre o período de 1991 a 2000, Macaé caiu 200 posições no *ranking* nacional; em relação à educação, subiu 282 posições; em relação à renda, ganhou 30 posições e em relação à longevidade; teve uma queda de 665 posições.

Esse estudo confirmou a existência de um paradoxo: houve nesses municípios uma enorme evolução no recebimento dos *royalties*. Entretanto, ao comparar-se a evolução dos indicadores sociais (IDH-M) destes municípios com os indicadores sociais dos dez municípios últimos colocados no *ranking* nacional do IDH-M, nota-se que os municípios mais pobres do Brasil cresceram mais que os cinco municípios que dispõem das grandes somas dos *royalties* (PIZZOL; FERRAZ, 2010).

Observou-se que o município de Macaé continua na categoria de municípios com médio desenvolvimento humano e que apresentou expressiva queda na variável de longevidade numa relação inversa entre a arrecadação de *royalties* (PIZZOL; FERRAZ, 2010).

O baixo desempenho nos indicadores sociais, especialmente em Longevidade, leva à conclusão de que esses recursos parecem não estar contribuindo para a melhoria da qualidade de vida nos municípios beneficiados pelas rendas do petróleo. Constata-se que alguns municípios apresentaram crescimento na geração de postos de trabalho, mas estes parecem estar sendo influenciados menos pela intervenção pública e mais em consequência dos investimentos privados, especialmente na área de petróleo (PIZZOL; FERRAZ, 2010).

A primeira hipótese que poderia ser levantada é a de que o crescimento dos recursos provenientes dos *royalties* não estaria influenciando expressivamente na melhoria das condições de vida dos municípios beneficiados, uma vez que Macaé, apesar de ser o município do Norte Fluminense com a melhor colocação no IDH, em 2000 (17ª posição), caiu sete posições desde a avaliação de 1991, sendo necessário lembrar que o crescimento das atividades econômicas não se traduz necessariamente em desenvolvimento econômico e social (PACHECO, 2005).

Outra questão fundamental é a de que os recursos originários das indenizações do petróleo são relativamente recentes. Conseqüentemente, não

houve tempo suficiente para que tal incremento nas receitas pudesse se converter em sensíveis melhorias, já que as demandas sociais são elevadas (PACHECO, 2005). No entanto, como estas localidades possuem alta arrecadação de recursos financeiros, poderão se utilizar destes para resgatar dívidas sociais contraídas ao longo do tempo e elevar seus indicadores sociais, num período de médio e longo prazo (Idem).

3.4.1 O setor da saúde em Macaé

Neste item, caracterizaremos o setor da saúde em Macaé, buscando analisar os principais indicadores de saúde e caracterizar o Sistema Único de Saúde quanto à sua cobertura, processo de regionalização, financiamento e instâncias de participação social.

Em relação à região de saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Rio de Janeiro, Macaé pertence à Micro-Região Norte I, que compreende os municípios de Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã e totalizam 172.575 habitantes, formando três Módulos Assistenciais. O primeiro módulo é composto pelo município de Macaé, que possui 131.550 habitantes (RIO DE JANEIRO, 2001).

O município recebe fluxo migratório da Microrregião Norte I e também de outras regiões, como é o caso da Baixada Litorânea e Serrana, sobretudo em procedimentos de média e alta complexidade (SILVA, 2008).

Segundo o *Relatório de Gestão 2007* da Secretaria Municipal Especial de Saúde, o município de Macaé oferece uma rede de serviços de saúde que garante assistência nos três níveis de atenção. Entretanto, referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacases e Petrópolis e de média complexidade para Campos dos Goytacases, Niterói e Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2001).

A atenção primária conta com dez unidades básicas de saúde e 28 Estratégias de Saúde da Família e um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A rede conta com núcleos, centros especializados e programas de saúde para atendimento da população. A rede de serviços, em 2007, encontrava-se

distribuída por cinco prestadores privados locais e 52 prestadores públicos (SMES Macaé, 2007).

O atendimento à população por parte do Sistema Único de Saúde é uma realidade exclusiva para 68,4% de todos os residentes em Macaé (COSTA, 2007). Nas regiões mais carentes da periferia urbana e rural e na Serra, os percentuais de exclusividade no recurso ao SUS pela população superam a marca de 78% (Idem).

Para as regiões com mais recursos, 60,9% da população usam o plano privado de saúde (COSTA, 2007). De acordo com esses dados, cerca de 30% da população utilizam planos privados de saúde ou desembolso direto, um número relativamente elevado quando comparado à taxa de cobertura de planos privados de saúde no Brasil, que foi de 17,7%, para o mesmo ano desse estudo (2003) (ANS, 2010).

Um estudo realizado pelo projeto CTPETRO, coordenado pela Agência Nacional do Petróleo- ANP – (CASTRO, 2003) com o objetivo de realizar um reconhecimento geral sobre como vem se processando o impacto social causado pela indústria do petróleo, aponta que, no campo da saúde o município de Macaé - segundo prestação de contas municipal encontrada no site prefeitura - aumentou os seus gastos, que vão de R\$ 956 mil em 1998 para R\$ 12.875 mil em 2002, quando foi inaugurado um novo hospital municipal, “antigo sonho da população macaense”.

Macaé gastou 40,3% do seu orçamento em saúde (2001) e em 2007 gastou 33,7% (BRASIL, 2010), enquanto o obrigatório estipulado pela Emenda Constitucional 29 é de 15%. Com esses gastos, teria reduzido a mortalidade infantil, atingindo o mais baixo índice do Estado do Rio de Janeiro, o que lhe valeu o prêmio da UNICEF em 2000 (CASTRO, 2003).

Quando se comparam esses dados aos dados de Campos dos Goitacazes¹⁵, município do Norte Fluminense que recebe mais *royalties* do que Macaé, a despesa deste município com recursos próprios por habitante foi de 31,5 e a porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29) foi de 5,3 em 2007. Para a capital, Rio de Janeiro, a despesa com recursos próprios por habitante foi de 140,25 e a porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29) foi de 15,1 em 2007, segundo os dados do SIOPS/DATASUS (BRASIL, 2010). Percebe-se, portanto, que apesar dos inúmeros problemas com seus indicadores sociais, especialmente o

¹⁵ Município situado no norte do estado do Rio de Janeiro distante 110 km de Macaé

indicador de longevidade, Macaé, quando comparado a esses dois municípios, aplica mais recursos próprios em saúde, indo além do que prevê a Emenda Constitucional 29, pois as suas demandas sociais são cada vez mais crescentes, implicando na alocação cada vez maior de recursos próprios.

Quanto às instâncias de participação social no município, foram identificadas o conselho municipal de saúde, as conferências municipal de saúde e ouvidorias no total de duas; não há conselho gestor de unidade e orçamento participativo, o que aumentaria os espaços de comunicação e participação da sociedade civil.

O Conselho Municipal de Saúde de Macaé foi criado em 26 de dezembro de 1992, através do Decreto Municipal nº 98/1991, assinado pelo prefeito Silvio Lopes Teixeira, com base estabelecida pela Lei nº 8.142/90. Desde então, este conselho possui sua própria secretaria executiva e suas reuniões vêm acontecendo regularmente toda primeira quinta-feira de cada mês (CMS Macaé, s/d). Na grade atual, de 2009/2010, o conselho é composto por 28 conselheiros titulares, de acordo com o critério de paridade (Lei nº 8.142/90), tendo como presidente um representante dos usuários.

Constitui-se das seguintes comissões técnicas, que visam a atender a suas finalidades de funcionamento, sendo regidas pelo Regimento Interno deste conselho: Comissão Técnica de Planejamento e Projeto; Comissão Técnica de Fiscalização Financeira; e Comissão Técnica de Serviços Próprios e Credenciados.

De acordo com seu regimento interno, as organizações que representam os usuários são constituídas de: Associações de Aposentados e Pensionistas (01 representante titular e 01 suplente); Portadores de Necessidades Especiais (02 representantes titulares e 02 suplentes); Clube de Serviços (02 representantes titular e 02 suplentes); Sindicatos (02 representantes titulares e 02 suplentes); Associação de Moradores (03 representantes titulares e 03 suplentes); ONGs (02 representantes titular e 02 suplentes); portadores de patologia (01 representante titular e 01 suplente); e organizações religiosas (01 representante titular e 01 suplente).

O Conselho Municipal de Saúde de Macaé organiza, a cada dois anos, a Conferência Municipal de Saúde, que tem como objetivo avaliar a situação de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, conforme previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde.

3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados fizemos uma leitura minuciosa de todas as entrevistas transcritas, documentos, diários de campo, notícias dos jornais e relatório da pesquisa referenciada acima, buscando construir uma cadeia de evidências, articulando-as às proposições teóricas levantadas na questão do estudo.

Cabe salientar que o nosso objetivo inicial de analisar as concepções e práticas dos usuários nos processos avaliativos no SUS de Macaé, foi reorientado. Assim, além de identificarmos essas práticas e concepções, nos propusemos a analisá-las à luz de sua potencialidade para qualificação da participação política.

Os dados foram analisados a partir de dois referenciais: a possibilidade da qualificação da participação política a partir das práticas avaliativas conduzidas pelos usuários, e a participação dos usuários nos processos avaliativos no SUS, tendo em vista a importância da centralidade do usuário na reformulação das práticas de cuidado em saúde. Esses referenciais permitem, segundo Yin (2005), a generalização do estudo de caso, caracterizando esta como “generalização analítica”, as quais são feitas a partir de proposições teóricas e não são vinculadas a uma amostragem populacional.

Para processar os dados, foi realizada uma análise qualitativa de conteúdos a partir dos documentos, informes, notícias e das entrevistas. Nessa etapa, o conteúdo foi decomposto em fragmentos de texto e classificados a partir de categorias operacionais – categorias “criadas a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas e específicas do grupo em questão” (MINAYO, 2008, p. 355) – sem, no entanto, mensurar quantitativamente a frequência desses elementos, visando ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem e fazer uma interpretação mais profunda desta.

Essas categorias foram definidas a fim de serem pertinentes aos objetivos propostos pela pesquisa. As categorias levantadas foram: participação; setor de saúde local; práticas avaliativas; concepções – direito/participação/avaliação; influência das práticas avaliativas; articulação entre os atores.

A análise de conteúdo consiste em relacionar a frequência de citação de alguns temas, palavras ou idéias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto pelo seu autor. Pressupõe, portanto, que um texto contém

sentidos e significados, visíveis ou ocultos, que podem ser apreendidos por um leitor que interpreta a mensagem contida nele, por meio de técnicas sistemáticas apropriadas (CHIZZOTTI, 2008).

Para tanto, utilizamos da análise temática que, de acordo com Minayo (2008) é a mais simples e considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Construímos, portanto, uma matriz analítica na qual alocamos os trechos das entrevistas, de documentos, de informes e de notícias de jornais conforme a categoria operatória que se enquadram, descobrindo-se assim o tema, ou núcleo de sentido que compõe a comunicação, cuja presença ou freqüência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2008).

Modelo - Matriz analítica			
Categorias operatórias	Trechos das entrevistas	Trechos dos documentos, informes, notícias dos jornais	Tema
Participação			
Setor saúde local			
Práticas avaliativas			
Concepções – Direito/participação/avaliação			
Influência das práticas avaliativas			
Articulação entre os atores			

Fonte: A autora, 2010

No entanto, não nos restringimos somente ao que está expresso nos fragmentos do texto, e abrimos a possibilidade de fazer uma leitura do contexto e das circunstâncias em que a mensagem foi transmitida, com base nos dados registrados no diário de campo. Da mesma forma, realizamos uma leitura subjacente ao texto, ao que está além do que é manifesto e, deliberada ou inconscientemente, é preterido: “as omissões, as ignorâncias consentidas, as preferências seletivas por palavras, os termos ambíguos. Enfim, os indefinidos significados subjacentes que o texto contém” (CHIZZOTTI, 2008, p. 117). Nesse sentido, corremos o risco de extrapolar a formalidade das análises de conteúdo tradicionais, pois um estudo de caso não pode prescindir de uma análise exaustiva do contexto do estudo e da produção da comunicação.

4 ANÁLISE

4.1 O Sistema Único de Saúde em Macaé na perspectiva dos seus usuários

Nesse item pontuaremos algumas questões que julgamos necessárias por se configurarem em um terreno no qual os atores vêm desenvolvendo e aplicando as concepções e práticas avaliativas, ou seja, a maneira pela qual eles se engajam na gestão da política pública de saúde e como percebem o sistema público de saúde de Macaé.

Antes de analisarmos a percepção do usuário quanto ao sistema de saúde de Macaé, assinalemos um fato de fundamental importância que vem emergindo no atual cenário desse município e que pode nos indicar como tem ocorrido a participação política dos seus munícipes.

Neste município, a partir de março de 2010, tem havido uma grande mobilização, de iniciativa dos representantes políticos, contra a emenda Ibsen Pinheiro. Esta prevê que os *royalties* sejam divididos entre estados e municípios - metade para cada -, seguindo, ainda, as porcentagens de divisão dos Fundos de Participações dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM). Com essa proposta, o município de Macaé passaria a receber apenas R\$ 1,5 milhão por ano de *royalties*, ao invés dos R\$ 345 milhões recebidos de *royalties* em 2009 (MACAÉ, 2010 d).

Segundo as autoridades políticas do município, essa perda dos *royalties* afetaria sobremaneira os setores de educação e saúde. De acordo com o prefeito Riverton Mussi, a saúde e a educação são as duas pastas que recebem as maiores fatias do orçamento - 30% para a Saúde e 25% para a Educação - o que, contudo, essa perda afetaria as políticas que vem sendo desenvolvidas nesses setores (MORAIS, 2010).

Uma matéria publicada no jornal local, afirma que, no âmbito do setor da saúde, um dos primeiros efeitos gerados pela redução da compensação dos *royalties* seria o fechamento do Hospital Público Municipal, já que grande parte do orçamento que mantém a unidade é derivada de repasses municipais. Além disso,

as atividades dos postos de saúde e outras unidades de atenção básica também precisariam ser interrompidas.

“Imagine a quantidade de pessoas que seriam prejudicadas caso o HPM (Hospital Público Municipal) seja fechado daqui a algum tempo. Recebemos no hospital pessoas de diversas partes da região, e desembolsamos cerca de R\$ 95 milhões para manter o atendimento de forma satisfatória a essa população. Imaginem o que faremos se tivermos apenas um pouco mais de R\$ 1 milhão para ajudar no orçamento municipal, seria impossível manter o HPM”. Declaração feita por um vereador na manifestação pública ocorrida no centro da cidade no dia 04 de março de 2010 (MORAIS, 2010).

As diversas mobilizações que vem ocorrendo são de iniciativa de um novo movimento que se intitula “Royalty não é privilégio. É compensação!”, sendo este um movimento da sociedade civil organizada de Macaé que pretende lutar para que os municípios produtores de petróleo continuem recebendo a verba compensatória.

Como resultado de proposta desenvolvida por este movimento, criou-se o Conselho Municipal de Fiscalização das Aplicações dos *Royalties* do Petróleo (Comfarp), por meio do qual a população tomará conhecimento e poderá participar das ações realizadas através dos recursos oriundos dessa compensação de receita devido aos impactos que o município sofre com as atividades do petróleo (JORNAL O DEBATE, 2010).

No entanto, a sociedade civil organizada que compõe o movimento “Royalty não é privilégio. É compensação!”, é predominantemente marcada por entidades de defesa de interesses econômicos e com apoio dos grandes empresários e agentes políticos do município. Dentre essas entidades que tem se manifestado podemos destacar: Rede Petro-Bacia de Campos; Sindicato Patronal do Comércio Varejista; a ONG Orjure, que tem como presidente um vereador; Firjan, entre outras.

Entretanto, essa questão que tem emergido na mídia e nas ruas da cidade tem suscitado o interesse da população em entender o destino e o impacto dos *royalties* no município. Até então, a população parecia estar em um estado de latência, sem envolver-se com as questões políticas e econômicas do município, como afirmou um usuário:

Reclamar no dia a dia eles fazem isso, mas o movimento mesmo pra fazer como esse agora, dessa pressão dos royalties ai, é difícil acontecer, só quando o negócio ta apertando mesmo, eles não são muito participativos (US1).

Em nossas observações de campo, em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, um usuário relatou que o setor da saúde em Macaé não tem tido avanços em relação aos municípios que não recebem *royalties*. Para ele, a população não sentiria a perda desse recurso, pois estes não têm sido aplicados para melhoria da situação de saúde, ou seja, sua perda em nada mudaria o cenário atual.

A perspectiva adotada por esse usuário é corroborado por dois estudos sobre a utilização dos *royalties*. Um desses estudos está sendo realizado pelo professor Cláudio Paiva do Departamento de Economia da Unesp de Araraquara-SP e tem como um dos objetivos dar subsídios para um dos debates mais instigantes em curso no Brasil: o destino dos rendimentos que serão gerados pela exploração do pré-sal¹⁶, que pode conter reservas equivalentes a 70 bilhões de barris de petróleo (NOGUEIRA, 2010).

Nos municípios analisados por esse estudo, sobretudo em Campos dos Goytacazes e em Macaé, que recebem a maior quantidade de recursos, não se observou melhora significativa na saúde e na habitação. Constatou-se ausência de planejamento e desvio de recursos públicos. Por não ter um controle social adequado, um marco regulatório, o dinheiro dos *royalties*, na verdade, trouxe com ele a corrupção, o que, para esse estudo, é a questão chave (NOGUEIRA, 2010).

A maioria desses municípios, segundo o mesmo estudo, enfrenta problemas semelhantes às mais comuns das cidades brasileiras: atendimento de saúde insuficiente, problemas de infra-estrutura urbana, déficit de habitação, favelização, pobreza. A situação é chamada por alguns de paradoxo da abundância, pois associa um aumento na renda com a permanência de baixos índices de qualidade de vida (NOGUEIRA, 2010).

De acordo com um estudo de Cruz e Ribeiro (2009), algumas evidências sugerem que os recursos destinados a esses municípios não têm contribuído para o desenvolvimento local. Citando pesquisas feitas em outros países e no Brasil, os autores desse estudo ressaltam que ter muito petróleo pode reduzir a taxa de investimento dos setores não-extrativistas, incentivar a corrupção e a malversação de recursos públicos e reduzir incentivos para acumulação de capital humano.

¹⁶ As maiores descobertas de petróleo, no Brasil, foram feitas recentemente pela Petrobrás na camada pré-sal localizada entre os estados de Santa Catarina e Espírito Santo. As novas regras para exploração e produção de petróleo e gás natural na área de ocorrência da camada Pré-Sal estão em discussão na forma de quatro projetos de lei (PL). <http://www2.petrobras.com.br/presal/perguntas-respostas/#>

Essa breve discussão sobre o cenário atual de mobilização em defesa dos *royalties* possibilita o entendimento da postura do cidadão macaense quanto à participação na gestão da política pública. Esse cidadão, muitas vezes por desinteresse ou devido à cultura política do município, não tem participado ativamente das questões políticas locais. Acreditamos que, a despeito das possíveis perdas de recursos financeiros, essa questão tenha suscitado no cidadão macaense interesse por participar mais ativamente das decisões que afetam toda a população.

Nesse segundo momento, para análise do nosso objeto de estudo, faz-se relevante compreender a percepção do usuário quanto ao sistema de saúde do município, tanto para contextualizarmos o nosso campo de estudo, como para entender em que medida essa percepção afeta a dinâmica da participação política e as práticas avaliativas desses.

Em nossa pesquisa de base bibliográfica, encontramos quatro estudos (SILVA, 2008; COSTA, 2007; SILVA, 2004; SILVA, 2003) que buscaram apreender as principais demandas do cidadão macaense. Torna-se, portanto, oportuno relatarmos os resultados dessas pesquisas e confrontar com os dados do nosso material empírico.

De acordo com o estudo realizado por Costa (2007), um pouco mais da metade da população macaense entrevistada não apresenta quaisquer queixas em relação ao atendimento à saúde por parte do poder público municipal. Entre aqueles que apresentaram queixas, destaca-se a opção “dificuldade de atendimento”, com 24,5% das opções, seguida com larga diferença pelas queixas de “atendimento insatisfatório”. A população que reclamou, no entanto, quase em sua totalidade reconheceu a facilidade de acesso à informação e a suficiência de recursos humanos e materiais.

Corroborando com esses dados, em um estudo realizado por Silva (2008), em relação ao acesso aos serviços de saúde, observou-se que a maioria dos usuários entrevistados (41,3%) avalia positivamente a estrutura física dos serviços. Em relação ao atendimento recebido, 84,6% afirmaram que foram bem atendidos nos serviços utilizados, avaliando-se esse dado como bastante significativo. Observou-se que, 42,7% e 32,6% consideram ser razoável e fácil (respectivamente) conseguir atendimento nos serviços de saúde do município. A atenção à saúde neste município foi avaliada positivamente, especialmente a atenção hospitalar.

Conforme aponta uma pesquisa desenvolvida no Setor de Estudos Urbanos e Regionais (SEUR) do LEEA - UENF, a respeito da “Percepção Ambiental Sobre a Atuação da Indústria de Petróleo no Norte Fluminense” (SILVA, 2003), a falta de serviços de saúde, de acordo com a percepção da população sobre os problemas em Macaé está entre o sexto problema mais citado, atrás da violência, falta de áreas verdes, trânsito, esgoto e qualidade da água.

No estudo realizado por Silva (2004), apesar de não quantificar os problemas, preocupando-se em apenas indicá-los a partir da percepção da população, constatou-se que a violência, qualidade da água, falta de saneamento básico e trânsito, estão entre os principais problemas reconhecidos.

Analisando esses estudos, observa-se que a questão da saúde não é tomada como um aspecto que merece demasiada atenção; outros problemas como violência e saneamento básico são considerados pela população como questões mais cruciais para garantia da sua qualidade de vida.

Cumpramos ressaltar a necessidade de considerar os vieses de uma pesquisa quantitativa, e associá-las a uma pesquisa qualitativa em que considera a dimensão subjetiva da avaliação. Porém, ao afirmar que os serviços são satisfatórios na perspectiva dos usuários, não podemos concluir que os mesmos são resolutivos e de qualidade. O grau de satisfação é uma medida que está sujeita à subjetividade do indivíduo, sendo insuficiente mensurá-la apenas em seu aspecto quantitativo.

No desenho desse estudo, não pleiteamos realizar uma avaliação do sistema de saúde do município de Macaé, no entanto, formulamos a seguinte questão ao iniciarmos as entrevistas: Como você percebe a situação de saúde de Macaé?

Os relatos dos usuários apresentaram divergências quanto às percepções da situação de saúde, revelando, portanto, que a política de saúde é um fenômeno complexo e permeado de contradições. Nessa análise, há relatos com afirmações positivas em relação ao Sistema Único de Saúde do município, por um lado, e afirmações negativas, por outro. Essas contradições mostram a riqueza e complexidade que podem ser reveladas ao adotarmos abordagens avaliativas qualitativas e sob a perspectiva dos usuários.

Para analisarmos essa dualidade entre o positivo e o negativo, como apontado pelos atores entrevistados, tomaremos a constatação de Costa (2007), ao

indicar que Macaé, assim como a capital Rio de Janeiro, é uma cidade partida¹⁷, configurando-se, de um lado, elevados índices de desenvolvimento humano, em termos de renda, de educação e saúde; do outro lado, estatísticas que conformam um quadro de exclusão social.

