



# **Avaliação de Projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

---

JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ  
MARCO ANTONIO DE MORAES

ORGANIZADORES

**HUCITEC EDITORA**

*Saúde em Debate* 248  
direção de  
Gastão Wagner de Sousa Campos  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Maria Cecília de Souza Minayo  
Marco Akerman  
Marcos Drumond Júnior  
Yara Maria de Carvalho

EX-DIRETORES

David Capistrano Filho  
Emerson Elias Merhy

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE (1533-1592).  
*Ensaíos*. “Da semelhança dos pais com os filhos”.  
Trad. Sérgio Milliet

- Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)
- Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia) 1997-2008*, Jorge José Santos Pereira Solla
- Semiótica, Afecção e o Trabalho em Saúde*, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos
- Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares*, Marcelo Castellanos
- Poder, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana*, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena
- Política e Gestão Pública em Saúde*, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)
- Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência*, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)
- O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções*, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Otani (orgs.)
- Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde*, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluísio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)
- Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família*, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind
- Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS*, Maria Lucia Frizon Rizzotto
- Masculino e Feminino: a Primeira Vez. A Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência*, Silmara Conchão
- Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação*, João José Neves Marins & Sergio Rego (orgs.)
- Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática*, Maria Inês Nogueira
- Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica*, Raimunda Magalhães da Silva, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)
- Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde*, Nelson Filice de Barros (org.)
- Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado*, Áquilas Mendes
- A Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde*, Georges Maguerez
- Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
- Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ)*, Suely Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni, Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)
- Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil*, Mário Scheffer
- Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*, Rosana Onocko Campos
- A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos*, Paulo Henrique Fernandes Silveira
- Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde* (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto & Alexandre de Oliveira Henz
- Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha & Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)
- Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares*, Marilene Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)
- Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva*, Giovanni Gurgel Aciole
- Diálogos sobre a Boca*, Carlos Botazzo
- Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos*, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva & Samira Valentim Gama Lira
- Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos*, Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy
- Adoecimentos e Sofrimentos de Longa Duração*, Ana Maria Canesqui (org.)
- Os Hospitais no Brasil*, Ivan Coelho
- As Bases do Raciocínio Médico*, Fernando Queiroz Monte
- A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-1985)*, Felipe Monte Cardoso
- Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização*, Ana Luiza d'Ávila Viana
- Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*, Solange L'Ábbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato (orgs.)
- Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS*, Kathleen Elane Leal Vasconcelos & Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)
- Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios*, José Patrício Bispo Júnior (org.)
- Educação Popular na Universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)*, Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Murilo Leandro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (orgs.)
- Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso*, João Henrique Scatena, Ruth Terezinha Kehrig & Maria Angélica dos Santos Spinelli (orgs.)
- Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde da Secretaria da Saúde de São Paulo*, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Marco Antonio de Moraes (orgs.)

Avaliação de Projetos  
na lógica da promoção da  
saúde na Secretaria de Estado  
da Saúde de São Paulo

de Juan Carlos Aneiros Fernandez  
na Hucitec Editora

*Promoção da Saúde e Gestão Local,*  
com Rosilda Mendes

*Juventude e Segurança: Proteção Osasco,*  
com Marisa Campos, Dulce Helena Cazzuni  
& Paulo Fiorilo (orgs.)

*Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa  
social com jovens em Osasco, SP,*  
com Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)

*Promoção da saúde e gestão local,*  
com Rosilda Mendes (orgs.)

Juan Carlos Aneiros Fernandez  
Marco Antonio de Moraes  
ORGANIZADORES

Avaliação de Projetos  
na lógica da promoção da  
saúde na Secretaria de Estado  
da Saúde de São Paulo

Hucitec Editora  
Cepedoc Cidades Saudáveis  
São Paulo, 2014

© Direitos autorais, 2013, da organização de  
Juan Carlos Aneiros Fernandez & Marco Antonio de Moraes.

Direitos de publicação reservados por

Hucitec Editora Ltda.,  
Rua Águas Virtuosas, 323  
02532-000 São Paulo, SP.  
Telefone (55 11 2373-6411)  
www.huciteceditora.com.br  
lerereler@huciteceditora.com.br

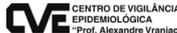
Depósito Legal efetuado.

Coordenação editorial  
MARIANA NADA

Assessoria editorial  
MARIANGELA GIANNELLA

Circulação  
comercial@huciteceditora.com.br / jmrlivros@gmail.com  
Tel.: (11)3892-7772 – Fax: (11)3892-7776

Apoio:



CIP-Brasil. Catalogação na Publicação  
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

A464

Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo / organização Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marco Antonio de Moraes. – 1. ed. – São Paulo : Hucitec : Cepedoc Cidades Saudáveis, 2014.

324 p. ; 21 cm. (Saúde em Debate ; 248)

Inclui bibliografia e índice  
ISBN 978-85-8404-016-2

1. Educação médica – Brasil. 2. Medicina – Estudo e ensino – Brasil. 3. Pessoal da área médica – Treinamento – Brasil. I. Fernandez, Juan Carlos Aneiros. II. Moraes, Marco Antonio