Por um lado, a afirmação “a saúde está ruim” é apresentada por aqueles usuários que vivenciam o cotidiano dos serviços de saúde nos bairros considerados mais periféricos, em áreas que, segundo Silva (2004), não houve uma política de planejamento específica, uma política que levasse em consideração o novo e acelerado ritmo de crescimento que a cidade experimentou. Estes são lugares de destino das pessoas que sofrem com a segregação espacial, saídas de áreas que se valorizaram, intensificando o movimento migratório intra-urbanos, uma típica área periférica-urbana (Idem). A percepção desses usuários quanto à atual situação da saúde pública é relatada nos trechos abaixo:

Eu acho que é uma vergonha, é péssimo. Desde o momento que você vai precisar em um postinho. Você vai num postinho ai já pega e fala assim. “- Ah não só posso fazer sua ficha, tem que ver se tem alguma agente na sua rua”. “-Ah não passou não passou nenhum agente não”, “-Ah ai então não pode fazer uma ficha, tem que ter o acompanhamento do agente”... Ai, deixa agravar a situação, quando a situação ta mais grave que não tem solução, parte pra aquele, aquele hospital da pracinha, esqueci o nome dele, da pracinha o verde ali...No Lagomar¹⁸ é pior porque só tem esse postinho, muito longe e ainda tem esse descaso todinho com a população (US4).

... a saúde aqui em Macaé, não tá, vou falar que não tá nem 50 % a saúde de Macaé, porque eu convivo com a hemodiálise a 9 anos, apesar de que na hemodiálise nunca deu problema, mas pelo que a gente faz no posto de saúde, a gente vai no posto de saúde e a gente ver ... a gente vai num posto de saúde, vai fazer um, igual o de lá da Barra, de vez em quando tiver médico no postinho de saúde da Barra lá, é duas vezes na semana. Se ta aberto de segunda a segunda, tem que ter médico de segunda a segunda-feira (US2).

Para esses usuários, há limites e problemas em relação às unidades de saúde locais. Observa-se com o relato da usuária de uma ESF que ocorre uma deficiente organização do trabalho na unidade, como no caso da falta do cadastro da família pelos agentes comunitários de saúde, impedindo o atendimento ao usuário, demonstrando uma falta de resolutividade da Estratégia de Saúde da Família desse local.

¹⁷ “Cidade Partida” segundo Costa (2007) foi a definição que serviu como título para o livro escrito pelo jornalista Zuenir Ventura (1994), sobre as contradições e as segregações sócio-espaciais existentes na cidade do Rio de Janeiro – e reproduzidas, em menor escala, na cidade de Macaé.

¹⁸ O jornal “O Debate” de 09/09/2009, comentou a publicação da Agência Brasil, após visita a cidade de Macaé na qual apontou o bairro do Lagomar como retrato da migração desordenada registrada na cidade. Com uma população de mais de 40 mil moradores, o bairro de 323 hectares cresceu sem ordenamento urbano e sofre com falta de infra-estrutura

No outro relato, observamos uma deficiência na organização do sistema de saúde em relação ao gerenciamento da escala de seus profissionais, e, novamente, dificultando o acesso ao atendimento de saúde em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Neste caso, esses relatos apontam para a possibilidade de analisar alguns atributos que tem sido considerados relevantes para a avaliação, como a acessibilidade e equidade (VIEIRA da SILVA, 2005). Em relação à acessibilidade, podemos perceber que tem surgido obstáculos para a utilização dos serviços. A acessibilidade tem sido definida como uma relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos impostos pelos serviços de saúde (FRENK, 1992 apud VIEIRA da SILVA, 2005).

Para os dois casos relatados houve obstáculos organizacionais e de oferta, e o tempo de espera ou o não-atendimento pode interferir no efeito do cuidado, sendo necessária a utilização de procedimentos mais especializados devido à gravidade do estado de saúde dos indivíduos não assistidos em suas necessidades iniciais.

Em relação à equidade no acesso, observa-se que os grupos sociais com maiores necessidades de saúde, vivendo em bairros periféricos, não têm prioridade em relação às intervenções sanitárias, como demonstra o relato da usuária: *“No Lagomar é pior porque só tem esse postinho, muito longe e ainda tem esse descaso todinho com a população”* (US4).

São esses relatos que desvendam os problemas no plano da micro-política e que, ao serem ouvidos, tem o potencial de transformação do cotidiano, resultando no adequado atendimento às demandas advindas do usuário e possibilitando uma superação da limitação desses serviços. Para Furtado (2001), as abordagens avaliativas participativas sacrificam a objetividade e precisão em favor da utilidade social da pesquisa; as questões da avaliação vindas dos usuários visam ao incremento das potencialidades de superação das limitações dos programas ou serviços a partir de diferentes pontos de vista.

Por outro lado, a afirmação “a saúde de Macaé é boa”, foi feita por aqueles usuários que vivem em áreas centrais da cidade, e que contam com uma razoável infra-estrutura de serviços públicos, assim como pelos conselheiros representantes dos usuários e o promotor. Os relatos abaixo ilustram suas percepções:

No geral acho que é satisfatório, no bairro também é muito bom, tem sido elogiado pela associação.. é muito bom, Macaé hoje em dia tem até a parte dentária que atende também gratuito, eu acho muito boa, a qualidade (US1).

É boa entendeu, a saúde pública daqui é boa, nós temos, o Hospital da Mulher aqui que nos atende, nos atende muito bem, um outro posto que também tem um bom atendimento, dentistas, nós temos também boas dentistas, público, que não é cobrado nada, temos bons médicos, temos um bom atendimento também aqui no hospital do HPM, que é um grande hospital nosso aqui, um bom atendimento, bons médicos (US3).

Para estes usuários, apesar dos limites apresentados, o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde tem correspondido às suas demandas por saúde, corroborando com os estudos citados acima. Isso demonstra que, se a acessibilidade é a relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos postos pelos serviços de saúde, aqueles usuários que possuem um maior poder econômico, social e cultural podem transformar os obstáculos em possibilidades concretas.

Os conselheiros e promotor do Ministério Público, por suas inserções diferenciadas no espaço da política pública de saúde e por conhecerem os meandros da gestão e da atenção à saúde, apresentam uma visão mais ampla de todo o sistema de saúde, e o analisam mediante comparação a outros sistemas de saúde municipais:

A percepção que eu tenho como promotor de justiça, que até por conta da riqueza do município de Macaé em comparação a outros municípios, os serviços públicos de saúde são prestados dentro de um padrão aceitável, é que a gente percebe... Eu acho que a saúde de Macaé está um pouco acima da média do estado... ele consegue, ele tem, por exemplo, um laboratório razoavelmente bem estruturado, tem uma farmácia popular própria. Está acima do que outros municípios prestam, tem um hospital de referência em várias especialidades médicas (MP).

Eu acho aqui em Macaé, a gente que veio de fora, a saúde ela é muito assim, muito bem trabalhada, você tem muito recurso na saúde, às vezes é até mais fácil procurar a saúde pública do que um plano de saúde... Aqui em Macaé em termos de saúde, todos os lugares que eu fui.. na área de saúde o pessoal tem tido num trabalho bem elaborado (CS).

...nós temos que admitir que o município de Macaé tá bem avançado na área de saúde né. Eu percebo isso, aqui brigo, mas quando eu chego numa plenária estadual... Quando nós chegamos na nacional, nós percebemos que muitos municípios estão atrasados, dentro desse controle social, desse humanizaSUS, o pacto de saúde, das fomentações de políticas públicas voltadas ao cidadão tá muito atrasada. Então Macaé tá expandindo (CS2008).

Nota-se que essas análises são baseadas nos objetivos inscritos na normatividade que orienta as práticas de saúde, e, na perspectiva destes atores, para aferir a boa qualidade basta averiguar a existência e o funcionamento de determinados serviços e ações de saúde. Assim, este tipo de análise não permite

compreender o cotidiano das relações que se estabelecem nas práticas de saúde e os obstáculos postos pelos serviços de saúde na sua utilização, no qual podemos ilustrar com apenas dois depoimentos daqueles que vivenciam estes serviços e são dotados de escassos recursos políticos, sociais e culturais.

Essas contradições encontradas no universo do nosso material empírico são inerentes às avaliações qualitativas, pois as práticas sociais, como as práticas de saúde, não são equações exatas, mas são dotadas de uma complexidade que exige, para sua compreensão, a adoção de diversos métodos de análise.

A despeito dessas contradições, identificamos dois limites vivenciados no sistema de saúde do município e que são, em certa medida, tomados como um consenso de todos: a dificuldade de acesso aos medicamentos, especialmente do componente de medicamentos excepcionais e de alto custo, e de resposta a uma crescente demanda advinda de diversos municípios.

Destacamos essa segunda questão como um aspecto muito particular de municípios que recebem grande fluxo migratório e grande volume de recursos. Os munícipes das cidades vizinhas encontram em Macaé uma oferta de serviços mais ampla do que as que eles possuem em seus municípios, o que, de certo modo, tem dificultado o planejamento da magnitude da oferta de serviços, por haver uma dificuldade no dimensionamento dessa demanda.

...,outros cidadãos de outros municípios de outros estados, vêm utilizam, então é um gasto muito grande pra um município, ninguém também vê isso, o gasto com leitos de hospitais e as vezes quem mora no município residem no município,contribuem com o município e acabam sendo esquecidos pelo próprio município (CS2008).

Esse é um problema, já que não pode ser controlado, já que nas outras cidades não tem um posto de saúde satisfatório, ai vem pra Macaé (US1).

Uma coisa que a gente percebe aqui é que Macaé hoje por ter grandes recursos na parte de saúde, recebe muita gente de fora, e por Macaé ser uma cidade que tem um número muito grande de pessoas que não são macaenses, por exemplo, eu acho até que a população sofre com isso, você tem que dá assistência a todo mundo, o sistema tá aí para isso, Nós temos o HPM aqui, gasta 70 milhões por ano só no hospital, então qualquer acidente que aconteça nas imediações daqui da BR¹⁹ e em qualquer lugar é atendido no HPM, você imagina, se fosse só a população de Macaé seria maravilhoso, mas tem que abarcar todo o município, toda essa a população (CS).

“as pessoas reclamam que o HPM atende pacientes de outras cidades, mas se não fizer isso é omissão de socorro, por isso tem que atender. É uma situação que ocorre diversas cidades do estado” afirma um vereador... (Jornal O Debate, 25 de março de 2010).

¹⁹ BR 101

Essa é uma questão importante, haja vista a necessária preocupação com a obediência ao princípio da universalidade, e, sua solução demanda debates conjuntos com a sociedade civil, conselho de saúde, Ministério Público, câmara de vereadores para a construção de alternativas coletivas.

O poder legislativo e judiciário nesse município tem visualizado soluções para esse problema, no entanto, o que se percebe é a ausência de uma construção coletiva com todos os atores envolvidos nessa questão, trabalhadores, gestores, usuários, prestadores de serviço, para a discussão e execução das soluções necessárias.

Então, eu acho no plano macro, acho que ainda falta, uma certa falta de articulação entre os próprios agentes públicos, responsáveis pela gestão, eles acabam prejudicando a prestação de serviço como um todo (MP).

Um vereador afirmou a necessidade de novos convênios entre a unidade, junto aos governos municipal, estadual e federal, afim de melhorar a qualidade no atendimento (Jornal O Debate, 25 de março de 2010).

A central de regulação, outro caminho possível para solução desse limite vivenciado mais expressivamente por esse município, é, como apontado pelo promotor, um dos principais problemas na organização do sistema de saúde de todo o estado do Rio de Janeiro:

De forma mais simples, a gente tem conseguido um certo índice de resultados sem tomar medidas mais drásticas. Isso em alguns aspectos, em outros como as centrais de regulação de leitos, internações, ainda é bem complicado..em todo o estado (MP).

Nessa medida, deve haver uma articulação entre os diferentes atores com vistas a equacionar a difícil relação entre demanda e oferta de serviços. Uma avaliação participativa possibilita a introdução de inovações, superando os problemas intrínsecos aos serviços e sistema de saúde (como cobertura, acessibilidade, equidade) ao considerar a complexidade e diversidade do contexto das políticas de saúde.

Entretanto, esse processo implica em abrir mão do controle sobre a avaliação, seja pelos gestores ou avaliadores externos, tendo em vista a potência inovadora, resolutiva e transformadora de uma avaliação orientada na perspectiva do usuário.

4.2 Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica no município de Macaé

Traremos, num primeiro momento, uma breve discussão sobre os resultados da pesquisa realizada pelo LAPPIS em 2008²⁰, referente ao município de Macaé, para uma melhor contextualização dos resultados que serão abordados posteriormente para o alcance do objetivo geral proposto por este estudo.

No próximo ponto, buscaremos analisar e discutir os resultados do material empírico das entrevistas, atas de reuniões e documentos do Conselho Municipal de Saúde de Macaé e da Secretaria Municipal de Saúde, noticiários dos jornais de circulação local e da observação realizada pela pesquisadora durante as visitas e presença na reunião do Conselho Municipal de Saúde, e na Conferência Municipal de Saúde de Macaé do ano de 2009, para apreender as práticas avaliativas dos usuários assim como suas concepções.

Em seguida, procuraremos dar respostas aos nossos objetivos específicos, mapeando as relações existentes entre o Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e usuários na condução de práticas avaliativas na política de saúde do município de Macaé, estudando os limites e possibilidades das práticas avaliativas dos usuários influenciarem na tomada de decisão sobre a política de saúde local.

A partir dos resultados da pesquisa do LAPPIS 2008, caracterizaram-se as práticas avaliativas na atenção básica como formais e informais. A avaliação toma como objeto, tal como analisa Vieira da Silva (2005) desde as práticas do cotidiano – práticas informais -, caracterizada nesse município como reuniões entre equipes, até aquelas que envolvem intervenções sociais planejadas – práticas formais-, sendo esta a prática avaliativa mais comum na atenção básica do município.

Do ponto de vista formal, as práticas avaliativas do município de Macaé apresentam caráter normativo de cumprimento de metas e indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde. Constata-se que as práticas informais são operadas sob forma de supervisão e reuniões dos trabalhadores com seus coordenadores, não sendo institucionalizadas, ocorrendo apenas quando se considera pertinente a discussão de uma problemática.

²⁰ Ver nota de rodapé no item Introdução e justificativa

Na atenção básica em saúde nesse município, não vem ocorrendo mudanças institucionais para implementação de uma cultura de avaliação, como tem investido o Ministério da Saúde por meio da institucionalização da avaliação na Atenção Básica.

A disseminação de uma cultura avaliativa deve buscar qualificar as ações dos tomadores de decisões, assim, a prática avaliativa deve ser diversa, inclusiva, participativa, responsiva e fundamentalmente não hierárquica (FELISBERTO, et al, 2008). Na perspectiva de Pinheiro e Silva Junior (2008), a institucionalização deve ser fortalecida através de práticas que geram integralidade no cuidado, para tanto, deve ser considerado o protagonismo dos trabalhadores e usuários do SUS, seus conhecimentos e práticas, suas concepções de mundo.

São as ações de monitoramento que tem prevalecido nas práticas de atenção básica do município, correspondendo, conforme aponta Vieira da Silva (2005), ao acompanhamento sistemático sobre algumas características dos serviços. A ênfase nesse tipo de prática restringe-se ao monitoramento de indicadores epidemiológicos, metas de cobertura e produção, com propósito principal de alimentar os bancos de dados, especialmente o SIAB, para acompanhamento das ações de saúde na atenção básica, como demonstrado na fala de um gestor de nível central e um agente comunitário de saúde.

"Temos metas de qualidade envolvendo todos os profissionais (programas de pré-natal, etc.). Cada equipe tem uma meta a ser alcançada." (GC1).

"Ela [Coordenadora do PSF local] é... ela está sempre com a gente... ela avalia o que a gente... às vezes... ó... se foi na casa de fulano, se não foi. Qualquer problema que a gente tem, a gente senta, conversa com ela pra ela poder resolver "temos que cumprir meta. Porque no caso eu tenho cento e... cento e trinta e duas famílias. Aí, minha meta..." (ACS1).

Vieira da Silva (2005) relata que o monitoramento produz informações, sem contudo, gerar avaliação. Segundo a autora, quando o monitoramento é operacionalizado apenas mediante o registro contínuo de variáveis ao longo do tempo resulta-se na montagem de um sistema de informação, e essas informações, ao serem utilizadas para avaliação, requerem a formulação de uma pergunta específica, que orienta a análise e os possíveis sentidos a serem atribuídos aos resultados empíricos.

Esse tipo de avaliação caracteriza, segundo Bosi e Uchimura (2006), estudos de avaliação de caráter mais tradicionais, voltados à análise da eficácia e/ou

eficiência de determinado programa, entendendo a realidade e empregando métodos a partir de uma ótica de objetivação. Entretanto, sustentam Silva Junior e Mascarenhas (2006), que o esforço de monitoramento da política não é suficiente para perceber as mudanças qualitativas nos serviços de saúde.

Seria, portanto uma análise do êxito técnico, como salienta Ayres (2009), em que a avaliação do cuidado não pode prescindir desse eixo. Porém, dado o caráter ético e político das práticas de saúde, a avaliação não pode restringir-se a ao êxito técnico, este deve ser entendido como *praxis*, sendo simultaneamente exercício de escolha compartilhada de um modo de vida, deve também voltar-se para o julgamento do sucesso prático.

Essa sabedoria prática advém das visões de mundo dos atores envolvidos com a prática de saúde que são confrontadas com o cotidiano da relação com os outros, no seu jeito de ser no mundo (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

A partir da leitura de Ayres (2004), Bosi e Uchimura (2006) afirmam que estudos de avaliação voltados à dimensão subjetiva da qualidade, sendo esta uma realidade que admite a experiência, o vivido, as emoções e sentimentos, seriam adequados à análise do sucesso prático, ou seja, à análise da efetividade de um programa de saúde, pois consideraria as expectativas e o projeto de vida e de felicidade de seus usuários.

Nos relatos de alguns entrevistados e no relatório final da VIII Conferência Municipal de Saúde de Macaé, observou-se que há um reconhecimento da importância de uma avaliação participativa e uma atuação em direção à implantação de avaliações que envolvam todos os agentes implicados na intervenção a ser avaliada, correspondendo a uma iniciativa de imprimir a cultura da avaliação nos serviços de saúde.

“A gente tá montando agora um programa de avaliação das unidades [elaboração de um programa no nível central, na coordenadoria responsável pela avaliação dos serviços de saúde do município] sem parceria com ninguém, com outros serviços...A gente tá desenvolvendo avaliação para os trabalhadores participarem também, não só eles como os pacientes das unidades” (GC2).

“Efetivar nas unidades espaços de discussão coletiva para avaliação das ações de trabalho e criação de novas propostas” (Proposta do Grupo 1. Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde, 2007).

No entanto, não é essa ainda a realidade observada nas Unidades de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde. Em muitas delas, não existe nenhum

tipo de prática avaliativa formal, institucionalizada e com a participação de trabalhadores e usuários. Algumas unidades apresentam práticas avaliativas informais realizadas por meio de reuniões, no entanto, em outras unidades, essa não é uma regra, ocorrendo ocasionalmente.

“Olha, avaliação não tem, não. A gente chega e conversa: “a gente podia fazer isso, isso e isso, porque poderia funcionar melhor assim.” (GL1)

Observou-se a ocorrência de avaliações pontuais realizada pela gestão sobre o grau de satisfação dos usuários. Esse tipo de avaliação é entendida como o julgamento sobre os serviços em determinado ponto do tempo (VIEIRA da SILVA, 2005), e neste caso, ocorre no final da intervenção. Para Pinheiro e Silva Junior (2009), neste tipo de avaliação o usuário não participa ativamente das informações produzidas sobre ele, não realiza julgamento sobre seu próprio cuidado, e tampouco participa da tomada de decisão sobre as ações que serão oferecidas, sejam elas terapêuticas ou não.

Uma diretora do FMHM apresentou os indicadores do HPM e o resultado de pesquisa de satisfação dos usuários (Ata do CMS de 08 de novembro de 2007).

O secretário disse que a pesquisa de aceitação do HPM há um índice de noventa e oito por cento de aceitação (Ata do CMS de 03 de abril de 2009).

Consideramos a ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital Municipal de Macaé, como uma prática avaliativa, sendo esta um importante mecanismo de comunicação entre o usuário e a gestão, fornecendo elementos para introdução de inovações tanto na gestão como no cuidado em saúde.

Em um trabalho realizado pela Secretaria Municipal de Saúde foi constatado que 40% das reclamações na ouvidoria referiam-se ao atendimento na recepção das unidades de saúde. Partindo dessa análise, foram realizadas oficinas de educação permanente²¹ como estratégia de resolução do principal problema percebido pelo usuário, ao utilizar os meios disponíveis para realizar uma prática avaliativa sob sua perspectiva.

²¹ Neste caso identificamos que essas oficinas ajustam-se ao conceito de educação permanente elaborado por Ceccim e Feuerweker (2004) em que a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática. Considera o trabalho como seu eixo estruturante.

Por meio dessa iniciativa, podemos observar o potencial de uma prática avaliativa sob a perspectiva do usuário de realizar mudanças mais significativas. Para Campos et al., (2008), a ouvidoria pode ser um dispositivo potencializador das práticas avaliativas que permite interações democráticas entre os atores, visando analisar e intervir na demanda e oferta de produção do cuidado em saúde.

No entanto, somente o Conselho Municipal de Saúde e a gestão têm reconhecido esse dispositivo como uma instância de participação da sociedade, seu reconhecimento não se deu por nenhum usuário entrevistado, o que nos leva a pensar que, apesar de sua operacionalização, não vem ocorrendo uma eficiente divulgação desse canal de comunicação entre o usuário e a gestão.

A característica normatizadora das avaliações realizadas pela gestão provoca um distanciamento do usuário e sua rede em direção a uma participação que considere seu modo de vida, em que sua perspectiva seja analisada e problematizada para que as decisões tomadas sejam afirmativas do direito à saúde.

Cumprе ressaltar que a ênfase nas avaliações normativas não é uma realidade que se restringe ao município de Macaé, sendo comum na maioria dos municípios do Brasil, pois prevalecem no país práticas avaliativas pouco sistematizadas e articuladas, instituídas através de uma verticalidade no nível federal para o estadual e municipal (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). Persistem aspectos normativos, com prejuízo dos aspectos que evidenciem movimentos de mudança no sentido de realização do ideário do SUS (Idem). Na maioria dos casos, vê-se a desconsideração das diversidades de contextos, condições de operação e de situações de saúde no vasto território nacional (Idem).

Devido ao reduzido grau de integração entre trabalhadores, gestores e usuários por meio de mecanismos permanentes de avaliação nos espaços de trabalho, pode-se observar que a gestão não incluiu em uma de suas atribuições o processo de avaliação institucionalizada, restando às práticas avaliativas informais a tarefa de subsidiar as ações de planejamento, como suporte para tomada de decisão. Na quase totalidade das práticas, observamos características de natureza normativa, sem participação institucionalizada dos trabalhadores e usuários no que concerne ao atendimento das demandas em saúde do município.

4.3 Avaliação na perspectiva do usuário: as práticas avaliativas e concepções dos atores no município de Macaé

Nesta etapa, abordaremos os resultados da pesquisa de campo com foco no objetivo geral de analisar as concepções e práticas dos usuários em processos avaliativos no SUS de Macaé, na perspectiva da qualificação da participação política no contexto da gestão dos serviços, considerando a percepção dos atores do Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e usuário em uma compreensão que parte do seu cotidiano e de suas vivências.

Considerando que há uma pluralidade de definições em torno do termo usuário do SUS, para fins de operacionalização deste estudo, tomamos como usuário o ator comunitário, ou seja, aquele que busca nos serviços públicos de saúde os cuidados que julga necessários.

Entendemos, no entanto, que o sistema de saúde é atravessado por redes de usuários. Sua compreensão permite entender que, na prática do dia a dia, os usuários dos serviços de saúde nunca estão sozinhos, mas acompanhados por parentes, amigos, vizinhos, desconhecidos, formando redes sociais que podem transformar-se em esferas públicas híbridas a partir do momento em que seus atores reconhecem suas redes de relacionamento e se empoderam como sujeitos ativos do cotidiano da gestão e da atenção à saúde (MARTINS, 2008 e 2009).

Essa rede pode ser visível ou invisível. O usuário não necessariamente possui um sentimento de pertença a uma rede social, ou sente-se participante desta. No entanto, as diversas redes influenciam os seus membros e são por eles influenciados, resultando em práticas e concepções que podem representar, tanto uma visão de mundo de um indivíduo, quanto uma representação social de um grupo.

Para dar respostas ao nosso objetivo geral, tomamos como analisador a proposta de Brandão; Silva; Palos (2005) a qual desenvolveu cinco dimensões para o processo de construção da capacidade avaliatória em ações da sociedade civil. Ao identificarmos as práticas avaliativas a partir desse referencial, pretendemos reconhecer indícios, pistas e possíveis caminhos que apotem para uma participação política que vem se qualificando a partir dessas práticas.

As dimensões do **poder**, da **motivação**, da **identidade**, das **competências** e dos **recursos**, desenvolvidas por estes autores, permitem compreender as dimensões que devem ser problematizadas quando da construção da capacidade avaliativa de uma organização e de sujeitos, para que a avaliação venha a ser um processo capaz de engendrar transformações sociais, colocar em cena novos atores políticos, multiplicar forças, aumentar a autonomia e o aprendizado organizacional e individual, enfim, qualificar a participação política dos atores que lutam para efetivação dos direitos a saúde como direito de cidadania.

De acordo com esses autores, a divisão dessas dimensões se faz apenas para ajudar na explicação e compreensão do tema, pois estas são interligadas, conectadas, dependentes umas das outras e orgânicas. Todavia, não consideraremos a análise da dimensão dos recursos, pois as práticas avaliativas identificadas não demandam investimentos diretos. Dessa forma, essa dimensão não influencia no desenvolvimento de práticas avaliativas capazes de qualificar a participação política no contexto estudado.

Em outro momento, torna-se oportuno analisar os limites e possibilidades das práticas avaliativas dos usuários influenciarem na tomada de decisão sobre a política de saúde do município de Macaé. E, nesse contexto, ganham relevância os estudos de Pinheiro e Silva Junior (2008, 2009) e Furtado (2001), que apontam para a relevância de avaliações na perspectiva dos usuários. Para Pinheiro e Silva Junior (2009):

Propor a avaliação centrada no usuário significa reconhecer a avaliação em sua acepção pluridimensional, cujo objeto integralidade do cuidado pode ser avaliado em diferentes dimensões – gestão, formação, atenção e participação – que não são excludentes entre si, e que, portanto, não devem excluir nenhum dos atores implicados (p.39).

4.3.1 A dimensão do poder: aprendendo a compartilhar poder e equilibrar forças mediante participação em práticas avaliativas

Nessa dimensão, a discussão do poder marca o princípio de que construir capacidade avaliatória e conduzir as práticas avaliativas é um processo coletivo, e, sendo coletivo, pavimenta o caminho da autonomia dos sujeitos e das organizações. Essa ação torna-se geradora de aprendizagem e autonomia à medida que criar

condições para lidar com a dimensão do poder de forma consciente (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

As práticas avaliativas conduzidas pelos usuários lhes permitem aprender a compartilhar poder, a dialogar, argumentar, enfim, participar. É, portanto, um exercício da construção de sujeitos políticos capazes de negociar. Negociar expectativas em forma de desejos e perguntas, negociar pressupostos, conceitos, indicadores e critérios de julgamento, negociar a interpretação da realidade (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

As práticas avaliativas tornam-se campo privilegiado para o desenvolvimento da autonomia e do aprendizado. A construção de sujeitos e a qualificação da participação desses na gestão em saúde torna-se possível quando há uma participação efetiva e autônoma dos diversos atores. Desse modo, o exercício de compartilhar poder e de equilibrar forças e formas de tomar decisão ocupa posição central no processo avaliativo (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

A avaliação da realidade vivida, a partir da observação e reflexão crítica de suas experiências no cotidiano dos serviços, instrumentaliza o usuário a tornar-se sujeito de sua vida e contribuir para a luta dos direitos da coletividade, pois o seu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências, não sendo apenas objeto da História mas também o seu sujeito (FREIRE, 2006).

A participação dos usuários em práticas avaliativas - quando se faz longe da inibição e intimidação que representantes dos profissionais de saúde ou da gestão realizam mediante a valorização do saber técnico - permite que os mesmos reflitam sobre o que para eles são os problemas a serem detectados e solucionados, o que eles entendem como a melhor solução para o enfrentamento dos problemas sociais que vivenciam.

Ao analisarmos os relatos dos usuários entrevistados nesse estudo, constatamos a quase inexistência de ações que pudessem conduzir a práticas avaliativas com potência para a transformação no agir desses atores, tanto no seio da sociedade da qual fazem parte quanto como co-responsáveis pela gestão da saúde. Apesar da maioria dos usuários entrevistados participarem de redes sociais, esse espaço não tem possibilitado momentos de interações, diálogos e reflexões sobre um agir político; algumas redes focam suas ações na organização de

trabalhos coletivos para resolver as necessidades da comunidade, o que pode ser evidenciado nos relatos abaixo:

Não, não, nós aqui da parte da associação aqui nós não recebemos reclamação não, nós, nós inclusive aqui na associação temos um curso de informática, gratuito, depois, nós temos o curso de informática e atendemos as necessidades em relação a, assim, a, a problema de esgoto, problema de enchente. Sempre a associação tá aqui ajuda, faz parte entendeu, e as vezes os que precisam também, as vezes a pessoa não pode, é, pobre, ai vem pedir ajuda e a associação ajuda, a comunidade ajuda, entendeu, e por ai se vai (US3).

Então eu já peguei o cargo de ser presidente aqui da associação, eu tenho assinatura e tudo, os documentos tudo certinho em casa. Ai eu pedi, “-Não deixa a Van comigo que eu vou resolver esse negócio ai”. Ai conseguir um motorista e o combustível pra Van, que pega os pacientes em casa pra trazer..., leva e traz entendeu?... A prefeitura não tem condições, falaram que não tem condições de botar o combustível na Van nem o motorista entendeu?... Ai os pacientes que faz aqui, um não pode andar, outro não enxerga, um é idoso demais entendeu? Então tem que ter a Van (US2).

Assim, é a situação de carência que provoca a organização de determinados grupos, que tendem a se mobilizar na busca de fins materiais que consideram injustamente negados pelo Estado e suas instituições (COHN, 2003), “a prefeitura não tem condições, falaram que não tem condições de botar o combustível na Van, nem o motorista” (US2). Desse modo, esses sujeitos acabam por conquistar maior autodeterminação no interior do próprio Estado, revelam-se assim, constituintes de novas formas de sociabilidade que apontam para a transformação da sociedade civil, ampliando-se e redefinindo-a no interior das próprias regras do jogo do poder político (COHN, 2003).

Acreditamos que a construção de práticas avaliativas por esses atores lhes possibilitaria não somente atuar sobre o vácuo do Estado mediante práticas de solidariedade (VALLA, 1998), mas também sentirem-se sujeitos de sua própria história. Estes, de posse das informações sobre sua realidade a partir das práticas discursivas e reflexivas realizadas entre si e suas redes sociais, podem empoderar-se, passando a sentirem-se autônomos e sujeitos capazes de saberem se posicionar frente à hierarquização do poder.

Entretanto, não basta estar munido de informação sobre a saúde da população. Sem construir o seu próprio referencial, o sujeito torna-se privado de poder, pois, para Oliveira (2004), a informação não pode ser invocada como panacéia para a participação, pois apesar de seu acesso contribuir para a redução

de incertezas dos sujeitos sociais, é pertinente indagar sobre quem produz essa informação.

Tomar somente a informação em si mesma como forma de democratização negligencia a centralização de sua produção pela tecnoburocracia, expressando as relações de poder que tornam certos sujeitos autorizados a falar sobre o sistema e outros não (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005). A política de comunicação que se origina da produção da informação pela tecnoburocracia, segundo Oliveira (2004), tem como objetivo principal eliminar ruídos, controlar a alteridade e manter ou reproduzir uma determinada ordem de poder.

E é por isso que se faz importante ser sujeito da construção de seu próprio conhecimento, da explicação do mundo que pertence, serem como aponta Paulo Freire (2006) fazedor da História e feito por ela, um ser da decisão, da ruptura, da opção, saber que é um ser condicionado, mas capaz de ultrapassar o próprio condicionamento.

Portanto, o sujeito, em seu processo de aprendizagem de si mesmo e de seu mundo a partir de práticas avaliativas, empodera-se de recursos para lutar contra essa política meramente informacional que se utiliza da participação dos usuários para apenas legitimar suas ações. Para tanto, se faz necessário construir espaços públicos como um espaço próprio para o desempenho de uma atividade que leva em conta a pluralidade humana; essa atividade revela-se na ação discursiva que garante visibilidade do homem perante o mundo (ARENDDT, 2000).

A dimensão da ação é motivada pela busca do bem comum, através do uso do diálogo. Para esta autora, a ação jamais requer o isolamento, e esse isolamento tem sido algo marcante na sociedade atual; a ação leva a sociedade, na esfera pública, por meio da comunicação, a obter acordos que beneficiam a todos. O pressuposto é o de que o processo de participação política, como uma práxis política e social, não pode ser separado da dimensão comunicativa (OLIVEIRA, 2004). E as práticas avaliativas podem contribuir significativamente para o conteúdo dessa dimensão.

Podemos perceber que ocorre na sociedade de Macaé, bem como na sociedade brasileira, certo isolamento desta, tanto entre seus pares quanto entre esta e o Estado, impedindo a formação de um espaço público que permita o reconhecimento de indivíduos que, em sua ação dialógica, buscam o benefício comum, em que o encontro com o outro por meio do diálogo possibilita um

adequado julgamento das ações e serviços de saúde e a tomada de decisão em direção à efetivação do direito à saúde.

Pinheiro (2007), ao tratar da questão de espaço público arendtiano, realiza uma primeira aproximação da aplicação dessa categoria ao campo da saúde. A partir dessa compreensão, a autora propõe que as consultas, ações educativas, conferências, atendimentos, saberes e práticas envolvidas nesses atos constituem também espaços, onde se dão as interações e as relações entre o discurso e a ação em saúde.

Tanto o espaço público criado pelas redes sociais que integram sujeitos portadores de demandas comuns, como aqueles apontados por esta autora, devem ser sempre revitalizados, criativos e em constante transformação, podendo ser ampliados para engendrar um novo modo de participar, que deve se articular com as formas institucionalizadas de participação, mas não restringir-se a elas.

No entanto, esses espaços de reflexão e ação dialógica se dão de modo bastante incipiente na vida dos usuários entrevistados, restringindo sua atuação a ações de solidariedade, como exposto acima. Há ainda a permanência de uma cultura política passiva, com tendência a entender a saúde como um benefício dado pelo Estado, a despeito de sua condição de direito social. Para Asensi (2008), a permanência dessa cultura enseja desafios na concepção do que consiste o direito à saúde e quais os limites e as estratégias para a sua efetivação por parte dos seus titulares.

Ao analisarmos as noções dos usuários sobre o direito à saúde, nota-se que os mesmos apresentam uma noção de direito restrita ao acesso aos serviços de saúde. Todos os usuários partem dessa premissa: a oferta de atendimento de saúde como meio de se garantir o cumprimento desse direito social.

Direito a saúde, é a gente chegar num posto de saúde e ser bem atendido, somos pacientes então a pessoa que trabalha num posto de saúde, tem que atender a pessoa, o paciente bem atendido, entendeu? (US2).

O direito a saúde? Desde o momento em que o ser humano chega precisando ali, ele tem o direito de ser atendido na hora entendeu? E ter prioridade entendeu? É o que não acontece (US4).

Para Dallari (1988), apenas a comunidade pode definir a extensão do conceito de saúde e delimitar o alcance da liberdade e da igualdade que, interagindo

com seu nível de desenvolvimento, fundamentam seu direito à saúde. Neste sentido, o direito à saúde deve ser definido em nível local.

Uma vez que os usuários definem o direito a saúde apenas como acesso ao atendimento médico, deve-se ter cuidado para que esta noção não venha a “reproduzir a lógica que, ao invés de ampliar as ações do Estado, as retrai ao nível mínimo de atuação” (MACHADO et al., 2006, p. 49), e que não venha a afirmar a saúde como benefício e doação do Estado.

Por outro lado, esta concepção também revela outras influências, que levam à valorização do atendimento à saúde, numa visão de saúde restrita à ausência de doença. Desenha-se nesse quadro o processo de medicalização da saúde com ênfase das ações curativas em detrimento das ações preventivas, o qual a própria população acaba por incorporar aos seus ideais de bem estar e qualidade de vida.

Esse processo de medicalização que culmina na geração da demanda em saúde, está, segundo Luz (2006), imbricado nas relações entre o poder público e o poder de outros atores políticos, e inclui entre esses atores - além do denominado complexo médico-industrial e as corporações dos profissionais – a sociedade civil que também contribui com suas contínuas reivindicações por meio dos sindicatos e mais recentemente, associações de portadores de patologias, para o predomínio de uma oferta baseada na atenção médica.

Ao analisarmos as concepções de um conselheiro e do promotor, observamos que, por sua posição diferenciada no tecido social, por participar de espaços públicos onde há um maior acesso à informação e se exercitam práticas dialógicas que permitem a reflexão dos dados que a eles são apresentados, estes atores têm a consciência de que a saúde é algo complexo, que não pode ser fragmentada e reduzida ao saber das ciências médicas. Desse modo, suas concepções demonstram uma visão mais ampla de direito à saúde, para além do atendimento às necessidades primárias de bem estar físico, e apontam para um entendimento de direito como um dispositivo que materializa a integralidade do cuidado.

Essa noção atravessa o sentido de doação do estado, de uma sociedade receptora das ações, para uma noção de protagonismo da história de vida dos sujeitos, além de demonstrar que as lutas atuais na sociedade estão se diversificando, ampliando suas demandas, nas quais inclui o lazer e preservação do meio ambiente, numa noção de promoção da saúde.

...saúde envolve também aspectos é preventivos, relacionados a qualidade de abastecimento de água, coleta de lixo, tudo mais uma série de, na verdade o direito a saúde não é só terapêutico, tá integrado a uma série de outras políticas publicas, ambientais, saneamento básico, enfim que estão todos integrados...(MP).

Nosso direito, do nosso direito de viver, não é de ficar brigando pela sobrevivência, nós queremos viver, nós queremos respirar o ar puro, nós queremos apreciar o mar, nós queremos caminhar pelas calçadas, nós queremos ter o direito de atravessar os sinais, nós queremos ter uma boa informação... Então é esse direito que nós queremos. É a partir desse momento, dessa conscientização do direito do ser humano, de ouvir, ser ouvido, de ele ser acolhido. A palavra chave é acolhimento. Aquele momento nós acolhemos o ser humano, como ele é, não coisifica-lo, torná-lo objeto, quem quer que eu quero que ele seja e sim que eu possa ouvi-lo e posso dar um leque de opções. Na verdade sai a resposta de dentro dele, que ele consiga ser o protagonista da sua própria história, ai ele vai deixar de ser vítima. Porque ele conseguiu se sentir parte de uma sociedade. Penso eu isso, esse é nosso papel. Fazer com que esse cidadão sinta parte da sociedade e não a parte. (CS2008).

Então, podemos inferir que essa noção pode convergir na concretização dos direitos à saúde, tendo a integralidade das ações como seu eixo norteador, haja vista serem esses atores dotados de importante influência e legitimidade no cenário local, obrigando o Estado a atuar em articulação com diversos setores para garantia dos direitos sociais, não se limitando ao direito à saúde.

Enfim, a concepção que os entrevistados têm de direito à saúde está ligada a dois aspectos: assistencialista e outro relacionado às condições de vida. A visão assistencialista se materializa na assistência médica. Já a concepção do direito à saúde como condições de vida constitui o que se denomina, comumente, Direito Social, e ultrapassa a visão da oferta dos serviços de saúde. Essa visão está incorporada no texto constitucional brasileiro a partir de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080, de 19/09/1990), que concebe a saúde como resultante de fatores determinantes e condicionantes da situação de vida (DALLARI, 1996).

Refletindo nos termos de Machado et al. (2006) cabe questionar, portanto, até que ponto os atores adotam a noção de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” ou em outra perspectiva, entendem a saúde como mera assistência médica. Fazer essa distinção é fundamental para compreendermos os caminhos e possibilidades no campo da saúde.

Muitos usuários, mesmo aqueles membros de redes sociais, parecem não pensar e agir como protagonistas da sua história e da história da comunidade a qual pertencem, talvez por perceberem-se como receptores das ações do Estado, concretizada na efetivação do seu direito apenas ao receber atendimento médico. Defendemos, portanto, que a participação desses em processos avaliativos, desde o planejamento até o julgamento e tomada de decisão, leva-os a empoderar-se para

que possam transformar suas práticas e concepções e assim, mudar a realidade que os cerca.

Especificamente, tratando da construção das demandas em saúde, a participação em práticas avaliativas pode permitir que os usuários dos serviços de saúde tenham uma voz na organização, adotem uma postura mais ativa no tratamento, discutindo e fazendo perguntas ao profissional de saúde, buscando informação, assumindo também a responsabilidade por sua própria saúde, além de serem informados sobre as decisões tomadas durante o período de tratamento (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Faz-se também importante que o conhecimento da realidade de sua comunidade e da vivência de outros usuários que compartilham as mesmas experiências os instrumentalizem para a luta por seus direitos, seja na espera da gestão, dos serviços e dos conselhos de saúde.

Essa nova postura do usuário, que parte de seu aprendizado e construção da autonomia ao participar de práticas avaliativas, poderá ser um caminho promissor para vencer o desafio de mudança na cultura política dos cidadãos e em suas ações frente à conquista dos seus direitos. Uma nova cultura política deve se opor à tradição autoritária que desconhece a existência de esferas públicas, e também às práticas clientelistas ou corporativas de grupos patrimonialistas, oligárquicos, ou modernos/privatistas. É, portanto, uma nova cultura política criada por processos nos quais os diferentes interesses são reconhecidos, representados e negociados (GOHN, 2004).

Para compreender a nossa constatação de que os usuários não agem como protagonistas de sua história e para analisar a coerência entre o que estes pensam e agem em relação à noção de direito que apresentaram, observamos que um dos entrevistados, apesar de membro de uma associação de moradores e de participar de reuniões com o secretário de saúde local, demonstrou demasiada dificuldade em relatar o que foi discutido. Essas reuniões pode ser um espaço privilegiado para que a associação discuta, negocie conflitos e demandas que são advindas das avaliações que estas poderiam fazer de sua realidade.

*Ele foi convidado para uma reunião aqui. Teve pacientes dele aqui, do secretário, chefe geral de Macaé, ele já teve aqui, inclusive já atendeu pessoas aqui dentro. É! teve uma reunião, e teve uns pacientes dele já antigos, paciente que ele chegou, atender, exames anteriores. **Você lembra o que foi discutido com ele na reunião?** mais é a área mesmo de saúde, entendeu? A área de saúde...e, qualquer coisa também a gente pede socorro a ele...(US3).*

Com esse relato, pode-se notar que, apesar de haver esse espaço privilegiado de participação política, seu membro não recorda de nenhum conteúdo específico que foi debatido, talvez pela mera ausência de conteúdo, demonstrando que essa associação não é um espaço para vocalização de demandas sociais de sua comunidade. Essa associação parece não se constituir espaço para construção de sujeitos autônomos mediante práticas avaliativas que envolvam todos os usuários, talvez por atuar apenas por meio de ações de solidariedade.

Este tipo de rede social que trabalha com projetos focalizados e tratam os demandatários excluídos como clientes de serviços sociais é o retrato das novas formas de associativismo que vivemos hoje no contexto brasileiro, e, no entanto, não podemos perder de vista que também estão contribuindo para o empoderamento, mesmo que de forma pontual (GOHN, 2004). No entanto, essas redes não têm colaborado para que os seus usuários aprendam a lidar com as relações assimétricas de poder, pois não há um processo de avaliação que busque coletar e analisar de forma crítica os dados da realidade a que pertencem, tornando este espaço público constituído vazio de discussões sobre esta realidade.

Em outro plano de análise, e que pode ser concorrencial à exposta acima, é que essa associação tem em seu agir traços de uma cultura política clientelista e patrimonial que ainda perpassa as relações políticas do Estado brasileiro, apesar de todas as mudanças advindas com a Constituição de 1988. Para confirmar essa constatação, nota-se que o que fez sentido para esse usuário foi a assistência médica que o secretário prestou no momento da reunião. Assim, sua percepção de participação e de direito ainda se faz atrelada à percepção de benefício dado pelo Estado, no que Sales (1994 apud Guizardi; Pinheiro, 2006b) conceitualiza como cidadania concedida, em que a expressão política permanece como uma concessão fundada em referências privatistas e personalistas de poder.

Esses dados demonstram traços de ausência de práticas avaliativas inclusivas nesse espaço, pois o ator entrevistado, apesar de sua assiduidade nas reuniões, não apresenta a postura de um sujeito político reivindicativo, que se empoderou e tornou-se autônomo por participar de discussões, análise e julgamento de valor a respeito de sua realidade, efetuando tomadas de decisão que venham a culminar com ações políticas concretas para todos os usuários que este representa. A ausência de espaços de reflexão sobre as práticas, ou seja, de condução de

avaliações da realidade culmina com este tipo de postura, na qual o sujeito ainda se vê apenas como receptor das políticas públicas.

Outro usuário também demonstrou não agir como protagonista de sua história, seja pelo enraizamento da nossa cultura política, seja pela apatia dos usuários em relação às questões sociais ou por não considerar-se como portador de saberes e direitos que lhe permitam relacionar-se horizontalmente com os outros atores sociais.

Como ilustra a sua fala, apesar de entender a legitimidade de sua demanda, delega a outro – empresário local, não membro da associação – a tarefa de reunir-se com os gestores na negociação de suas demandas. Mesmo possuidor de legitimidade como presidente de uma associação reconhecida socialmente, o mesmo parece desacreditar no poder de transformação advindo da participação dos usuários e, a delegação da negociação a outro de posição economicamente diferenciada e privilegiada no tecido social parece ser a solução para conquistar seu direito. Isso vem demonstrar novamente a cultura política passiva, a crença no poder do saber técnico e a ausência de práticas avaliativas nessa associação.

Eu não fui na secretaria, ele [um empresário do bairro em que ele mora] foi pra mim, entendeu? (US2).

A condução de práticas avaliativas pelos usuários, mediada pelas práticas discursivas e de comunicação, dentro de uma perspectiva dialógica e educativa, deve criar condições de participação no qual os participantes desse processo se transformem em sujeitos de argumentação, opinião, para buscar esclarecimentos e propor ações e processos de sociabilidade e de compartilhamento de sentidos (OLIVEIRA, 2004). As práticas avaliativas tanto conduzidas somente pelos usuários como aquelas em que estes, juntamente com os gestores, trabalhadores de saúde são sujeitos do processo avaliativo, permitem a superação de processos de gestão e de informação voltados para o exercício do poder de dominação, de manipulação e de coerção.

Cumpramos ressaltar que, apesar de identificarmos certo isolamento dos usuários, os mesmos reconhecem a necessidade de participar e de se sentirem pertencentes a um espaço público. Nesse sentido, Starn (1991 apud Valla, 1998), afirma que não há apatia na parte das classes populares, mesmo em tempos de calma.

Eu gostaria muito [de participar das avaliações dos serviços que utiliza], eu gostaria que eles melhorassem o nosso bairro, colocando, melhorando aquele posto, porque é o único que tem (US4).

...ai eu queria fazer uma reunião também para participar de uma reunião para falar sobre isso também...queria falar com o secretario de saúde...(US2).

Ainda que restrito aos discursos sem ação - possivelmente porque muitos usuários do SUS ainda se vêem como produtos de cultura política de negação dos direitos - permanecem nestes a esperança de um dia vir a participar, de ser ouvido e atendido em suas reivindicações. Apesar de manter a distancia entre o dizer e o agir, os atores entrevistados tem superado o discurso comodista, monótono, repetitivo, em que o discurso universal “*Que fazer? A realidade é assim mesmo*” [grifo do nosso] (FREIRE, 2006) insiste em permanecer no imaginário do cidadão brasileiro.

É possível que a inércia no agir possa ser explicada a partir do que Valla (1998) aponta como um “duplo caminho” para a participação, não abrindo mão da reivindicação como política, mas questionando essa ‘via única’ nesta conjuntura de globalização.

Para este autor, há a possibilidade de um caminho complementar ao das reivindicações e demandas por uma eficiente distribuição do dinheiro público, sem negar a política como justa e legítima, porém não sendo esta a única estratégia. Este autor discute que os problemas sociais não devem ser apenas questões do Estado, pois a oposição do mundo a uma crescente intervenção do Estado indica não ser mais possível confiar apenas no governo. Por isso, defende o autor, é necessário pensar em novas formas de participar, havendo duas tendências na atual conjuntura: uma da idéia de mobilização dos cidadãos que deve obrigar o Estado a negociar com eles suas reivindicações e outra, que seria a de insistir no trabalho popular, segundo a idéia de mutirão, apoio mútuo, de solidariedade.

Independente das tendências que se expressam na sociedade – em nosso estudo pudemos perceber traços dessas duas tendências – as práticas avaliativas são de fundamental importância para que a participação dos usuários segundo Becker et al. (2004) possa se tornar um processo deflagrador do desenvolvimento e da transformação social.

Destacamos entre os resultados encontrados no material empírico, a participação de uma rede (associação de moradores) junto ao serviço de saúde do bairro o que se pode denominar, de acordo com Martins (2008), como uma associação pública híbrida, que vem se estruturando nos serviços locais de saúde e junto às famílias de usuários do SUS. Suas práticas avaliativas e de interação com o serviço de saúde local são relatadas nos trechos a seguir:

A gente aproveita alguns comentários dos moradores e vamos ao posto de saúde correr atrás, houve alguns problemas aqui, tipo, falta de educação para atender, o atendente às vezes até bate de frente com a pessoa que também não foi educada...(US1).

[quais as pautas das reuniões?] Só mais a reclamação, e o caso de pedidos que já houve, pra colocar dentista aqui no bairro, não tem, mas enfim, hoje em dia tá difícil (US1).

Até temos um trabalho da associação que a gente tá divulgando os horários, fizemos um CD pra rodar num carro, colocar duas vezes no mês por exemplo, e orientar as pessoas do horário de agendar no posto, pelo telefone, entendeu? Dá o horário dos médicos. A gente roda com isso é um trabalho feito pela associação para colaborar com o posto... (US1).

As associações públicas híbridas orientam os serviços de saúde para uma melhor compreensão das vivências dos usuários, possibilitando que os serviços ofertados harmonizem-se com suas demandas. Por outro lado, para os usuários há uma garantia do respeito e consideração pelo seu cotidiano de vida, mediante a sua participação na construção do cuidado desejado.

Consideramos esse tipo de associação como uma nova forma de participação, em que as redes sociais estão implicadas junto às unidades de saúde, com vistas a constituir sujeitos sociais que se inter-relacionam na construção coletiva das demandas e do cuidado. Transcende, portanto, as participações institucionalizadas e formais como os conselhos de saúde, permitindo uma maior fluidez e transversalidade na construção do direito à saúde, pois o fazer democrático, em algumas ocasiões, vem se perdendo no enrijecimento desses fóruns institucionalizados.

Percebe-se, portanto, diferentes marcas no agir dessa rede e no agir das outras redes e de outros usuários discutidas acima. Apesar de não atuar visando profundas transformações sociais, e limitar a sua prática avaliativa à escuta das reivindicações dos usuários que representa, somente este conhecimento tem permitido que essa rede seja mais autônoma para conduzir processos dialógicos

com o serviço local, diferente de outras redes, que, ou nunca dialogaram com a gestão e os trabalhadores de saúde ou ainda esperam dessa relação receber benefícios em forma de assistência.

Nesse sentido, Freire (2006, p. 107) afirma que “ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se construindo na experiência das várias decisões que vão sendo tomadas”. Essa rede social, à medida que foi aprendendo a lidar com as diferentes formas de poder e proporcionando a criação de espaços de reflexão de sua realidade, permitiu-se ser criativa e autônoma para lutar pelos seus direitos. O que pode ser ilustrado com a ação relatada pelo seu presidente:

Fizemos um DVD sobre um valão que estava aberto, estava provocando vários casos de risco de dengue, e esse DVD foi apresentado aos órgãos da prefeitura, na imprensa colocamos, iríamos usar o Ministério Público caso não fosse atendida a drenagem do bairro (US1).

A atitude de utilizar dos recursos legais de que possuem para construção do direito de ter um bairro com saneamento adequado, que melhore a qualidade de vida de seus moradores, demonstra que é possível, por meio da participação na investigação da realidade, contribuir para, segundo Becker et al. (2004), fazer surgir um tecido social fortalecido pelas interações que promove, evidenciado pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e que essencialmente, confere “poder” ao sujeito social envolvido.

Convém destacar que essa rede social apresenta-se como uma mediadora da comunidade em que, conforme assinalado por Martins (2008), os mediadores são agentes que existem organicamente no interior dos processos sociais e institucionais que agem por meio de organização de práticas associativas e, apesar das crescentes pressões sociais e culturais desorganizativas, busca dissolver as pressões excessivamente desagregadoras.

Essa perspectiva do usuário mediador permite a superação da idéia egoísta de usuário consumidor. Este usuário se define por sua presença em redes de solidariedade que envolvem indivíduos e grupos na espera pública local em saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Este tipo de mediadores muitas vezes não encontra apoio entre seus pares, pelo fato do intenso processo de fragmentação social que vem ocorrendo em nossa sociedade, culminando na disseminação de indivíduos indiferentes às questões

sociais e políticas. O que pode ser reconhecido na fala do presidente dessa associação:

Se convidar hoje umas 15 pessoas, 20 para ir numa reunião, aparece 2 a 3 pessoas. A população em si ela gosta de reclamar, mas ela não é atuante para resolver o problema, ela é ausente na hora. Reclamar no dia a dia eles fazem isso... Só quando o negócio tá apertando mesmo, eles não são muito participativos (US1).

Ao reconhecer esse cenário, que se configurou no material empírico como exclusivo dessa rede social, Paulo Martins (2008) defende a urgência de se identificar e apoiar os mediadores, através de ações públicas que venham a reverter a situação de fragmentação societária. As redes de mediação deveriam ser objetos de maior atenção por parte dos pesquisadores e formuladores de políticas públicas “por constituírem elos importantes para a manutenção e reprodução das memórias coletivas, dos mecanismos de socialização e de reprodução da vida social” (MARTINS, 2008, p.136). Para o autor, essa abordagem seria um meio de se pensar a democratização em saúde e papel dos conselhos, fóruns, assembléias e conferências de saúde.

Em suma, a prática avaliativa como uma prática social, baseada nas experiências e vivências do usuário e que pode direcionar a uma mudança ou continuidade nos rumos das políticas pública, não se faz presente no exercício cotidiano da maioria dos usuários entrevistados.

As práticas avaliativas ampliam a capacidade de argumentação dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios (SILVA; CRUZ; MELLO, 2007), tanto para decidir sobre melhor cuidado sobre sua saúde, quanto para decidir conjuntamente com outros usuários, gestores e trabalhadores da saúde o melhor cuidado para a sociedade.

A participação de sujeitos em que esta é enriquecida a partir de seu envolvimento em práticas avaliativas, formando sujeitos capazes de argumentar, se faz extremamente necessária no atual cenário das políticas públicas, especialmente nos sistemas municipais, que, ao assumir um rol maior de responsabilidade perante a saúde de seus munícipes, necessita interagir com um maior número de atores sociais, permitindo visualizar como os indivíduos e seus grupos vivem em contextos políticos, culturais, sociais específicos (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006).

Aprender a lidar com as relações de poder, que são sempre conflituosas e assimétricas, exige do usuário um movimento de saída da inércia e da apatia social

em direção à construção de espaços públicos que sejam regidos por ações dialógicas que consideram o saber e fazer de todos os envolvidos na questão a ser analisada. Esse espaço deve ser construído, tanto entre os usuários, quanto entre esses e o cotidiano dos serviços, na busca de obter mais autonomia, conhecimento da realidade vivida, e aprendizado sobre si mesmos e sobre as relações que se tecem no tecido social.

Constatamos em nossos dados que os usuários, mesmo aqueles participantes de rede sociais, não utilizam a avaliação como ferramenta para seu empoderamento e transformação da realidade vivida. Essa característica da participação da sociedade civil, em certa medida, reflete as características gerais do país.

Na maior parte dos países em desenvolvimento se caracteriza um déficit de participação cívica e política (ANDRADE; VAITSMAM, 2002), sendo que a construção de práticas mais democráticas ainda permanece como um desafio. Esse fato pode ser atribuído, segundo Machado et al. (2006) à nossa cultura política, patrimonialista e autoritária. Nesse sentido, o Estado, ao permanecer surdo às demandas, à percepção coletiva do cidadão sobre as possibilidades atuais de ação, se reduz e mantém perversamente a noção de direitos como doação do Estado.

Para Valla (1998), essa noção de Estado provedor é justificada em grande parte pela baixíssima qualidade de vida da população brasileira. A fragilidade social, a desmobilização da sociedade e a hegemonia do individualismo e do consumismo se devem em parte à proposta de redução do Estado a um Estado Mínimo, a partir da disseminação das práticas neoliberais em que prevalece a premissa de não intervenção do Estado sobre as políticas sociais e domínio da lógica do mercado (FEDOZZI, 2009). Isso tem provocado uma tendência erosiva à noção de cidadania como pertencimento a um “mundo comum”, que permite a condição do “direito a ter direitos” no dizer de Arendt (1987) (Idem).

A conjuntura do país a partir da política neoliberal, que se caracterizou com aumento do desemprego, aumento da violência urbana, do narcotráfico, entre outros, colaborou para desmotivar a população a participar de reuniões ou outras atividades de movimentos populares que se configuram nas décadas de 70 e 80 (GONH, 2004). Somam-se a isso, as mudanças ocorridas na direção tomada pelos movimentos sociais, que culminam em práticas assistenciais desprovidas de uma

politização da comunidade, com sérios riscos para a conquista de uma democracia plena.

As mudanças que ocorreram nos movimentos sociais no Brasil, com a hegemonia das propostas política neoliberais, deslocaram a solidariedade política perante a questão social, para a solidariedade humanitária dos órgãos da sociedade civil, que passaram a trabalhar em projetos sociais (KAUCHAKJE, 2008). Novas pautas foram introduzidas, como as de se trabalhar com os excluídos sobre as questões de gênero, etnia, idades etc. (GONH, 2004). Essa realidade pode ser percebida na atuação de uma associação no município de Macaé, em que as diretrizes de seu trabalho não são balizadas por mobilizações para o desenvolvimento de uma consciência crítica, atuando predominantemente por meio de organização de projetos sociais, como já exposto acima.

Kauchakje (2004) sustenta que isso pode trazer como consequência a subalternização dos cidadãos reduzidos à figura de público-alvo ou beneficiário da ajuda, ou seja, a privatização da questão social, imprimindo em sua prática uma baixa politização.

Andrade e Vaitsmam (2002), contrapondo-se às críticas aos movimentos sociais que atuam mediante organização de projetos sociais, defendem que a importância das redes de solidariedade está não só na mobilização e distribuição de recursos para famílias, grupos e pessoas em situação de carência, mas também na disseminação de uma noção de cidadania ligada à idéia de interdependência entre os membros da sociedade.

A participação via rede de solidariedade, dá outro sentido ao termo participação e que não se faz excludente nem inferior às formas de participação que se preocupam com a dinamização e aprimoramento das políticas de saúde (VASCONCELOS, 2009). Na análise desse autor, as iniciativas das redes de solidariedade na criação um sistema de saúde mais integral e eficaz, e mais adequado às características e interesses da população, ampliam a solidariedade, a amorosidade e a autonomia das pessoas na vida social e no enfrentamento dos problemas de saúde.

Podemos observar a ênfase na participação mediante redes de solidariedade ao analisarmos as concepções que os usuários têm sobre a participação política. Seus relatos se convergiram para a importância da união dos cidadãos com

finalidade de atuar por meio de apoio mútuo, sendo esta considerada por Valla (1998) como uma nova forma de participação.

“Participação da comunidade, é tipo assim, ajuntar todos pra se ajudar todo mundo entendeu? Juntos venceremos (US4).

O que eu entendo é que todos esses tipos de problema, entendeu? Se juntassem entendeu? Pra ter solução, pra ter solução sobre um assunto A, B ou C, para solucionar o problema... (US3).

Nessas concepções, a participação é tida como resultado das mobilizações da sociedade direcionadas à solidariedade, contudo, não emerge a idéia de uma participação de natureza política em que o indivíduo pode intervir e participar no processo de decisão das políticas de saúde.

Para Guizardi, Pinheiro, Machado (2005), a grande maioria dos usuários do SUS possivelmente se percebem em uma posição de exterioridade em relação à determinação do sistema. Seria, portanto um sinal de que o desafio de democratização das políticas públicas apenas se inicia a partir da constituição de espaços de participação política, como afirmado na VIII Conferência Nacional de Saúde (Idem).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, a concepção de participação era definida pelo acesso da população às decisões da política de saúde e o controle social mediado pelos conselhos e conferências eram percebidos como efeito dessa participação (GUIZARDI et al., 2004). Porém, com a nova conjuntura nacional, na proposta do Estado Mínimo, a partir da IX Conferência, a concepção de participação teve a tendência de restringir-se aos espaços legalmente institucionalizados. Essa concepção passa a prevalecer a partir da X Conferência Nacional de Saúde (Idem).

Nessa linha, Guizardi (2003), sem desqualificar as conquistas dos espaços de representatividade institucional, defende a necessidade da existência de espaços públicos acessíveis aos diferentes sujeitos sociais implicados, não fechados aos espaços de representatividade institucional. Para esta autora, a própria dinâmica da institucionalização impõe desafios que, para serem superados, demandam a construção de estratégias autônomas de participação política.

Em suma, observa-se que os usuários enfatizam a solidariedade e a importância das redes de apoio social – tanto as instituições formais como conselho e conferência, quanto a participação no cotidiano dos serviços, não foram mencionados como formas de participação, - como destacado pelo usuário US4

“*ajuntar todos pra se ajudar todo mundo entendeu?*”. Para Valla (2000), o sacrifício que vem sendo realizado pelas pessoas a partir do mundo neoliberal excludente, reabre a discussão dos problemas sociais como não sendo questões apenas do Estado.

A ação do Estado é fundamental para a saúde da população, mas não é tudo. A população, com suas iniciativas diversificadas e autônomas, vêm afirmando que a sua busca pela saúde não se restringe ao que pode ser fornecido pelos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2009, p. 272).

Essa conjuntura necessariamente aponta para a construção de outro mundo, em que a sobrevivência estará intimamente relacionada com a solidariedade, o que implica no surgimento de redes de apoio social para enfrentamento da crise social trazida pelo neoliberalismo (VALLA, 2002).

A realidade da participação da população nas políticas públicas no país tem seus reflexos no município de Macaé, demonstrando uma incipiente participação da comunidade na gestão em saúde, e que constitui hoje uma das complexidades dos desafios apresentados pelos déficits de legitimação das democracias contemporâneas (FEDOZZI, 2009), e pode ser percebido no relato de uma conselheira ao fazer uma análise dessa participação:

Também a sociedade não se interessa também não tá. A sociedade gosta muito de reclamar, mas de ir lá de ouvir... E eles “- Eu tenho mais o que fazer”. “- Não é isso cara, depois você quer me reclamar, depois você quer pegar o telefone pra mim reclamar”. “-Fulana, eu tô aqui, tô sendo maltratada, e não sei o quê”. “-Mas você não foi lá ouvir, o que eles estão apresentando, qual são as estratégias deles”.Eles são flexíveis, a gente tá ali pra mudar , porque não mudar, não tem ninguém aqui que não pode. Nós tivemos uma visão melhor. Se o usuário também não vai participar. A verdade também tem que ser dita. Porque nós, às vezes as pessoas pensam “-Poxa Fulana, você é a representante da sociedade”. Mas eu volto a dizer só eu posso, mas não posso sozinha. (CS2008).

No entanto, ao passo que podemos perceber elementos comuns dos cidadãos macaenses em relação aos cidadãos brasileiros, destaca-se uma peculiaridade nessa sociedade e que pode ser atribuída ao intenso fluxo migratório a que ela está sujeita. A percepção de uma incipiente participação da comunidade esteve presente nos relatos da maioria dos atores entrevistados.

De acordo com o diário de campo dessa pesquisa em abril de 2010, o promotor de justiça relata, após o término da entrevista, que reconhece a existência de uma particularidade na sociedade macaense “*A participação da sociedade no processo de gestão da saúde, eu acho que aqui em Macaé é bastante incipiente*” (MP). Para esse ator, essa particularidade pode ser atribuída ao fato de que a

maioria dos habitantes de Macaé não se identifica como cidadãos macaenses; a população é composta por indivíduos que vem para a cidade em busca de oportunidades de emprego e geralmente retornam aos seus lugares de origens.

Nesse município, segundo Silva (2004), a atuação da indústria petrolífera atraiu pessoas de outras cidades com tal intensidade que o número de imigrantes se assemelha ao número de macaenses; pessoas que viram sua cidade se desenvolver com tamanha velocidade a ponto de muitos não acompanharem esse desenvolvimento e não aproveitarem os benefícios diretos dessa indústria.

Essa característica da população “flutuante” do município de Macaé pode acarretar conseqüências nocivas para aqueles que nasceram ou buscaram se instalar no município. O não reconhecimento de pertença à uma comunidade coaduna com indivíduos indiferentes as questões políticas locais e sem motivações para lutar pelos direitos de cidadania, o que compromete o fazer democrático e possibilita uma centralização de decisões e poder.

No entanto, a superação desse imobilismo no sentido de se avançar na consolidação de uma organização social mais fortalecida, demanda dos cidadãos macaenses uma atuação conjunta para avaliar as peculiaridades de suas demandas sociais e o destino dos elevados recursos de que dispõe o município para aplicar na melhoria da qualidade de vida de sua população, podendo, assim, gerar um envolvimento progressivo da comunidade, resultando no estabelecimento de uma maior autonomia de seus cidadãos, no que se refere à organização de suas ações locais (BECKER et al., 2004).

Neste momento de nossa análise, descreveremos as práticas avaliativas que identificamos no Conselho Municipal de Saúde de Macaé, analisando-as sob a dimensão do poder. Assim, identificamos três tipos de práticas: 1) Apuração de denúncias; 2) consideração das vivências dos conselheiros nos serviços, ambas realizadas de modo não sistemático, sendo fundamentais na atuação desse fórum; 3) visitas às unidades de saúde, que se dá de forma sistemática, com geração de relatórios e acompanhamento das mudanças propostas.

Nas práticas relacionadas à apuração de denúncias, o usuário tem um espaço aberto no conselho para vocalizar suas demandas, queixas, opiniões e vivências, havendo assim, em alguma medida, uma preocupação com o acolhimento e atendimento mais humanizado e focalizado nas demandas do usuário.

Uma conselheira fez uma denúncia em relação a um atendimento no HPM a uma usuária com fratura exposta que ficou em observação, fez cirurgia e três dias depois sentiu dores, o médico disse que ela teria que andar e continuou sentindo dores e foi verificado que a usuária tinha outra fratura no fêmur que não havia sido identificada. Informou as péssimas condições de higiene e limpeza, assim como a falta e o atraso na entrega da alimentação. A conselheira YY foi acompanhar a denúncia da usuária e solicita ao diretor do HPM venha prestar esclarecimentos ao CMS (Ata do CMS de 03 de abril de 2009).

Por exemplo, tem um posto de saúde, nós não temos como conselheiro condições de estar em todos os lugares, então através de denúncias nos ajudam muito. Você chega e fala, as condições aqui não são boas. Mesmo quando você tem de usar o serviço de saúde, você como conselheiro vai usar o serviço de saúde, a pessoa não sabe que você é conselheiro. No seu próprio bairro você observa. É todo um trabalho que a gente faz... (CS).

O Conselho Municipal de Saúde de Macaé não apresenta uma forma sistemática de recebimento e apuração de denúncias. Apesar disso, este se torna um modo de avaliar a qualidade do serviço que permite uma maior aproximação do Conselho Municipal de Saúde com os usuários, tendo, portanto, o direito à saúde como objeto de sua avaliação.

Convém atentarmos para um importante fato: a maioria dos conselheiros representantes dos usuários que são mais assíduos e participativos nas reuniões e atividades do Conselho Municipal de Saúde de Macaé utiliza exclusivamente o sistema público de saúde. A presidência dessa instância é composta por um representante dos usuários, - o regimento interno deste conselho atualizado em maio de 2009, atribui que este não será presidido pelo Secretário Municipal de Saúde. De acordo com Côrtes (2009b), essa ocupação é um indicador interessante para comparar a importância relativa de determinado tipo de ator na condução dos trabalhos e no processo decisório de conselhos.

Na perspectiva de Labra e Figueiredo (2002), o tema da representação tem sido muito controvertido, ainda se busca garantir a paridade igualitária, bem como a idoneidade dos representantes. A denominação “usuário” é vaga, e não são raras as vezes que há “falsificações” na representação, tendo efeitos negativos, tanto em termos da democracia interna, quanto em relação à legitimidade do conselho de saúde. Essa mesma crítica é realizada pelo promotor desse município, que compreende a importância do conselheiro vivenciar o SUS, para garantia de uma participação mais efetiva.

...por que hoje há critérios um pouco genéricos, é os representantes dos escoteiros, do Lions, alguma coisa assim. A partir do momento em que a própria sociedade

passar a exigir que a representação no Conselho dela seja realmente efetiva eu acho que já é um bom começo (MP).

A importância que o Conselho delega à análise da vivência dos conselheiros usuários nos serviços de saúde traz importantes elementos de uma avaliação na perspectiva do usuário e um exemplo de como, nesse aspecto, a representatividade do conselho pode ser legitimamente representativa da maioria dos que vivenciam o cotidiano desses serviços.

Nos trechos das atas e da fala abaixo podemos ver importantes iniciativas na busca de avaliar a qualidade dos serviços, tendo como objeto o direito à saúde.

...fez leitura do relatório de fiscalização feito pela conselheira... onde relata situações inaceitáveis que se deu no momento de sua entrada no hospital a qual foi devidamente registrada na ouvidoria do HPM (Ata do CMS de 11 de março de 2010).

Uma conselheira que utilizou os serviços do HPM relatou as dificuldades no atendimento no HPM e no São João Batista e solicitou a comissão de serviços próprios e credenciados em relação a limpeza e atendimento dos hospitais. Um conselheiro relatou que no mesmo período ficou internado por quatro dias no HPM e também teve dificuldades no seu atendimento, observou em um desses dias não havia macas e colchões suficientes (Ata do CMS de 05 de junho de 2008).

...outra conselheira denunciou o péssimo atendimento recebido no HPM para seu neto (Ata do CMS de 04 de dezembro de 2008).

Aí você vai pra um hospital, você fica parado ali olhando as pessoas morrendo de dor, largadas. Eu tô falando porque eu fui fruto disso, eu tive o melhor atendimento de emergência e urgência no meu acidente, tô aí acidentada. De repente menos de 24 horas, em poucos minutos eu fui esquecida numa maca no corredor. E ali eu falei “- que bom, você vê só é um absurdo”. Eu tava chorando a minha desgraça pra mim entender melhor a desgraça dos outros, tá entendendo. Aquele momento que eu tava ali, eu chorando de dor, eu tava ouvindo um monte de pessoas, vinha o reflexo na minha mente, daquelas pessoas que vinham reclamar comigo... A gente tem que trabalhar de uma forma mais consolidada, unificada, e eu tive essa oportunidade de dizer tudo isso, de sentir, tô tendo... Então qual é o meu direito? Eu hoje fico essa pergunta que você acabou de me fazer. Qual é o direito nosso? Nessa situação toda. Qual é o nosso direito? Onde fica o nosso direito? (CS2008).

Esse modo de analisar os serviços, que pode ser considerada uma prática avaliativa adequada para o julgamento de uma realidade sob a ótica do usuário como portador de direitos, influencia na oferta do cuidado e na política de saúde em direção a serviços e ações resolutivas e de qualidade.

As práticas avaliativas do Conselho Municipal de Saúde têm como objeto tanto o cuidado individual ganhando centralidade, as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários e as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si, como pode alcançar níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (VIEIRA da SILVA;

FORMIGLI, 1994). Para tanto, faz-se necessária uma organização dessas práticas, especialmente os relatos de vivências e denúncias, de modo a facilitar o processo de leitura e reflexão crítica dos dados.

Ficou decidido que todas as denúncias deverão ser entregues a Secretaria administrativa do Conselho para serem encaminhadas para cada conselheiro e uma cópia para o secretário de saúde (Ata do CMS de 02 de outubro de 2008).

Uma conselheira disse que há necessidade do CMS fazer um levantamento de todas as atas e de todos os problemas que foram levantados para saber se foram resolvidos ou não. Um conselheiro propôs que fosse composta uma comissão extraordinária para averiguar as pendências das denúncias feitas no CMS e as deliberações do CMS (Ata do CMS de 06 de novembro de 2008).

Os trechos acima relatam que houve intenções de sistematização das denúncias e vivências dos usuários, para que estas não se limitem às comunicações registradas em atas, e que possa haver um planejamento da apuração, acompanhamento e resolução das ações, ou seja, para que não se restrinja apenas à coleta da informação, mas que se faça um julgamento de valor e culmine em tomadas de decisão direcionadas a mudanças nos cuidados de saúde da população.

O Conselho Municipal de Saúde de Macaé, além das práticas que já expusemos anteriormente, as quais consideramos serem as que mais se aproximam de uma prática avaliativa na perspectiva do usuário, apresenta um tipo de avaliação que é realizada de forma mais sistemática, com foco na análise da estrutura, como demonstram os trechos das atas e a fala a seguir.

...já visitamos algumas dessas unidades, nós temos aqui em Macaé tem 28 PSFs, ESF, então visitamos todos eles. Para saber assim, como tava as condições de cada um. O levantamento que nós fizemos em termos de local, material utilizado, as condições do local também, tudo fizemos um levantamento. Esse levantamento que a gente fez nós passamos pro secretário, uma relação... A gente faz uma relação, a gente faz um documento e encaminha pro secretário, na reunião de Conselho é apresentado aos conselheiros, e aí tem que tomar providência (CS).

Foi apresentado o relatório de visita do Pronto Socorro Municipal onde também mostraram fotos dos locais visitados e que foram encontradas várias irregularidades, equipamentos quebrados, falta de manutenção e limpeza, falta de local para o isolamento de pacientes com doenças contagiosas. Além disso, foi verificado que existiam pacientes há dias no pronto socorro, pacientes sem atendimento que só foram atendidos após solicitação dos conselheiros (Ata do CMS de 07 de maio de 2009).

Os principais itens que constam no relatório de visita das unidades de saúde de Macaé estão relacionados a problemas na estrutura física das unidades como: falta de ventilação, grades de segurança, infiltrações, presença de insetos,

necessidade de manutenção e conserto de equipamentos, falta de medicamentos, comprometimento na acessibilidade, falta de espaços e mobiliários para o trabalhador e usuário.

Essas três principais práticas avaliativas que identificamos no Conselho Municipal de Saúde de Macaé, apesar dos seus limites – como a não sistematização das denúncias e vivências e a análise dos serviços de saúde com base somente na estrutura – caracterizam-se como práticas com potencial para transformação das políticas de saúde do município.

Nessa medida, a informação disponível que foi construída pelos próprios conselheiros, vê-se desvinculada do poder dominante que rege a grande parte das informações em saúde que são divulgadas para a sociedade, ao mesmo tempo, estas, ao serem interpretadas por esses atores, geram formas cognitivas tanto para conhecer a realidade que os cerca, quanto para agir sobre ela, o que gera uma forma particular de percepção sobre os acontecimentos (OLIVEIRA, 2004).

O exercício dessas práticas é algo constante no conselho de saúde estudado e seus resultados tornam-se recursos argumentativos dos conselheiros frente à gestão, nesse sentido os conselheiros sentem mais seguros e autônomos para discutir os problemas que eles mesmos detectaram e julgaram.

Percebe-se que estes confiam nas informações que coletaram, entretanto, não é comum estes proporem soluções para o enfrentamento dos problemas por eles detectados e, na maioria das vezes, acatam as soluções propostas pela gestão. Isso demonstra que, apesar dos conselheiros estarem em constante aprendizagem sobre como investigar a realidade e sentirem-se capazes de realizar um julgamento de valor, a tomada de decisão ainda é atribuída àquele que possui o saber tecnoburocrático.

Porém, achamos oportuno ressaltar que o fazer democrático está constantemente em construção e que os primeiros passos nesse caminho estão sendo dados por este conselho e acreditamos que suas experiências, advindas da condução de práticas avaliativas, poderá futuramente dar-lhes a autonomia necessária para participar mais ativamente do processo de tomada de decisão.

O poder de argumentar e construir uma práxis discursiva que se aproxima de uma simetria de saberes e poderes pode ser - além de outros determinantes aqui não considerados - conseqüência dos resultados obtidos com as práticas avaliativas que vem sendo constantemente construída. Sendo que a utilidade da avaliação não

está somente atrelada à necessidade de tomada de decisão, mas o seu processo é formador e empoderador dos sujeitos sociais.

Nesse processo, o sujeito aprende a negociar, a valorizar o seu saber e o saber do outro e sentir-se, portanto, capaz de atuar horizontalmente ao ver-se “diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer e saber dizer e do poder fazer” (OLIVEIRA, 2004, p.67).

Para este autor, a percepção que os conselheiros têm a respeito desse processo depende das situações e dos desafios com que estes se envolvem nos conselhos e das possibilidades de subversão das relações assimétricas, das condições do funcionamento dos conselhos e da disposição política para o diálogo e o estabelecimento democrático de consensos. Essas possibilidades são cada vez mais viáveis à medida que as práticas avaliativas sejam tomadas como prática de reflexão crítica da realidade que os cerca e a “medida que a avaliação seja o processo novo que os sujeitos desejam construir” (BRANDÃO et al., 2005, p. 21).

Na análise da dimensão do poder, é necessário considerar a importância atribuída ao saber do usuário. A inclusão ou não dos saberes advindos das experiências de práticas avaliativas conduzidas pelos usuários reflete em alguma medida as relações de poder na sociedade.

Ao analisarmos as práticas avaliativas do Conselho Municipal de Saúde de Macaé, observamos que estas se dão de modo qualitativo e tendem a considerar a perspectiva do usuário. No entanto, apesar de suas práticas objetivarem a análise do sucesso prático (AYRES, 2009) das intervenções em saúde, ao considerar as denúncias e vivência dos usuários, o conselho valoriza sobremaneira o êxito técnico por meio de cumprimento de metas e indicadores como forma de avaliar a qualidade dos serviços de saúde - mesmo não participando ativamente desses tipos de avaliação, o que vem apontar para a distância cultural entre eles e os técnicos e gestores.

A não valorização do saber do usuário não está explícita nos relatos dos atores da gestão e do Conselho Municipal de Saúde, porém, sua ênfase no êxito técnico, no saber técnico, ressalta a desvalorização do saber do outro, o que Foucault (2002, p.12) denomina de “saberes sujeitados”, como saberes desqualificados, como “saberes não conceituais, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, saberes hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos.”

Em diversas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde pode-se observar uma valorização dos indicadores epidemiológicos e metas de cobertura, ou seja, do “êxito técnico” (AYRES, 2009), como se observa nesses trechos retirados das atas:

O CATAN²² foi parabenizado pelo indicador de percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade de 2,8%, que foi o único município que obteve esse índice e é considerado um índice de excelência (Ata do CMS de 05 de junho de 2008).

Uma conselheira informa que a Secretaria Especial de Saúde e o secretário foi homenageado e saudado em plenária na ALERJ pela redução de 86% da mortalidade materna no município (Ata do CMS de 05 de junho de 2008).

Foi apresentado o Plano de Metas Anual de 2009, os conselheiros questionaram se as metas de 2008 foram atingidas. (Ata do CMS de 18 de setembro de 2008).

...uma conselheira sugeriu meta de 100% dentro da grade de medicamentos estabelecidos pela rede Municipal, e foi aprovado por todos os conselheiros (Ata do CMS de 18 de setembro de 2008).

Foi apresentado o SISPACTO pelo secretário e as prioridades do município dos pactos pela saúde. Uma conselheira salientou que não é citada metas para DST e o secretário disse que este programa já tem suas metas e verbas próprias (Ata do CMS de 18 de maio de 2007).

A ênfase no saber técnico está atrelada à tradição do pensamento moderno, e que Mattos (2004), utilizando a expressão de Boaventura Santos “conhecimento prudente para uma vida decente”, analisa que a ciência vem se construindo contra o senso comum, pretendendo esta ser uma forma de conhecimento superior e mais próxima da verdade, rompendo com uma série de crenças e valores.

Segundo esse autor, a hegemonia desse pensamento se expressa na imagem ainda muito freqüente entre nós, de que uma intervenção fundada sob bases científicas é sempre a melhor. Porém, para Mattos (2004), nada nos garante que o cientificamente fundado é o melhor, o que não significa desprezar o conhecimento científico produzido, desde que o mesmo contribua para uma vida decente, pautado pela prudência e responsabilidade.

A maioria das práticas de atenção a saúde são baseadas estritamente no saber técnico e são práticas que induzem ao consumo exagerado de mercadorias e serviços, reforçam o caminho individualista na busca pela saúde, deslegitima os saberes e valores da população, consolidam a racionalidade instrumental e fria da modernidade e reforçam o poder da burocracia (VASCONCELOS, 2009). Sob sua

²² Divisão Especial da Área Técnica de Alimentação e Nutrição vinculada a Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

aparência técnica e racional, rotulam-se como práticas neutras, contudo, essa é uma falsa neutralidade, pois representam a cristalização das lógicas e interesses dos grupos que a geraram (Idem).

O reencontro do conhecimento científico com o senso comum, no entanto, permite imaginar uma negociação entre os vários participantes para construção de processos consensuais de validação de conhecimentos, ou ao menos de explicitar-se as divergências (CAMARGO JR, 2006), sendo esse o caminho para alcançar a meta de produzir um conhecimento prudente para uma vida decente (Idem).

Esse reencontro, que permite a valorização do saber do usuário na redefinição das práticas de saúde de acordo com sua sabedoria prática, pode ser entendido, segundo Vasconcelos (2009), como uma tentativa de desconstrução das lógicas e interesses presentes nas práticas e técnicas dominantes nos serviços de saúde e de ampliação da solidariedade, amorosidade e autonomia entre as pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde.

Acreditamos que a avaliação na perspectiva do usuário contribui significativamente para construção de conhecimentos válidos e úteis para transformação do ato do cuidar e de gerir no SUS. Porém, esse tipo de avaliação não deve ater-se somente às questões que podem ser mensuradas através de números. A avaliação realizada estritamente por meio de dados estatísticos e epidemiológicos, como aponta Boaventura Santos (1987), ganha em rigor e perde em riqueza, que ao quantificar, desqualifica, que ao objetivar os fenômenos os degrada e ao caracterizar os fenômenos, os caricaturiza.

O enfoque eficientista que tem marcado os estudos de avaliações deve-se, em parte, às restrições econômicas. Por outro lado, a consciência e responsabilização têm exigido práticas avaliativas que ressaltem o caráter democrático, técnico e ético do trabalho em saúde (PAIM; SILVA, 2006). O que se deve buscar nas práticas avaliativas e de integralidade, são valores ético-políticos, sem ignorar os valores econômicos, contestando-os quando somente esses últimos são considerados (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

A visão positivista da avaliação terá sempre um alcance reduzido, caso se considere imprescindíveis as mudanças na gestão do sistema de saúde, justamente porque há pouco diálogo com os sujeitos do sistema e não foram desenhadas para a formação de novas práticas de gestão (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006).

Outro fenômeno que podemos analisar como desencadeador da exclusão de parte da população das decisões e avaliações das políticas de saúde além do que já se comentou sobre a ênfase no saber técnico, se dá no modo como, historicamente, se definiu a demanda por serviços de saúde a partir de uma oferta predeterminada²³.

Guizardi, Pinheiro, Machado (2005) salientam que os atores ocupantes de posição estatal freqüentemente não se dispõem a escutar o que é demandado por quem utiliza os serviços de saúde. Esse outro não é acessado como sujeito político, mas como objeto, como números que orientam a ordenação da prévia assistência. Essa tradição é condizente com nossa história política fortemente marcada pela centralização do poder (Idem).

Contudo, tal perspectiva, adotada pelo Conselho Municipal de Saúde de Macaé, que enfatiza o êxito técnico das ações de planejamento e avaliação, contrasta com a opinião de uma conselheira, ao defender uma avaliação e um planejamento em saúde implicados com escuta do usuário e com a humanização das relações como fundamentais para um cuidado de qualidade, sem, no entanto, distanciar-se dos indicadores que se fazem necessários para o trabalho de monitoramento da saúde.

...Às vezes as pessoas não precisavam nem reclamar na ouvidoria, se elas fossem ouvidas mais pelos médicos. Se elas tivessem um pouco mais de atenção. Se os médicos conseguissem, quando um paciente sentasse na cadeira, ele levantar a cabeça e olhar dentro dos olhos desse paciente, que ele faça um trabalho qualitativo, não quantitativo. Embora ele tenha a cota dele pra dar...(CS2008).

Aquele agente comunitário que vai na casa dessa pessoa. Às vezes ele passa só na casa da pessoa pra anotar, estatística (CS2008).

Guizardi et al., (2006) retoma o contexto histórico da luta pela concretização dos SUS, para entender a organização que hoje o caracteriza, marcado fortemente de artifícios normativos e a valorização de técnicas de objetivação. Nessa análise, os autores apontam que a luta por um sistema público de saúde universal e equânime identificou-se com o referencial teórico da epidemiologia e com as correntes que tinham como objeto o planejamento e a planificação das políticas

²³ De acordo com Luz (2006), desde a segunda metade do século passado até os dias de hoje a demanda por saúde tem girado sempre em torno da *oferta de atenção médica e cuidados terapêuticos* [grifo da autora]. Com o advento do SUS, houve uma modificação, em parte, do quadro da oferta dos serviços públicos de saúde, no entanto, salienta a autora, do ponto de vista da demanda, sobretudo da demanda social, aquela advinda da sociedade civil, resta quase tudo a fazer.

públicas, representadas especialmente pela CEPAL²⁴. Nesse sentido, o projeto de reforma sanitária foi fortemente caracterizado pela normalização e racionalização das práticas como caminho para construção de outro modelo assistencial (Idem).

Essa valorização da objetividade permanece fortemente nos modos de gerir a saúde no cenário atual e culmina com a desconsideração e desqualificação da subjetividade e do cotidiano do usuário. Considerar a subjetividade, como aponta a conselheira.. *“ele levantar a cabeça e olhar dentro dos olhos desse paciente, que ele faça um trabalho qualitativo, não quantitativo”*, numa ação de escuta que se torna terapêutica, permite que os usuários sejam autores de seu cuidado e sujeito de suas próprias normas.

Deste modo, para concluir a respeito das práticas avaliativas dos usuários do SUS de Macaé, salientamos que faz-se necessário uma maior abertura da gestão no intuito de adequar as técnicas e normas às condições culturais, sociais e políticas, considerando as particularidades da população macaense, que vivencia os efeitos de uma intensa desigualdade social, agravada pela ineficiente distribuição do grande volume de recursos econômicos de que dispõe o município e que, em certa medida, não são revertidos para melhoria da qualidade de vida e diminuição da exclusão social.

Cabe, portanto, descobrir o valor do usuário e considerar que o mesmo tem nos saberes advindos de sua experiência modos de organizar o seu cuidado que as diretrizes técnicas e gerenciais muitas vezes não são capazes de reconhecer. O ato de considerar a peculiaridade do ser cidadão macaense permite olhar para além das normas e regras impostas pelo Ministério da Saúde, que muitas vezes acabam por desconsiderar as peculiaridades locais, peculiaridades estas que, nesse município, requerem uma maior atenção na construção de uma política de saúde local pautada nos princípios de equidade e integralidade.

Estender a experiência do Conselho Municipal de Saúde de considerar a vivência e a visão do outro, para além das práticas avaliativas pontuais advindas da coleta de informações de um problema instalado, partindo da consideração das histórias de vida e trajetórias assistenciais dos usuários permite que se faça uma

²⁴ A Comissão Econômica para a América Latina — CEPAL — organismo internacional ligado a ONU, difundiu a noção do planejamento enquanto necessidade para alcançar o desenvolvimento. Foi introduzido na América Latina como um método de seleção de alternativas que otimiza a relação entre objetivos e instrumentos com o propósito de crescimento. Essa proposta foi inicialmente elaborada para o campo da economia e posteriormente ampliada para os setores sociais (GIOVANELLA, 1991).

avaliação mais consistente, tanto do cuidado, quanto da organização do sistema de saúde.

Uma prática avaliativa em saúde que considera a história de vida e a experiência do adoecimento do usuário, apesar de não apresentar-se como uma prática do Conselho Municipal de Saúde, faz parte dos seus discursos, demonstrando sua consciência quanto à importância da participação e do saber daqueles que vivenciam os serviços de saúde.

Uma conselheira falou da importância da participação da associação dos moradores nas reuniões do CMS (Ata do CMS de 04 de dezembro de 2008).

...nós precisamos trabalhar com mais transparência, menos vaidade. Com a possibilidade da gente saber que as pessoas, as outras pessoas pode somar e ajudar. Que podemos tecer uma rede, de trabalharmos com flexibilidade, de abrir mão de vaidade é fundamental, e buscar quanto maior quantidade de parceiros, melhor. Só eu posso, mas eu não posso sozinha e tudo estará bem.... Precisa haver diversidade, pra se fazer a luta pela igualdade, desde que respeite o direito de cada cidadão... (CS2008).

Os relatos acima e frase da conselheira CS2008 “*não é eu que tenho que chegar lá, uma escola, tome uma escola e de repente eles não querem uma escola, eles simplesmente querem uma pracinha*” diverge da visão tradicional de avaliação e gestão, que se caracteriza por uma oferta de opções terapêuticas predeterminada pelos técnicos e gestores sem, no entanto, considerar que a demanda em saúde é construída social e historicamente.

Reconhecer que a demanda em saúde é construída social e historicamente significa reconhecer que sua configuração atual reflete uma luta política, que diversos sujeitos tencionam e disputam em torno do entrelaçamento de necessidades e poderes. Significa dizer que o resultado dessa luta não está *a priori* definido. Significa dizer que nela se expressa um potencial de transformação da realidade, a partir da *experienciação* fecundante dos sujeitos em suas práticas cotidianas em diversos territórios, constituindo novos espaços e ampliando o sentido da vida (PINHEIRO; MATTOS, 2005.)

O reconhecimento dessa demanda socialmente construída torna-se possível quando ocorre uma abertura ao diálogo e se considera a diversidade e pluralidade nos espaços públicos formados pelos usuários, onde se pode escutar o que é buscado pela população em termos de saúde. Luz (2006), nesta mesma linha, afirma que há necessidade de mudar uma cultura presente há décadas nas próprias instituições de saúde, pressupõe mudar a formação atual dos profissionais de saúde, modificar a mentalidade “produtivista” de grande parte dos gestores, e

estabelecer diálogo efetivo em todos os setores sociais implicados no campo da saúde coletiva.

4.3.2 Dimensão da Identidade: a avaliação como uma forma de entrar em contato consigo e mesmo e com a realidade circundante

O processo de construção da capacidade avaliatória, assim como a participação em práticas avaliativas é um processo de construção de identidades, por isso, é um processo que, além de descobrir e construir as definições em torno da avaliação, fortalece a construção de sujeitos. É assim capaz de ampliar consciências, aprofundar conhecimentos, revisitar e revisar práticas, aprender, mudar, e por isso se fala em identidade (BRANDÃO et al., 2005).

Como constatado no item anterior, alguns usuários realizam avaliações pontuais da situação de saúde e, através de reivindicações e negociações com a gestão buscam soluções para suas demandas. Entretanto, há uma ausência de momentos para reflexão crítica sobre os seus problemas e possíveis soluções. Neste sentido, a dimensão da identidade promovida pelo desenvolvimento de práticas avaliativas não pôde ser identificada como uma dimensão direcionada à construção de sujeitos nesses espaços.

As suas práticas avaliativas, ainda que pontuais e incipientes até para serem denominada como tais, não têm, para os usuários, o sentido de práticas avaliativas e isso pode ser ratificado pela dificuldade que estes apresentaram ao definir o conceito de avaliação. Algumas indagações que são feitas quando as práticas avaliativas são realizadas não fazem parte dos discursos desses sujeitos, tais indagações lhes permitem criar definições em torno do próprio processo de avaliação como: O que entendemos por avaliação? Por que avaliamos? O que queremos aprender? Como utilizaremos o que aprendemos em nossas ações? Como aprenderemos? (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

A fim de analisar as concepções de avaliação em saúde, fizemos a seguinte questão: o que você entende por avaliação em saúde? Os entrevistados, em sua maioria, não conseguiram expressar-se com conceitos abstratos e concepções elaboradas.

Reconhecemos que este é um campo polissêmico e que nos diversos estudos acadêmicos sobre avaliação o seu conceito não é consensual. As definições de avaliação são inúmeras e, arrisca-se dizer que cada avaliador constrói a sua (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), o que contribuiu para a dificuldade ou até mesmo a indefinição dessa noção por parte dos atores entrevistados. Porém, suas respostas baseadas nas experiências empíricas demonstraram que a avaliação é inerente a toda ação humana e todos, de algum modo, estão sempre avaliando a realidade que experimentam.

A dificuldade de representar o conceito na prática cotidiana foi demonstrada pela maioria dos entrevistados. Estes tenderam a se expressar através do empirismo e de sua experiência de vida. No entanto, em seus relatos, observamos que, para a maioria, avaliar é emitir um julgamento de valor:

No geral acho que é satisfatório, no bairro também é muito bom, tem sido elogiado pela associação.. é muito bom... Macaé hoje em dia tem até a parte dentária que atende também gratuito, eu acho muito boa, a qualidade (US1).

É boa entendeu, a saúde pública daqui é boa... nós temos, o hospital da mulher aqui que nos atende,nos atende muito bem, um outro posto que também tem um bom atendimento, dentistas, nós temos também boas dentistas, tem a, público, que não é cobrado nada, temos bons médicos, temos um bom atendimento (US3).

...o serviço da secretaria de saúde daqui de Macaé não tá muito bom... , de vez em quando tiver médico no postinho de saúde da Barra lá, é duas vezes na semana... Tem muitos pacientes daqui que vai pegar o remédio que é necessário pra gente, chega lá se tem 12 ampolas de remédio pra gente pegar, no caso o paciente vai lá e só tem 4, 6 ampolas pra ele pegar (US2).

Eu acho que é uma vergonha, é péssimo... Você vai num postinho ai já pega e fala assim. “- Ah! Não posso fazer sua ficha, tem que ver se tem alguma agente na sua rua” (US4).

No campo da avaliação há um maior consenso para sua definição como um julgamento de valor, significando para Furtado (2001) um avanço, pois os resultados sempre serão julgados a partir de méritos e valores. Os referenciais utilizados para julgar os méritos e valores são influenciados pelos grupos que os definem, sejam usuários, gestores, profissionais entre outros (Idem).

A partir dos relatos acima, podemos perceber que os usuários utilizam como referencial para o julgamento de valor o acesso a assistência à saúde. Isso nos remete a suas concepções de direito que também estão atreladas à mera assistência médica.

Embora essas concepções possam restringir a ação do Estado, a inclusão de diferentes e divergentes julgamentos, a partir de diferentes pontos de vista desses

usuários é de fundamental importância para o desenvolvimento de práticas avaliativas democráticas. Para tanto, faz-se necessário que os usuários estejam implicados no processo de avaliação com o propósito de capacitação e desenvolvimento desses (FURTADO, 2001), podendo ter como consequência a mudança em suas concepções, em direção a uma noção mais ampla de direito e avaliação, pois o aprendizado advindo da participação em práticas avaliativas lhes permite estranhar o óbvio, refletir criticamente sobre as questões sociais e ampliar seu horizonte de pensamento e ação.

A ausência de práticas avaliativas ou sua quase ausência entre os usuários entrevistados dificulta a construção de uma identidade coletiva sobre o que significa avaliar e o que se pretende com a avaliação, e para atribuir significado a uma prática, é necessário a existência desta, ou a consciência de sua existência. É também necessário que haja sujeitos construindo de forma intensa e permanente um processo que leve em conta suas experiências e referenciais, suas utopias e medos, seus valores e condições (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

Para que a avaliação espelhe sujeitos e organizações de maneira significativa estes devem refletir sobre suas práticas a partir de algumas questões, o que permitirá a construção de identidades e, nessa construção, o sujeito percebe os outros, o que os difere e o que os aproxima (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

Questionar sobre o que queremos, no que acreditamos, o que valorizamos, com quem nos relacionamos, o que negociamos e como julgamos, constituem-se categorias com as quais se opera nos processos de avaliação e que irão revelar de forma marcante a identidade dos sujeitos nos processos de participação (Idem). Tais questões parece não fazer parte da vivência dos usuários entrevistados. O relato abaixo demonstra a ausência de identidade dos usuários, que se vêem isolados e incapazes de lutar por seus direitos, tendo como possível causa a ausência de espaços públicos para o diálogo e o desenvolvimento de práticas avaliativas.

Então quando vocês têm alguma reclamação o que vocês fazem? Fica pra si próprio né... Não, não tem como, não tem como nem reclamar não, porque eles se queixam da mesma coisa. Ninguém reclama não... Eles não se unem porque, se unissem todos, entendeu? Fazia um protesto entendeu? Procurando melhora, mas tipo assim, são todos tapados, enquanto tem um de atitude, já fica sem força porque, os que era de ajudar não ajuda (US4).

A ausência de espaços de participação política e de práticas avaliativas levam os usuários a não se perceberem como sujeitos transformadores de sua história, e a avaliação é uma forma de entrar em contato consigo mesmo (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005). Perceber-se no mundo, com o mundo e com os outros põe o homem numa posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele (FREIRE, 2006). Afinal, a sua presença no mundo não é a de quem se adapta a ele, mas a de quem nele se insere, é a posição de quem luta para não ser somente objeto da história, mas também sujeito dela (Idem).

Além disso, a condução de práticas avaliativas pelos usuários pode aumentar a sensação de pertencimento e fortalecer um clima de solidariedade e trabalho em rede, favorecendo o surgimento de grupos que se articulam no sentido de criar instâncias de representação e organização comunitária (BECKER et al., 2004). Desse modo, esses grupos apresentam um potencial de mudança no cenário da participação política no SUS, pois passam a possuir capacidade técnica e, sobretudo, política, para atuar junto ao cotidiano institucional da saúde, ampliando a noção de participação para além dos espaços formais como conselhos de saúde e conferências de saúde.

Em relação ao conselho de saúde, por conduzir alguns tipos de práticas avaliativas, ainda que informais, vê-se que estas contribuem para que os conselheiros percebam o seu papel na sociedade, pois as práticas avaliativas criam espaços privilegiados para que as práticas dos sujeitos sejam conceituadas e para que seus pressupostos e conceitos sejam revisitados, e muitas vezes negociados (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

...Você quer ver o que tá funcionando o que não tá funcionando. Então o conselheiro tem esse papel de auxiliar nesse aspecto...(CS).

Com esse relato, observa-se que a prática avaliativa do conselho de saúde possibilitou definir o seu papel enquanto fiscalizador e avaliador das políticas de saúde sendo, portanto, capaz de construir uma identidade coletiva, afirmando seu papel social como avaliador legítimo.

4.3.3 Dimensão da Motivação: a busca de sentidos e disposição para avaliar as práticas

A motivação para participar de processos avaliativos constitui uma dimensão importante para que estas possam ser conduzidas para a promoção da autonomia e aprendizagem, assim como guiadas para tomadas de decisões que transformem o objeto que foi julgado. A avaliação só será reconhecida e valorizada à medida que se constituir em espaço permanente de aprendizagem, descobertas e transformações (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005).

A avaliação somente terá sentido para os sujeitos quando estas forem desejadas por eles, ao mesmo tempo só serão desejados os processos avaliatórios que tiverem sentido para os sujeitos (BRANDÃO et al., 2005). Tanto as avaliações realizadas pelos usuários isolados ou em redes como aquelas que buscam integrar o usuário ao serviço como um sujeito da avaliação, só encontrarão motivação destes para sua participação quando suas vivências e experiências forem consideradas e quando o seu saber for respeitado.

A etapa de atribuir sentidos é fundamental para garantir a avaliação, é necessário compreender e atuar com a preocupação de atribuir sentido ao longo de todo o processo de avaliação (SILVA; BRANDÃO, 2003).

A ausência de espaços e momentos de análise e reflexão da realidade entre os usuários e entre esses e os serviços que utilizam, pode estar no descrédito desses perante o Estado, não acreditando que o mesmo venha a considerar os resultados de suas avaliações. Se, na perspectiva popular, a política merece pouca confiança, não devemos nos surpreender ao constatarmos que grande parte da população não acredita em mudanças através do caminho parlamentar ou de negociação com as autoridades (VALLA, 1998). Sendo assim, para estes não há motivação para construção de espaços públicos entre suas redes sociais com objetivo de construir práticas avaliativas, já que os mesmos não acreditam em mudanças pela via do Estado.

É certo que esta é uma possível explicação, e essa ausência de motivação também pode ser explicada em relação à fragmentação do tecido social, à apatia da sociedade, e às peculiaridades da população macaense, com inúmeros imigrantes, como foi discutido no item anterior.

O conselheiro de saúde entrevistado demonstrou certa motivação na realização de suas práticas avaliativas, e esta pode ser associada ao fato de conhecer os benefícios da avaliação e o fato de que seus resultados estão sendo utilizados para aprender e mudar.

É uma vantagem que a gente tem de avaliar como tá a saúde. O conselheiro, por exemplo, ele tem a, a, condição, tem a capacidade de chegar e detectar um problema e falar bom, isso tá ruim, tem que levar pro conselho... E tudo que nós reclamamos, na medida do possível foi consertando, foi melhorando (CS).

Contudo, contradizendo o relato acima, outro conselheiro aponta a desmotivação de continuar a realizar suas práticas avaliativas por não visualizar mudanças concretas advindas da tomada de decisão promovidas por suas avaliações:

A conselheira XX perguntou que motivação os conselheiros tem de fazer visitas e relatórios, se existem os relatórios e não existe retorno. A conselheira YY falou que algumas respostas foram dadas e mudanças feitas a partir dos relatórios dos conselheiros dentro do prazo estipulado (Ata do CMS do dia 04 de fevereiro de 2010).

Apesar das contradições entre os conselheiros, o que queremos salientar com este relato é que a ausência de mudanças na realidade investigada é uma das principais causas da desmotivação de se realizar os processos avaliativos, especialmente para o conselho de saúde, que se vê frente a inúmeras tarefas administrativas e depositar energia em processos avaliativos constitui-se um grande desafio.

Na perspectiva de Brandão; Silva; Palos (2005), tratar a avaliação de forma transparente e democrática, relacioná-la a espaços e momentos de aprendizagem e decisão, a existência de lideranças interessadas em problematizar e motivar os grupos a avaliarem suas ações, são algumas alternativas que contribuem para que a avaliação possa se tornar viável e sustentável.

4.3.4 Dimensão da Competência: cuidando do lugar da investigação

Articular poderes, apoiar motivações, provocar construção de identidades são dimensões provenientes dos processos de avaliação com potência para a qualificação da participação política dos usuários do SUS. No entanto além dessas dimensões deve-se cuidar do *lugar da investigação* sem o qual não há avaliação, ou confiança nos seus resultados (BRANDÃO; SILVA; PALOS 2005).

O cenário da competência é um campo que articula as demais dimensões analisadas; é um campo no qual se caminha em busca de apoiar processos que levem à reflexão, aprendizado e desenvolvimento (Idem). Todavia, não se trata de fazer os usuários utilizar métodos cientificamente elaborados para a investigação da realidade. Dada a potencialidade das práticas avaliativas dos usuários de trazer modificações, tanto nos cuidados individuais e na organização dos sistemas de saúde, quanto para a qualificação da participação política, faz-se necessário, como aponta Pinheiro e Silva Junior (2008) uma sistematização e um rigor, sem, no entanto, haver uma rigidez de métodos e técnicas, que podem vir a desconsiderar os aspectos subjetivos fundamental ao processo avaliativo.

Demo (2008) chama a atenção para o fato de que, muitas vezes no processo de avaliação que parte de uma perspectiva dialógica, recorre-se à idéia do “vale-tudo”, pois quem não se dá ao trabalho de definir com rigor os conceitos, imagina estar praticando a dialética, sob a desculpa de que as coisas “são e não são” ao mesmo tempo, de que tudo é movimento. Portanto, para este, apesar de não produzir “receitas” – pois esta seria uma atitude parasitária dos discípulos que não sobrevivem sem o mestre – para que não se caia no “vale-tudo”, as formalizações, desde que estejam em seu lugar, são uma importante ponte. Neste sentido, é importante a disciplina de campo, para fazer-se uma coleta ordenada, minuciosa, limpa, para não se confundir infantilmente bagunça com criatividade (Idem).

Em se tratando das práticas avaliativas dos usuários, observamos que há um longo caminho a ser trilhado para que estes desenvolvam competências avaliativas que tornem suas avaliações instrumentos de significativas mudanças, para além daquelas mudanças pontuais e imediatas, resultado de suas práticas atuais que se resumem a detectar um problema aparente, como por exemplo, falta de saneamento, terrenos baldios, ausência de profissionais de saúde, mau

atendimento. O desenvolvimento de competências avaliativas permite ir além desse tipo de prática, de modo que tanto transforma o sujeito e a organização social, dando-lhe um sentimento de maior poder, autonomia e conhecimento, quanto promove uma reflexão crítica do problema permitindo que se façam mudanças mais profundas na realidade social.

Valla (1992) aponta para um tipo de avaliação, como o diagnóstico participativo, que, além de fazer com que a sociedade civil tenha uma avaliação alternativa dos agravos à sua saúde, é possível que esta produza instrumentos para a capacitação e o conseqüente fortalecimento das entidades populares preocupadas com as questões sociais. Seria, portanto, uma possibilidade para que usuários passassem a construir sua competência avaliativa, pois este tipo de avaliação seria a própria capacitação técnica, permitindo que os técnicos e usuários se unissem nas tarefas de discutir categorias, levantar, sistematizar e socializar dados através de um “aprender fazendo” (Idem). Tal possibilidade pressupõe uma aliança entre alguns pesquisadores, profissionais e usuários preocupados com a existência de serviços de qualidade.

Entretanto, salienta Valla (1998), é necessário cuidar para que os profissionais e pesquisadores vençam a dificuldade que possuem de compreender os membros das chamadas classes subalternas. Há uma dificuldade em aceitar que pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia sejam capazes de produzir conhecimento, sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, de fazer uma intervenção capaz de contribuir para a avaliação dos gestores, pesquisadores e profissionais sobre a mesma sociedade (Idem).

Quando observamos as práticas avaliativas do Conselho Municipal de Saúde, vemos que estes utilizam as denúncias e relato das vivências dos conselheiros como modos de analisar os serviços, o que requer dos conselheiros uma competência na observação dos serviços e da relação profissional de saúde com o usuário, ou seja, este exercício - que mesmo não reconhecido por eles como uma prática avaliativa - faz do conselheiro um investigador da realidade, permitindo refletir sobre aquilo que lhe é dado e vivenciado.

Em relação à prática avaliativa de visitas aos serviços de saúde, podemos classificá-la como um tipo de prática avaliativa que se assemelha à tríade estrutura-processo-resultado proposta por DONABEDIAN (1980 apud VIEIRA da SILVA; FORMIGLI, 1994) para avaliação da qualidade da atenção médica, adaptado para

avaliação dos serviços de saúde e que ainda se faz presente nas correntes tradicionais de avaliação, considerando-os como componentes isolados.

Vieira da Silva e Formigli (1994) fizeram uma análise dessa tríade a partir da leitura de Donabedian. Segundo esse autor, a estrutura corresponderia às características estáveis, como os instrumentos, insumos, bem como as condições físicas e organizacionais. O processo está relacionado às atividades desenvolvidas na relação profissional/paciente e os resultados seriam as mudanças que poderiam ser observadas no estado de saúde dos pacientes.

Partindo dessa leitura, podemos classificar essa prática avaliativa do Conselho Municipal de Saúde como uma abordagem de avaliação que privilegia a análise da estrutura, desconsiderando os outros componentes da tríade, bem como a perspectivas dos outros atores, suas práticas e concepções advindas de sua vivência nas instituições.

Consideramos, sem dúvida, que uma estrutura adequada é de fundamental importância, principalmente para cumprir os requisitos mínimos das normas sanitárias e auxiliar no trabalho da equipe de saúde, porém, não deveria ser o objetivo central na busca da qualidade dos serviços de saúde, como analisa o promotor desse município:

Porque questão de estrutura é aquela coisa, você tem um prédio que você precisa manter... no posto de saúde é a mesma coisa...a questão de estrutura no geral não é o principal preocupação, a não ser que comprometa a qualidade de prestação do serviço (MP).

As iniciativas realizadas pelo conselho devem procurar não restringir-se à descrição das condições, fatores ou mecanismos que interferem na produção do fenômeno estudado, mas analisar as conexões existentes entre os elementos que o determinam (DESLANDES, 1997). A unidade de análise deve ser não o serviço “em si”, mas a “atuação do serviço” que corresponde à rede de relações internas e externas, vivências, estruturas e processos que constituem aquela prática institucional (Idem).

Podemos considerar as práticas avaliativas do Conselho Municipal de Saúde, apesar de seus limites, como iniciativas que podem gerar um maior aprendizado dos pressupostos do SUS e do sistema de saúde local, e promover um aperfeiçoamento dessas instâncias para construção de abordagens avaliativas mais elaboradas e sistemáticas (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Em linhas gerais, podemos concluir que as ações do Conselho Municipal de Saúde não preconizam a adoção de outras abordagens de co-gestão e de avaliação. Assim, torna-se possível a utilização de novas abordagens avaliativas qualitativas, buscando métodos mais capazes de análise, compreensão e intervenção, para o efetivo desencadeamento de impactos (PENNA FIRME, 2010).

Dentre essas abordagens, destacamos as trajetórias assistenciais, itinerários terapêuticos e a mapeamento das redes sociais, em que o usuário se posiciona como protagonista do seu cuidado e produtor das informações necessárias ao conhecimento da organização do sistema de saúde, bem como as possibilidades de decisões que venham a ser úteis e concretas para mudanças direcionadas a satisfação de suas demandas. São abordagens centradas no estudo das experiências humanas, no mundo da vida, que privilegia o cotidiano das práticas dos atores (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

Independente da metodologia a ser utilizada, em uma abordagem avaliativa, o que importa é o conteúdo e não a forma, o ambiente de soltura, de leveza, de criatividade é substancial para este tipo de avaliação, que deve ser lúdica, não encadernada, deve ser artística, não “quadrada” (DEMO, 2008). As informações pressupostas po este tipo de avaliação devem ser abertas e livres, sendo sempre um instrumento fundamental de participação. Quando ela se trunca, entra em cena o interesse em coibir a participação (Idem).

Enfim, embora no Conselho Municipal de Saúde haja iniciativas promissoras, essas ainda não se apresentam com potência necessária para que o processo avaliativo predomine na orientação de mudanças nos cuidados e na política de saúde. No entanto, se revela como potência para qualificação da participação política deste, pois o que as práticas avaliativas vem construindo com estes usuários – ainda que iniciando este processo de construção - é a formação de um ator autônomo e responsável pelos fins, pelos meios que ele escolhe e pela constatação do resultado de seus esforços (ZÚÑIGA; LAPERRIÈRE, 2006).

Construir práticas avaliativas mediante os saberes e práticas dos usuários é um processo de construção de sujeitos e está conjugada a um processo pedagógico de perspectiva emancipatória que colabora com o fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações (BRANDÃO; SILVA; PALOS, 2005). Também está associada à crença de que os sujeitos podem transformar a si próprios e à sua interação com os outros, num refazer do mundo e da própria história; e está relacionada à

percepção de que qualquer ação empreendida deve alcançar a liberdade dos homens, significa dizer que se busca construir um conhecimento que enxergue além da indiferença cega e ilusão ingênua (Idem).

4.3.5 Ministério Público: o direito a saúde como objeto da avaliação

A fim de enriquecer nossa análise das práticas avaliativas e da participação da sociedade civil no processo de avaliação, reconhecemos o Ministério Público como um importante ator dessa pesquisa, apesar deste não se caracterizar como um usuário do SUS.

De acordo com o estudo de Dermateau (2002), que buscou construir uma tipologia das práticas avaliativas, identificaram-se as avaliações realizadas pelos agentes da justiça como uma prática avaliativa importante que deve ser considerada pelos avaliadores, tendo em vista seu impacto social, e complementar a outras práticas avaliativas.

Afinal, conforme salienta Pinheiro e Silva Junior (2008) os atributos legais conferidos ao Ministério Público como representante da sociedade na garantia do cumprimento dos direitos constitucionais, tem mostrado efeitos positivos e negativos, fato que está influenciando decisivamente a gestão dos serviços por revelar muitas vezes a descontinuidade no processo de trabalho, que geralmente é expresso pela ausência de vínculo, acolhimento e responsabilização²⁵.

O papel principal desempenhado pelo Ministério Público tem sido a mediação de conflitos existentes entre a sociedade civil e a própria gestão dos serviços, sendo este um canal de diálogo. Este pode representar o estabelecimento de um tipo diferenciado de interlocução no plano da formulação de políticas públicas (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

A atuação dessa instituição pode promover determinados arranjos de gestão e participação, ou, do contrário, não articular-se com as instâncias de participação da sociedade civil, tanto por uma carência que o isola, quanto pelo seu fechamento

²⁵ Os conceitos de vínculo, acolhimento, responsabilização e qualidade da atenção são preconizados por Silva Junior e Mascarenhas (2006) como conceitos que devem ser valorizados para se avaliar a integralidade na dimensão do cuidado integral e organização da atenção.

em uma linguagem jurídica que dificulta sua aproximação com os usuários. Nesse sentido, as práticas e concepções do Ministério Público têm um papel fundamental na construção da prática da democracia e enriquecem a análise das práticas avaliativas dos usuários com importantes elementos, especificamente no que diz respeito ao direito à saúde.

O Ministério Público em Macaé atua na fronteira desses dois aspectos, ao mesmo tempo em que apresenta uma postura passiva frente à sociedade civil, este propõe uma abertura para uma interação com o Conselho Municipal de Saúde e age proativamente na busca por concretização dos direitos coletivos.

Para essa entidade, a articulação com a sociedade civil no que tange à participação da gestão em saúde se dá especialmente pelo contato com o Conselho Municipal de Saúde, considerando-a como a mais adequada forma de participação da sociedade na gestão da saúde. Os trechos abaixo ilustram essa dualidade de ações, a ênfase na participação popular mediante Conselho de saúde e a postura estática perante a sociedade civil.

Eu acho que a participação popular ela se dá fundamentalmente através do Conselho. Eu acho que o Conselho é o grande, eu creio que no futuro ele vai ser o grande, se bem trabalhado, vai ser o grande responsável pelas participações, porque enfim, a partir do momento que o Conselho se torna atuante ele vai atrair a população, pra reuniões, pras deliberações...(MP).

Então geralmente a sociedade civil é que procura o Ministério público. O Ministério Público tá aqui e as pessoas procuram, mas em matéria de saúde mesmo, são poucas as organização constituídas e tal, que procuram para tirar dúvidas e orientações. Eu, eu vou ser sincero, não me recordo de nenhuma vez que um presidente de uma associação ou uma entidade não governamental em matéria de serviços públicos, voltada a saúde tenha me procurado (MP).

De acordo com Machado; Pinheiro; Guizardi (2006) a atuação do poder judiciário ocorre mediante provocação de quem se sentir lesado pela ação ou omissão de outro. Já o Ministério Público, é uma instância dinâmica para garantia de direitos, não precisando ser provocada para exercer sua função.

Entretanto, cabe ressaltar que, apesar de manter uma postura estática, essa parece situar-se somente no plano dos direitos individuais. O Ministério Público de Macaé considera que sua atuação, convergindo com as prerrogativas legais²⁶, deve ser direcionada ao fomento das políticas públicas com ações de caráter coletivo, o

²⁶ De acordo com o Artigo 127 da Constituição Federal Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, cabendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

que pode ser percebido na sua forma de avaliar a saúde, conforme observou o promotor do Ministério Público:

O Ministério Público hoje é visto como um órgão que vai resolver todo e qualquer tipo de problema então às vezes o sujeito fala, às vezes são questões individuais do direito a saúde. “- Ah! eu fui no hospital e não tinha o medicamento X, o médico não foi”, enfim, algumas coisas que isso é uma falha individual do serviço que não demanda atenção. Mas a gente trabalha com outras demandas mais sérias, na verdade no Ministério Público a gente busca que as políticas públicas em si sejam adotadas, por exemplo, temos aqui a questão macro, central de regulação, ta boa, não, não ta bom, não tem isso, não tem isso, ta faltando isso, o hospital ta razoavelmente bom os indicadores ta tudo bem, posto de saúde da atenção básica como é que tá, os indicadores esta tudo bem (MP).

A defesa dos interesses difusos e coletivos pode ser observada ao analisar as práticas avaliativas do Ministério Público em Macaé. Essa instância procura compreender o funcionamento do sistema de saúde, realizando avaliações mediante indicadores de produção, na construção do direito à saúde pautado no acesso as ações e serviços de saúde.

Na verdade os indicadores eles, ainda tão sendo desenvolvidos aí pela coordenação, da Secretaria e tudo mais, a gente conta com a Secretaria Estadual de Saúde... a gente tenta entender o que tá funcionando o que não tá e a partir daí a gente tá cobrando do município...(MP).

Sua avaliação por meio dos indicadores epidemiológicos do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde permite um julgamento no cumprimento das metas e do funcionamento dos serviços. Foca-se no acesso e na quantidade e produtividade, sem considerar os aspectos como acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade do atendimento.

Esse julgamento, mesmo não levando em conta o aspecto subjetivo das práticas de saúde, de certo modo propõe mudanças na prestação de serviços por parte da gestão, já que a legitimidade do Ministério Público permite que estas mudanças ocorram com mais transparência e agilidade, buscando assim, por meio de uma avaliação, a garantia do direito à saúde.

As resoluções extrajudiciais adotadas pelo Ministério Público permitem tanto a resolução de problemas que são atribuídos ao não cumprimento do direito por parte da gestão, como pode tornar-se um espaço de formulação de novas propostas na área da saúde. Neste último caso, aplica-se a questão da central de regulação, identificada como problema em todo o estado do Rio de Janeiro, na qual o Ministério Público Estadual tem buscado soluções junto aos gestores municipais.

Em matéria de saúde, no município Macaé a gente não tem nenhuma ação civil pública, até porque a gente busca atuar extra-judicialmente né, através de recomendações, talvez pela prefeitura ser próxima, ter bastante contato com as autoridades, a gente nota que às vezes ...numa conversa, com o secretário numa reunião, expõe a situação pra ele, de forma mais simples, a gente tem conseguido um certo índice de resultados sem tomar medidas mais drásticas. Isso em alguns aspectos, em outros como as centrais de regulação de leitos, internações ainda é bem complicado (MP).

Como aponta Machado; Pinheiro; Guizardi (2006) o Ministério Público tem se investido mais de um certo “poder simbólico”, do que de um poder sancionador. Este sempre que possível, costuma recorrer a pactos informais e extrajudiciais, utilizando-se sobretudo de sua influência e autoridade simbólica.

Em linhas gerais, o Ministério Público é uma instituição dinâmica de garantia e efetivação de direitos, principalmente quando se trata dos direitos prestacionais, isto é, direitos que exigem a atuação do Estado para concretizá-los por meio de políticas públicas. A possibilidade de agir independentemente de provocação possibilitou ao Ministério Público ocupar um espaço singular no plano da efetivação de direitos (ASENSI, 2008).

4.4 Limites e possibilidades das práticas avaliativas dos usuários influenciarem na tomada de decisão sobre a política de saúde

Após analisarmos e defendermos as práticas avaliativas como ferramenta potencial para qualificação da participação política a partir das dimensões de poder, identidade, motivação e competência, abriremos nesse ponto a discussão sobre a importância da participação dos usuários em processos avaliativos no contexto da gestão do SUS, uma vez que acreditamos que as práticas avaliativas desenvolvidas por estes os qualifica para participarem como sujeitos portadores de saberes válidos e legítimos e capazes de transformar a realidade que se quer investigar.

Assim, procuraremos estudar os limites e possibilidade das práticas avaliativas dos usuários influenciarem na tomada de decisão sobre a política de saúde do município de Macaé. Também, abordaremos como os resultados de suas avaliações vêm sendo utilizados pela gestão para as mudanças que se fazem necessárias.

Deste modo, a avaliação seria um meio de produzir inovações, gerando conhecimentos, concretizando virtualidades e possibilitando renovações (FURTADO, 2001). A avaliação, segundo este autor, estaria voltada para a superação de questões intrínsecas aos programas e serviços, ao desenvolvimento e criação de novas redes de compromisso entre os grupos interessados, e promoveria a capacitação dos envolvidos na condução de suas competências.

Furtado e Campos (2008) entendem avaliação participativa como um processo realizado através de parcerias entre avaliadores e pessoas envolvidas em um determinado programa ou serviço e que não são avaliadores no senso estrito, como os profissionais do serviço, usuários, familiares, gestores etc.

No envolvimento desses atores amplia-se um sentido de redes de conhecimentos que potencializam inovações a partir de saberes advindos das experiências de quem pratica a ação, orientando-se assim novas práticas. Ao se orientar pelo princípio da integralidade, essa rede pode voltar-se para a compreensão das necessidades da população que se manifesta em demandas sociais, exigindo a adequação da oferta de serviços (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008). E é nesse sentido que a avaliação pode ser uma ferramenta capaz de lograr a participação social na efetivação do direito a saúde como direito humano (Idem).

De acordo com Furtado (2001), dentre as várias abordagens possíveis para se realizar uma avaliação, aquelas voltadas para o aumento do valor de uso da avaliação são as mais adequadas para a capacitação e desenvolvimento dos grupos implicados e a garantia da utilização de seus resultados. Para tanto, enfatizamos a utilização dos itinerários terapêuticos, trajetórias assistenciais, e metodologias de mapeamento de redes de usuários como tecnologias avaliativas que se voltam para o aumento do valor do uso por considerar as experiências humanas e a perspectiva do usuário no processo avaliativo.

Consideramos que a finalidade das políticas de avaliação não pode apenas explicitar os problemas e nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças significativas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados (PISCO, 2006).

A utilidade da avaliação, de acordo com Pinheiro e Silva Junior (2009), é um dos seus componentes que são imprescindíveis à sua existência e que se justifica como ferramenta social. Contudo, salienta BRANDÃO et al., (2005), a qualidade do processo não se mede apenas pelo ponto que se alcança, mas pela multiplicação

das possibilidades em cada ponto em que se está, possibilidades essas que tentamos apreender ao discutirmos as dimensões de poder, identidade, motivação e competência como mudanças advindas das práticas e que não se restringem ao seu resultado final, mas que está ligada à importância do processo da avaliação na construção de novos sujeitos políticos.

Portanto, o processo de execução da avaliação também se caracteriza como aspecto de fundamental importância, pois garante um uso da avaliação que se propõe a ir além das finalidades técnicas e da ênfase dos processos instituídos, ampliando o leque de conhecimentos, considerando diferentes olhares que potencializem a apropriação da avaliação como uma ferramenta amistosa, tanto para o pesquisado, quanto para o pesquisador. A esse processo, Pinheiro e Silva Junior (2008) denomina de caráter formativo da avaliação.

Este difere da avaliação formativa, muito utilizada pelos programas de fomento e agências governamentais, a qual se restringe a produzir conhecimentos para melhoria de uma intervenção, sem, no entanto, preocupar-se na geração de novos valores para julgamento e elaborar respostas qualificadas às necessidades e o modo mais adequado de provê-las (Idem).

Para analisar a influência das práticas avaliativas no contexto da gestão, tomaremos a perspectiva de Hartz; Santos; Matida (2008), que salientam a necessidade de questionar sobre como ocorre a mudança nas práticas dos atores advindas das informações produzidas pela avaliação, sobre as dificuldades e facilidades dessas mudanças e como analisar e reconhecer a utilidade de uma avaliação. Para esses autores, cabe falar em influência da avaliação, pois a expressão “uso” de processo ou resultados tem um significado mais estreito.

A avaliação pode trazer processos de mudanças individuais, interpessoais e coletivos pelos quais esta pode se traduzir em melhoria social e favorecer a institucionalização da avaliação. O nível individual é verificado em ocasiões em que o resultado da avaliação provoca uma mudança direta nos pensamentos e ações de um ou mais indivíduos, ou quando se espera que uma exposição freqüente a esses resultados mude as opiniões das pessoas ao participar de uma avaliação (WEISS et al., 2008 apud HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008).

O nível interpessoal corresponde a uma mudança no nível das relações entre os indivíduos. O processo de persuasão, por exemplo, é freqüentemente interpessoal, em que os indivíduos se esforçam para influenciar o outro. O nível

coletivo é a influência direta ou indireta da avaliação nas decisões e práticas das organizações; a mudança de uma política formal poderia ser influenciada pelos resultados da avaliação (Idem).

Podemos relacionar o nível de influência individual e interpessoal à dimensão de identidade e poder que discutimos no item anterior, quando analisamos o potencial das práticas avaliativas na transformação pessoal de cada sujeito que dela participa e na transformação do coletivo ao aprender a lidar com as relações de poder que se formam nos espaços públicos e construir identidades.

Segundo Vieira da Silva e Formigli (1994), a avaliação como componente fundamental do planejamento é muito lembrada, pouco praticada e quando realizada, não é muito divulgada e dificilmente utilizada para tomada de decisão.

Essa realidade pode ser generalizada para as práticas de saúde do município de Macaé, quando somente os dados epidemiológicos são considerados, não levam em consideração o cotidiano das equipes de saúde e dos usuários, comprometendo o uso desse tipo de avaliação. Na maioria dos casos, percebe-se a desconsideração das diversidades dos contextos, condições de operação e de situações de saúde, que está atrelada à predominância de avaliações de aspectos normativos (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

No entanto, considerar a perspectiva do usuário pode mudar esse cenário, a partir do instante em que as informações advindas da experiência de adoecimento e da trajetória do usuário na rede de serviços e o conhecimento de sua rede de apoio social permitem um uso mais adequado dos resultados da avaliação com predomínio de todos os níveis de influência.

Para as práticas avaliativas desenvolvidas pelos usuários e conselheiros, pôde-se perceber que ocorre, em alguma medida, uma permeabilidade da gestão à incorporação dos seus resultados, levando à realização de ações que busquem efetivar o direito a saúde.

Hoje nós temos a grade que nós pedimos ao secretário, os medicamentos, já não temos tanta falta como tínhamos antes, um trabalho que é feito para evitar isso..então foi feito um projeto, um trabalho em termo de medicamentos, de profissional de saúde, locais de atendimento, tudo que chega para o Conselho hoje, a receptividade do secretário é muito grande. Qualquer coisa que a gente leva para ele, vai analisar, tenta verificar, tem nos dado resposta, não fica nada sem resposta (CS).

Dizem [posto de saúde] que ta pra sair um projeto que vai acontecer isso a [atendimento odontológico como reivindicado pela associação de moradores],

montar o equipamento e ter uma sala do dentista, mas é projeto, e quando é projeto temos que ficar esperando (US1).

Quando a gente vê um terreno, eu também aqui teve até uma reclamação, de um terreno baldio que tinha ali entendeu?, choveu e o mato já tava alto, e muita água parada, água parada, e foi rápido, foi resolvido de um dia pro outro (US3).

Tomando como base de análise a leitura dos níveis de influência de Hartz, podemos perceber que ocorreram algumas mudanças pontuais a partir dos resultados das avaliações e reclamação dos usuários, assim, a influência da avaliação conduziu às melhorias sociais desejadas naquele momento pelos usuários.

Por outro lado, contemplam-se ações que podemos classificar no nível coletivo de influência, como ilustra o caso da questão de medicamentos, aludida por um conselheiro no relato acima. Após avaliações, por parte do Conselho, das denúncias relacionadas às constantes faltas de medicamentos, ao que parece, ocorreu uma mudança nas práticas organizacionais da gestão para o componente da assistência farmacêutica básica, em que sua aquisição e distribuição são de responsabilidade do município, o que podemos demonstrar nesse trecho da fala de uma usuária:

Distribui, distribui direito, quando às vezes não tem num local, mas temos vários postos que fazem distribuição de remédios, não digo vários, nós temos o suficiente, porque às vezes não tem num lugar, você consegue encontrar em outro (US3).

Apesar de não fazer parte do desenho desse estudo, e sendo uma questão que predominou no universo do material empírico estudado, cabe ressaltar, portanto, que ainda prevalecem distorções no acesso aos medicamentos do componente de medicamentos excepcional, em que sua aquisição e distribuição é de responsabilidade do nível estadual, comprometendo assim a integralidade das ações.

No entanto, alguns usos dos resultados de avaliações por parte da gestão a partir das demandas dos usuários são resultantes de uma maior resistência e pressão por parte da sociedade. Nessa medida, este fato citado abaixo, demonstra a força e importância da participação, de uma participação criativa e legítima na busca de soluções dos problemas coletivos.

Fizemos um DVD sobre um valão que estava aberto, estava provocando vários casos de risco de dengue, e esse DVD foi apresentado aos órgãos da prefeitura, na

imprensa colocamos, iríamos usar o Ministério Público caso não fosse atendida a drenagem do bairro. E foi atendida, a obra esta sendo feita, esta maravilhosa...[foi atendido] Por livre e espontânea pressão (US1).

Conforme sustenta Gohn (2004), é no plano local que se concentra a força social da comunidade, no local onde ocorrem as experiências, e se alimentam da solidariedade, gerando coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudança e transformação social.

Segundo Valla (1998), o ato de fazer reivindicações e pressão sobre os governantes é julgado por muitas pessoas como necessária, pois todo governo atua somente “empurrado”. No entanto, o que se observa em quase toda a América Latina é uma certa perplexidade quanto aos resultados obtidos. O rígido controle fiscal por parte do Estado e o monitoramento dos organismos financeiros internacionais sobre as contas brasileiras, geram um ambiente de penúria. Esses limites são as justificativas freqüentes para que os governantes ignorem as reivindicações dos setores organizados da sociedade civil de caráter popular (Idem).

Embora corroboremos com a assertiva desse autor, a ação reivindicativa ilustrada acima, com o relato do usuário, demonstra que a participação criativa da comunidade local pode possibilitar o rompimento da tradição da cultura política brasileira marcada pelo clientelismo e patrimonialismo que desconhece a existência de esferas públicas, bem como modificar o conseqüente ambiente de penúria imposto pelos limites fiscais do Estado.

Esta cultura política ainda apresenta fortes traços, especialmente em pequenos municípios brasileiros e que vem a se agravar quando os mesmos são privilegiados pelas suas riquezas naturais, como é o caso do município de Macaé.

Faz-se necessário, portanto, engendrar novas formas de participação para que se rompa com essa cultura política que ainda permanece nessa localidade, assim como encontrar mecanismos legítimos para um efetivo controle na aplicação do grande volume de recursos recebidos por esse município.

Para Furtado (2001), a avaliação participativa pode ser um meio para mudança dessa realidade, pois o controle do processo avaliativo por parte dos grupos implicados, a consideração da complexidade e diversidade do contexto, a preocupação com a utilização das informações e do próprio processo avaliativo como dispositivos para o desenvolvimento dos programas e serviços deveriam se tornar diretrizes destinadas a contribuir para a ampliação do papel da avaliação no

SUS e para a capacitação e desenvolvimento de todos os grupos implicados com o sistema público brasileiro. Há uma expectativa de que este desenvolvimento venha a construir homens e mulheres capazes de lutar pelos seus direitos e por uma nova cultura política.

4.5 As relações entre o Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e usuários na condução de práticas avaliativas na política de saúde

Nesta etapa do trabalho de pesquisa objetivamos mapear as relações existentes entre o Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e usuários na condução de práticas avaliativas na política de saúde do município de Macaé. Estes atores sociais, indispensáveis para uma prática democrática no sistema de saúde, uma vez agindo de forma conjunta, em que suas práticas avaliativas são articuladas, vêm permitir que haja uma maior legitimidade na co-gestão em saúde, e um adequado conhecimento da realidade, vista sob diversos ângulos, fortalecendo a sociedade na luta pelos direitos de cidadania.

O encontro com o outro, entre os sujeitos inseridos em diferentes espaços da sociedade como os conselheiros, usuários, representantes do Ministério Público, possibilita que as práticas avaliativas se dêem, no plano dialógico e na ação, produzindo um processo democrático discursivo, desenvolvido em espaços públicos a partir das perspectivas diferenciadas, compartilhadas e apreendidas.

As articulações entre o Conselho Municipal de Saúde e os usuários são realizadas mediante reuniões do conselho, apuração das denúncias e conferências de saúde. No município não há um conselho gestor de unidade, instância que tem permitido alguns Conselhos Municipais de Saúde realizar uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelas comunidades.

Para o Conselho Municipal de Saúde, devido às suas diversas atribuições, torna-se inviável a vivência das inúmeras situações que são experimentadas pelos usuários. Para Campos et al. (2008), o conselho gestor de unidade pode ampliar a capilaridade dessas instâncias, garantindo a inclusão dos usuários na tomada de decisão sobre a definição de suas necessidades na busca por cuidado.

A maneira que tem é através de conferências e as reuniões, toda reunião tem, é feito apresentação, a pessoa mostra o que foi feito e tal.. até pensamos em fazer um jornal, um folder, mas não temos ainda, essa parte não. Teve na última conferência o jornalzinho do Conselho, mas... (CS).

Não é feito, na verdade a população não tem conhecimento do Conselho... muitos dos cidadãos não conhecem e se conhecesse, o conselho ficaria mais forte, porque daria um respaldo para a gente agir (CS).

A importância da participação dos outros usuários é reconhecida pelo conselho como fato de fundamental importância para o fortalecimento dessa instância, atribuindo, assim, uma maior legitimidade em suas ações frente à gestão, pois a política de saúde vista sob a perspectiva do usuário pode fornecer elementos para a gestão compartilhada em saúde.

Em relação à Conferência Municipal de Saúde, de acordo com nossas observações e diálogos com os participantes da XI Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em 2009, não se identificou uma participação mais efetiva e contundente dos usuários. As organizações da sociedade civil, como sindicatos, ONGs, associações, tiveram uma tímida participação e restrita a garantia de inclusão no relatório da conferência da proposta do grupo.

O grupo temático Atenção Básica e Controle Social não se apresentou como grupo de usuários na luta pelos seus direitos sociais, o que se observou foi uma intensa participação de profissionais de saúde e estudantes, com propostas diversas que em muito se assemelhavam àquelas relacionadas no relatório da conferência anterior, e que não se configuravam em propostas que tinham por finalidade fortalecer a atenção básica por meio de um efetivo controle social.

Todavia, sobressaíram-se as vozes dos representantes da gestão, e suas práticas discursivas indicavam, como salientam Guizardi, Pinheiro, Machado (2005), que nessas arenas institucionais, vozes tendem a ser silenciadas e determinadas formas de exercício de poder mantêm-se conservadas. Os atores estatais, especialmente os gestores, tendem a influir significativamente nas negociações de uma conferência, tendo em vista o nível de informação que possuem sobre a área e suas capacidades políticas na formulação e na execução de ações (CÔRTEZ, 2009b).

A existência de uma maioria de representantes dos usuários em uma conferência não significa que esses atores sejam os principais formadores da agenda de discussões e que haja hegemonia no seu processo decisório ou ocupem

posições hierarquicamente superiores na rede de relações sociais que se formam nesses espaços (CÔRTEZ, 2009b).

As Conferências Municipais de Saúde são abertas aos usuários, contudo, devido à incipiente participação desses podemos inferir que este espaço público não se constitui como um espaço de integração das práticas avaliativas dos usuários e Conselho Municipal de Saúde. A Conferência Municipal de Saúde de Macaé recebe críticas de uma conselheira por não se caracterizar como um locus de avaliação do alcance das diretrizes propostas.

Então nós temos que aproveitar essa oportunidade, que nossos governantes que tão ali pra nos servir, são os governos, somos nós, enquanto governamentais ... é unir, governo e não governo e atender essa massa das deliberações das conferências na prática. Tivemos vários avanços sim, porque chegou um ponto de eu dizer que me recuso ir numa conferência, porque vou numa conferência, pra conferir. A gente não pode ficar a gente também tem que buscar é, nortear. Coordenar da melhor forma possível, essa operacionalização, esse gerenciamento das conferências da seguinte forma, quanto menos, quanto menos propostas melhor. Porque você fica criando câmaras temáticas, grupos temáticos, é legal pra dividir, mais nós temos que discutir o que já foi deliberado nas anteriores e você tá passando a mesma coisa (CS2008).

Observamos, portanto, uma precária articulação da sociedade civil com o Conselho Municipal de Saúde e as instâncias gestoras na Conferência Municipal de Saúde, espaço que, a priori, deveria ser o locus privilegiado para negociação das demandas dos usuários. Soma-se a esse quadro, o desconhecimento pela maior parte dos usuários entrevistados, da existência e função do Conselho Municipal de Saúde, agravando o distanciamento dos mecanismos institucionalizados de participação política e seus representados.

Esse desconhecimento pode ser analisado sob dois aspectos: a escassa divulgação dessa instância e a apatia e fragilidade do tecido social, como já aludido anteriormente, ao discutirmos sobre a participação da sociedade na gestão da saúde. Esse primeiro aspecto pode ser ilustrado no relato do conselheiro:

...não tem o trabalho de divulgação do Conselho não... essa divulgação que deveria acontecer sim, acho que se acontecesse seria bem melhor para cidade, porque saberia que tem um órgão que cuida da sua saúde ali e que você pode chegar, e tá sempre brigando em prol disso, então esse aspecto realmente eu, eu não vejo aqui ...só quando tem conferência (CS).

Não até hoje não. Eles nunca chegaram não [convite do Conselho Municipal de saúde para participação em reuniões] (US2).

Diretamente não. Convite nunca houve, deles não nenhum. A única reunião que a gente tem é direto com o posto, com o representante do posto, do posto local (US1).

Essa questão compromete a atuação do Conselho Municipal de Saúde, bem como a legitimidade das demandas dos usuários, uma vez que a gestão deste município dá demasiada ênfase ao Conselho Municipal de Saúde como porta voz da sociedade. Se, para o usuário, sua demanda passa a ser considerada a partir da locução de sua voz por seu representante no Conselho Municipal de Saúde, para o Conselho, essa articulação com a sociedade fortalece a representatividade dos seus representantes e evita a cooptação pela burocracia estatal.

Para o SUS, essa articulação possibilita a consolidação legítima do princípio da participação da comunidade e da democracia participativa, bem como contribui para que as práticas avaliativas e os resultados das avaliações sejam condizentes com o cotidiano e os modos de viver do usuário.

Apesar do esforço na apuração de denúncias e a consideração das experiências dos conselheiros nos serviços de saúde, o Conselho Municipal de Saúde de Macaé compõe um cenário comum do cotidiano de muitos conselhos do país. Segundo Vasconcelos (2009), os conselhos e conferências de saúde ainda têm aberto pouco espaço para a manifestação de dimensões importantes de criação própria do mundo popular no enfrentamento de seus problemas de saúde. Estes têm se dedicado quase exclusivamente a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e não têm apoiado práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade (Idem).

Desse modo, se exige que os conselheiros tenham sofisticados conhecimentos a respeito da gestão do SUS e isso espanta a participação de outras pessoas, ajudando a perpetuar a permanência de lideranças antigas, que vão se distanciando das bases dos movimentos que representam (Idem).

Essa característica dos conselhos e conferências de saúde vem a cooperar para a não instituição de práticas avaliativas onde predomina a solidariedade e participação ampliada e que considera a luta pela saúde existente no meio popular.

No que concerne às relações da sociedade civil e o Ministério Público, como já referenciado no item anterior, sua relação se dá no âmbito da normatização legal da atuação do Ministério Público, geralmente com ações individuais.

A gente recebe representações por escrito, geralmente de cidadãos, não de entidades organizadas e tudo mais, o que acaba até prejudicando (MP).

Uma articulação que consideramos importante na construção social do direito à saúde é a interação entre o Ministério Público e o Conselho Municipal de Saúde. Este é um caminho que está começando a ser delineado no município de Macaé, por uma iniciativa do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, que se estende a todos os municípios do Estado.

Não, ainda é incipiente [articulação do Ministério Público com o Conselho Municipal de Saúde]. Na verdade o que a gente teve aqui foi um curso de capacitação, de explicar. A grande verdade também é que muitas vezes os conselheiros chegam no Conselho sem saber suas atribuições, foi basicamente uma apresentação inicial, explicar o que é o conselho, explicar o funcionamento, a questão das deliberações enfim, um contato bem preliminar. Isso tudo no sentido de fomentar a atuação do conselho. Agora de fato especificamente, como o conselho vem lidando no dia a dia eu não consegui aferir isso (MP).

Em linhas gerais, essa articulação ainda se dá de forma incipiente para que possa refletir em mudanças significativas nos rumos de um novo arranjo participativo. Essa nova configuração que começa a ser delineada tem uma potencialidade de instrumentalizar o conselheiro para, segundo Machado et al. (2006), atuar frente aos gestores de forma mais consistente e eficiente graças a autoridade que lhe é investida por um representante do Ministério Público.

O Conselho, ao incorporar tática, técnicas e enunciados, ao articular-se com o Ministério Público, não apenas modifica o seu modo de abordar problemas e propor soluções, mas também se torna apto a ensejar novas questões, tanto no campo do direito, quanto da saúde (MACHADO et al., 2006). Essa atuação mais qualificada e legitimada do Conselho é reconhecida por um conselheiro que demonstra uma expectativa positiva frente a essa nova parceria:

Então esse caminho aberto que foi feito com o Ministério Público, nos possibilita assim, nos dar respaldo de poder chegar e ver a situação ta assim e tem que mudar. Então nós não recebemos nada por isso, mas temos a garantia de poder chegar ao Ministério Público e solicitar, a situação é essa, e realmente mostrar o que pode ser feito ou não (CS).

Na pesquisa realizada em 2008²⁷, cabe destacar o discurso de uma conselheira, no qual relata a importância e a necessidade dessa parceria.

Precisamos que o Ministério Público, que o poder legislativo, estejam mais presentes, pra acompanhar nas nossas dificuldades e nas nossas reivindicações. Porque é muito mais fácil depois o poder legislativo e o poder judiciário chegar pra cobrar. Mas aí eu pergunto você chegou pra somar? Porque que não sermos

²⁷ Ver item Introdução e Justificativa

parceiros? Trabalho de parceria, porque o Ministério Público tá ali pra fiscalizar. Então porque que ele não se torna participativo? (CS2008).

Conforme sustentam Machado; Pinheiro; Guizardi (2005), a aliança do Ministério Público e conselheiros de saúde, amplia as possibilidade de ação deste, na medida em que o mesmo “passa a perceber de forma mais consistente as rugas de uma dinâmica social que antes, por sua perspectiva distanciada, pareciam planas” (p.58). Diante disso, fazemos o mesmo questionamento da conselheira “*Então porque que ele não se torna participativo?*”.

Tal como é apontado por Asensi (2008), ao analisar essas alianças entre Conselho de Saúde e Ministério Público, a sociedade civil tem muito mais a ofertar ao Ministério Público do ponto de vista jurídico e institucional do que se pensa. Essa aliança possibilita ao Ministério Público ampliar suas possibilidades de ação, na medida em que esse arranjo permite ao seu membro perceber de modo mais consciente as especificidades de uma dinâmica social que, antes, por sua perspectiva distanciada, era para ele abstrata, e por isso, estes têm vislumbrado outras estratégias para a solução de conflitos existentes entre os gestores e conselheiros (Idem).

Todavia, a despeito das vantagens dessa articulação para ambas as entidades, o Ministério Público de Macaé parece não reconhecer que o Conselho, além de contribuir para sua legitimidade, poderia fazê-los entender mais apropriadamente as necessidades da sociedade, tornando-se mais receptivo às suas demandas. Essas vantagens foram relatadas pelos promotores e procuradores de Porto Alegre, entrevistados no estudo realizado por Machado et al. (2006), em que essa articulação tem sido uma prática cada vez mais recorrente na referida localidade.

A constatação de que o Ministério Público de Macaé não analisa essa parceria como um processo de construção coletiva do direito a saúde, em que ambos são beneficiados, pode ser contemplada na seguinte fala, e que demonstra uma relação verticalizada:

...futuramente a gente tem a ideia de fazer outro evento explicando já como é que funciona os indicadores de cada município por exemplo lá no posto de saúde, é questão de atenção básica, o que tem que ter lá? Então quando você for lá, você vai ver isso..é isso importante, porque as vezes o próprio conselheiro ele não tem essa noção. O conselheiro que é da gestão vai dizer que tá sempre tudo maravilhoso, pros profissionais de saúde, eles vão dizer, “- Não é uma falhazinha ,mas que não compromete”, e o usuário vai dizer, “- Não, não sei se tá bom, se não tá bom”, ou

então “- Eu acho que deve ter um neurocirurgião aqui no posto de saúde”, é o que a gente vê com uma certa frequência. Então tem que passar pra eles critérios para que eles possam também avaliar o serviço de saúde... até porque eles [conselheiros] também não tem condições [de realizar uma avaliação dos serviços] (MP).

Neste contexto, a iniciativa do Ministério Público busca instrumentalizar o Conselho com noções de indicadores de saúde para poder fazer sua própria avaliação dos serviços. Se, por um lado, essa iniciativa promove uma maior autonomia e conhecimento da realidade pelos conselheiros, por outro, os cristaliza para um agir restrito à análise dos dados epidemiológicos e desconsidera o saber do conselheiro que vem sendo construído mediante suas próprias práticas avaliativas.

Em relação a essa capacitação dos conselheiros baseada no conhecimento do emprego de indicadores de saúde, salientamos o cuidado que deve ser tomado para que a capacitação, como analisam Guizardi; Pinheiro; Machado (2005) não intervenha nos mecanismos de representação, pois estas podem levar à especialização e elitização desses conselheiros, tendendo a concentrar cada vez mais o contingente de usuários que efetivamente participam dessas instâncias, tornando complicada a substituição dos representantes, sem mencionar que o domínio técnico das questões pode ter como efeito reverso o distanciamento da comunidade na condução dos debates.

Por esse motivo, cabe atentar-se para a não continuidade dessa cristalização dos conselheiros, pois podemos observar que os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Macaé, nas duas gestões consecutivas, permaneceram praticamente os mesmos, alterando apenas as bases que representam.

Embora consideremos relevante as críticas relacionadas às conseqüências de capacitação de conselheiros, acreditamos que essa recente parceria entre o Ministério Público e o Conselho Municipal de Saúde de Macaé pode vir a ser uma iniciativa promissora, representando avanços na utilização de práticas avaliativas na perspectiva do usuário e na afirmação do direito à saúde.

A articulação entre Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e redes de usuários, formando e transformando espaços públicos em que se entrelaçam a ação e o discurso, pode permitir a compreensão das demandas sociais de forma mais clara, possibilitando o conhecimento de importantes aspectos do mundo da

vida, que só são desvendados à medida em que haja respeito à alteridade e revele a importância da luta pelo direito à saúde.

Incluir a dimensão do direito à saúde nos processos avaliativos é mais complexo do que outras dimensões definidas *a priori* no campo da avaliação, constitui um espelho sobre a política que se está implementando e de como está sendo gerida, e, além disso, reúne atributos habilitadores de uma fonte de conhecimento para a reafirmação de sua institucionalização (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Na medida em que ocorre o diálogo entre os sujeitos construtores dos direitos à saúde, a avaliação em saúde, como pontua Penna Firme (2010), torna-se propulsora de transformações educacionais, sociais e culturais e advogada na defesa dos direitos humanos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da avaliação em saúde no Brasil vem sendo estudado de modo mais incisivo nos últimos anos, no entanto, poucos estudos ainda se debruçam sobre um importante ator que deve ser considerado como participante indispensável neste processo – o usuário -, seu saber leva a julgamento de valores e tomadas de decisões mais democráticas e com potencial de transformação que atendam as demandas daqueles que vivenciam o cotidiano dos serviços de saúde.

Este estudo buscou entender as práticas avaliativas destes sujeitos, tanto aqueles usuários que participam de redes sociais ou aqueles que não se sentem participantes destas, assim como os conselheiros de saúde que, de acordo com as prerrogativas legais, representam os usuários do SUS. Para enriquecer nossa análise, buscamos também compreender as concepções e práticas do Ministério Público, pois este vem se destacando no cenário brasileiro como um importante ator na concretização dos direitos sociais entre eles os direitos à saúde.

A busca central deste estudo baseou-se na análise das práticas avaliativas dos usuários do SUS de Macaé, procurando nestas, traços e indícios que conduziram a entender como estas podem qualificar a participação política no SUS.

Pelo caráter metodológico da pesquisa, não é possível generalizar os seus resultados, todavia, a generalização analítica como apontada por YIN (2005), permite que, a partir de proposições teóricas, utilizemos dos resultados de um estudo para compreender outras realidades. Deste modo, podemos observar que, neste município, assim como na maioria dos municípios do país, ainda permanecem práticas avaliativas de gestão centradas na perspectiva normativa, epidemiológica, quantitativa e limitadas pelos sistemas de informações, posicionando o usuário à margem de sua construção, haja vista a sua linguagem ultrapassar os números e ecoar predominantemente os aspectos subjetivos que este tipo de avaliação não consegue dimensionar.

Dado o caráter exploratório desta pesquisa, buscamos conhecer como as práticas avaliativas dos usuários pode vir a qualificar a participação dos mesmos. Para tanto, utilizamos das contribuições de Brandão; Silva; Palos (2005) ao

analisarmos como as práticas avaliativas desses atores qualificam a sua participação a partir das dimensões de poder, motivação, identidade e competência.

Ao tratarmos dos usuários do SUS, isolados ou pertencentes a redes sociais, observamos uma incipiente politização de suas ações. Em sua maioria, suas ações estão relacionadas a projetos assistenciais direcionadas aos seus membros. Apenas uma organização social demonstrou articular-se baseando na luta pelos direitos de cidadania.

Neste sentido, as dimensões de poder, identidade, competência e motivação podem ser observadas apenas para aquela organização que, a seu modo, realizava práticas avaliativas, seja em reuniões com os serviços de saúde local ou utilizando-se de sua criatividade transformadora e meios legais para realizarem uma avaliação e lutar pela concretização das mudanças necessárias.

Assim, podemos perceber que, mesmo não havendo práticas avaliativas formalizadas, organizadas e instituídas entre os usuários, é possível que ações que visem uma organização dos usuários para realizar uma análise crítica da realidade pode traduzir-se em empoderamento, ganho de autonomia e aprendizado organizacional e pessoal. Os usuários passam a se identificar como portadores de direitos e sentem-se motivados a realizar práticas avaliativas ao perceber que estas, além de empoderá-los por meio de construção de autonomia e competência podem transformar a realidade que os cerca.

Ao analisarmos as práticas avaliativas do Conselho Municipal de Saúde, vemos que estas se dão de forma mais organizada e contínua, observamos três tipos de práticas que reconhecemos como práticas avaliativas: apuração de denúncias e consideração das vivências dos conselheiros nos serviços, sendo estas realizadas de modo não sistemático, porém fundamentais na atuação desse fórum, e visitas às unidades de saúde, o que se dá de forma sistemática, com geração de relatórios e acompanhamento das mudanças propostas.

Tais práticas têm possibilitado que os usuários sintam-se mais autônomos e empoderados, especialmente quando se trata de poder de argumentação e exigência para o cumprimento das deliberações, porém, a tomada de decisão ainda se concentra naqueles que detém o saber técnico e administrativo. Suas práticas avaliativas têm possibilitado que os conselheiros construam uma identidade sobre o seu papel na sociedade, atuando não meramente como legitimadores das ações, mas construtores de diretrizes e estratégias de políticas de saúde. Quanto à

motivação, observa-se que, para alguns conselheiros, as respostas da gestão às suas reivindicações os impulsionam a continuar realizando suas práticas avaliativas, demonstrando que o processo de tomada de decisão é fundamental para que a coleta de informação e o julgamento de valor façam sentido para aquele que avalia.

Enfim, em relação à dimensão de poder, identidade e motivação, as práticas avaliativas do Conselho Municipal de Saúde de Macaé tem possibilitado algumas mudanças, seja a nível pessoal, seja coletivo. No entanto, faz-se necessário que os mesmos desenvolvam melhor suas competências avaliativas. Pode-se observar que essas práticas não são articuladas e organizadas, sendo este um passo importante no desenvolvimento de competência avaliativa e na continuidade do processo avaliativo.

A articulação do Conselho Municipal de Saúde de Macaé com os usuários que representa, e com o Ministério Público, ainda se dá de forma bastante incipiente. Todos os usuários entrevistados relataram não articular-se com o Conselho Municipal de Saúde e com o Ministério Público. Identificamos a importância desta articulação como forma de engendrar novos modos de participação que vão além da participação restrita às instâncias formais como Conselhos e Conferências. A articulação destes atores pode permitir que se conduzam práticas avaliativas mais democráticas, com elevado grau de reflexão crítica e negociação de propostas de mudanças no cuidado em saúde que leve a uma significativa transformação das práticas de saúde sob a perspectiva do direito à saúde e da integralidade.

Devido ao baixo grau de articulação da sociedade civil de Macaé, à cultura política baseada no clientelismo e assistencialismo que ainda prevalece em toda a sociedade brasileira e que pode vir a se agravar em locais que recebem grande volume de recursos públicos, ao intenso fluxo migratório da cidade, dificultando o planejamento das ações e participação política dos cidadãos, ao valor atribuído ao saber técnico em detrimento da sabedoria prática do usuário, ainda há um caminho longo a ser trilhado para que o usuário possa desenvolver práticas avaliativas que qualifiquem sua participação.

Ainda assim, apesar de incipiente, as poucas práticas avaliativas que identificamos permitiram-nos afirmar que é possível que estas conduzam o usuário a conquistar e saber lidar com o poder, ser autônomo, identificar-se como sujeito e

não objeto das práticas de saúde, e motivar-se para lutar para a mudança de nossa cultura política e pela transformação social que tanto a sociedade brasileira almeja.

Faz-se também necessário que o poder público reconheça e valorize o usuário como portador de saberes válidos, sendo a avaliação em saúde um processo que deve retomar a autonomia dos sujeitos, ao sentirem-se implicados e co-responsáveis pela gestão do seu cuidado. Uma avaliação, portanto, só faz sentido se considerar o saber do outro.

Somente aquele que vivencia a realidade, em uma construção coletiva onde se articula o saber popular e o saber científico, pode coletar informações, julgá-las e utilizá-las para uma criativa transformação social. Os usuários têm suas próprias interpretações da realidade e, suas soluções e tomadas de decisões tem o mesmo valor que as possíveis explicações técnicas e políticas que são extremamente valorizadas no atual cenário da gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Informação em Saúde Suplementar. Dados Gerais**. 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=8A9588D425FEC1700126057CFDC40CCD>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

ASENSI, F. D. **Juridicização das relações sociais e Ministério Público: novas estratégias e desafios na efetivação do direito à saúde**. 2008. 209 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 925-934, 2002.

AYRES, J. R.. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. In:_____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. p. 107-128.

BELLATO, R; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. Itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 197-215

BECKER, D. et al. *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde*. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 655-667, 2004

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L.M.; MERCADO, F.J (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.

BRANDÃO, D. B.; SILVA, R. R.; PALOS, C. M. C. Da construção de capacidade avaliativa em iniciativas sociais: algumas reflexões. **Ensaio: Aval. Pol. Públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 48, jul./set. 2005. p. 361-364.

BRANDÃO, D. B. et al. **Avaliação como prática de renovação**. [2005]. Disponível em: <[www.institutofonte.org.br/conteudo/avalia %C3%A7%C3%A3o-como-pr%C3%A1tica-de-renova%C3%A7%C3%A3o](http://www.institutofonte.org.br/conteudo/avalia/C3%A7%C3%A3o-como-pr%C3%A1tica-de-renova%C3%A7%C3%A3o)>. Acesso em: 13 de jul. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 set. 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 03 de mar. 2010.

CAMARGO JR, K. R. Epistemologia numa hora dessas?: os limites do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 157-169.

CAMPOS, E. M. S. et al. Tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na atenção básica: a experiência do município de Juiz de Fora. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p.129-152.

CASTRO, A. O. (Org.). **Impactos sociais do desenvolvimento da atividade de exploração e produção de petróleo nas regiões das Baixadas Litorâneas e do Norte Fluminense**. Nota Técnica 13. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:< <http://www.royaltiesdopetroleo.ucam-campos.br/index.php?cod=4>> Acesso em: 14 mar. 2010

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

COHN, A. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

CORRÊA, M. M. Royalties do setor petrolífero e desigualdades regionais no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Geographia**, Niterói, v.6. n.11, p. 63-77, 2004.

CÔRTEZ S. V. Introdução: Atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: _____. (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009a. p.19-40.

CÔRTEZ, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S. L.; COSTA, L. V. (Org.). **Participação democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009b. p.102-128.

CÔRTEZ, S. V. et al. Conselhos municipais de saúde da região metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: _____. (Org.). **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.145-176.

COSTA, R. C. R. **Exclusão social e desenvolvimento humano**: um mapeamento das desigualdades e do desenvolvimento sócio-econômico do município de Macaé. Análise Sociológica da Pesquisa Domiciliar do Programa Macaé Cidadão 2001-2003. Macaé: Silva Santos, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-45.

CRUZ, B. O.; RIBEIRO, M. B. Sobre as maldições e bênçãos: é possível gerir recursos naturais de forma sustentável? Uma análise sobre os *royalties* e as compensações financeiras no Brasil. **Texto para discussão nº1412**. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/08_10_29_Royalties.pdf> Acesso em: 04 de abr. 2010.

DALLARI, S. G. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 531-540, out./dez, 1996

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.1, p. 57-63, 1988.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulação com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p 103-107, 1997.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa**. 9. ed. Campinas: Autores Associados, 2008

DERMATEAU, M. A. A. A theoretical framework and grid for analysis of programme-evaluation practices. **Evaluation**, London, v. 8, n. 4, p. 454-473, 2002

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S. L.; LOBATO, L. de V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.p. 229-247.

FELISBERTO, E. et al. Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 59-72.

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

FEDOZZI, L. J. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In: FLEURY, S. L.; LOBATO, L. de V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 204-228

FERNANDES, C. F. A. **Evolução da arrecadação de royalties do petróleo no Brasil e seu impacto sobre o desenvolvimento econômico do estado do Rio de Janeiro**. 2007. 72f. Monografia (Bacharelado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007

FOUCAULT, M. Aula de 07 de janeiro de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 3-26.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 165-181, 2001

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 267-2680, Nov. 2008

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26 – 44, jan./mar. 1991.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p. 20-31, ago. 2004.

GOMES, R. S. A influência dos *royalties* de petróleo no gasto social: O caso dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. In: **VIII Encontro ABRES**. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/pdf/02.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2010.

GUIZARDI, F. L. **Do controle social à gestão participativa: perspectivas pós-soberanas para a participação política no SUS**. 2008. 259 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS, 2006. p. 9-23.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucional. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006a. p.369-384.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 797-805, 2006b.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 225-238.

GUIZARDI, Francini L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jun. 2004.

GUIZARDI, F. L. **Participação política e os caminhos da construção do direito a saúde**: um estudo de caso sobre a pastoral da saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha. 2003. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: SAGE, 1989.

HARTZ Z. M. A.; SANTOS, E. M. dos; MATIDA, A. H.. Promovendo e analisando o uso e a influencia das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In:_____. **A meta-avaliação de atenção básica à saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 325-340.

IBGE. **IBGE cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

JORNAL O DEBATE. **Conselhos de fiscalização dos royalties é criado em Macaé**. Macaé, 04 abr. 2010. Disponível em: <**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**>. Acesso em: 04 jun. 2010.

KAUCHAKJE, S. Solidariedade política e constituição de sujeitos: a atualidade dos movimentos sociais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v.23, n.3, p. 667-696. set./dez. 2008.

LAPPIS. Práticas Avaliativas na Atenção Básica na Saúde no Estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre sistema de controle e monitoramento de ações de saúde. **Relatório de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2008. Mimeografado.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 537-547, 2002

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: NÍSIA, T. L. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis do clientelismo empresarial. In: FLEURY,

S.; LOBATO, L. de V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 17-204.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. p. 27-32.

MACAÉ (RJ). Prefeitura Municipal. **Dados**. Disponível em: <[http://www.macaee.rj.gov.br / conteudo.php?idCategoria=27&idSub=27&idConteudo=37](http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo.php?idCategoria=27&idSub=27&idConteudo=37)>. Acesso em: 10 mar. 2010a

MACAÉ (RJ). Prefeitura Municipal. **Petróleo e desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo.php?idCategoria=27&idSub=27&idConteudo=41>>. Acesso em: 10 mar. 2010b.

MACAÉ (RJ). Prefeitura Municipal. **Royalties impulsionam o progresso**. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo.php?idCategoria=27&idSub=190&idConteudo=44>>. Acesso em: 10 mar. 2010c.

MACAÉ (RJ). Prefeitura Municipal. **Royalties: prefeito, governador e presidente da Alerj na defesa do Rio**. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/prefeito/noticias.php?page=leitura&idNoticia=19907>>. Acesso em: 16 mar. 2010d.

MACAÉ (RJ). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão: Exercício 2007**. Macaé, 2007.

MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 47-63.

MACHADO, F. R. S. et al. Novos espaços e estratégias na gestão em saúde pública: notas sobre parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 25-35.

MARTINS, P. H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 115-142.

MARTINS, P. H. MARES: metodologia de análise de redes do cotidiano: aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2009. p. 61-89.

MATTOS, R. A. de. Cuidado prudente para uma vida decente
In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.119-132.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 39-64.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAIS C. Saúde e educação são apontadas como as áreas que mais sofrerão com queda brusca de *royalties*. **Jornal O Debate**, Macaé, 05 mar. 2010. Disponível em: <**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**>. Acesso em: 20 de mar. 2010.

MORITA, I.; GUIMARAES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-57, abr. 2006.

NOGUEIRA, P. Pobres Cidades Ricas: Riqueza que não traz felicidade. **UNESP Ciência**, Campinas, ano 1, n. 5, fev. 2010.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.56-69, maio/ago., 2004

PACHECO, C. A. G. O impacto dos *royalties* do petróleo no desenvolvimento econômico dos municípios da região Norte Fluminense. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE P&D EM PETRÓLEO E GÁS, 3., 2005, Salvador. **Anais eletrônicos...** Disponível em:< http://www.portalabpg.org.br/PDPetro/3/trabalhos/IBP0181_05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 91-112.

PENNA FIRME, T. **Os avanços da avaliação no século XXI**. Disponível em: <<http://www.cenpec.org.br/modules/editor/arquivos/c8a0633f-4d01-eae6.pdf>> Acesso em: 15 de mar. 2010

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In:_____. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2009.p. 15-25.

PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A. G. da. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2009. p. 37-52.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 255 – 262.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 17-42.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.p. 15-28

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Apresentação: construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidades e poder. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

PINHEIRO, Roseni. A dinâmica dos conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro: três estudos de casos (Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana). **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, set./out., 1996.

PIZZOL, R. A.; FERRAZ, F. T. Riqueza e exclusão social: o paradoxo dos *royalties* do petróleo. **Rev. Produção Online**, Florianópolis, v. 10. n.1, 2010. Disponível em:<www.producaoonline.org.br> Acesso em: 10 mar. 2010.

PISCO, Luis Augusto. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 566-568. 2006

QUINTELLA, S. F. Os *royalties* de petróleo e a economia do estado do Rio de Janeiro. **Tribunal de Contas do Estado do Rio De Janeiro**. Setembro, 2002. Disponível em: <<http://www.tce.rj.gov.br/main.asp?Team={8E471C4D-5554-4D68-A24E-E0BFB0A01768}>> Acesso em: 10 mar. 2010

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria de Saúde do Estado. **Plano diretor de regionalização**. Rio de Janeiro, 2001

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987

SILVA JUNIOR, A. G. da S., MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed., Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 241-257

SILVA, E. T. **Desenvolvimento local e criminalidade urbana em Macaé/RJ**. 2003. 54f. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) – Centro de Ciência do Homens, Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2003

SILVA, L. L. da. **O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé a partir das representações sociais de seus usuários**. 2008. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, V. M. N. et al. Trajetória assistencial em Piraí: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 225 - 232

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. B. Os quatro elementos da avaliação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 59-66. abr./jun., 2003

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida e MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 683-688, 2007.

SILVA, Leonardo de Carvalho. **Urbanização e segregação socioespacial em Macaé / RJ**. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2004.

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES. **Royalties + Participações Especiais Anuais sobre Receita Tributária, 2008/2010**. Campos dos Goitacazes, 2010. Disponível em: < <http://inforoyalties.ucam-campos.br/>.> Acesso em: 04 abr. 2010

VALLA, Victor V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, mar. 1992

VALLA, Victor Vincent. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.4, n.7, p.37-56, 2000.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14. supl. 2, p. 507-518, 1998

VASCONCELOS, E. M.. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sonia, LOBATO, L. de V. Costa (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.p. 270-288.

VIEIRA da SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz Z. M. A.; VIEIRA da SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VIEIRA da SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 80-91, jan./mar., 1994

VIANA, A. L. D; FARIA, R. PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p.135-150.

ZÚÑIGA, R. B.; LAPERRIÈRE, H. Avaliação comunitária: conflitos verticais e ambigüidades metodológicas. In: BOSI, M. L.M; MERCADO, F.J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 118-144.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

____ Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulada Usuário e avaliação em saúde: um estudo sobre concepções e práticas dos atores em processos avaliativos no SUS de Macaé, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Roseni Pinheiro e de responsabilidade de Gizelly Braga Pires a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 75 91248841 e-mail gizellyp@yahoo.com.br

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é Analisar as concepções e práticas dos usuários em processos avaliativos no SUS de Macaé, a partir da perspectiva da participação política dos atores no Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e redes de usuários

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada, observação e coleta de documentos, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e seus orientadores.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seus orientadores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248, fax (x-21) 2264-1142 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____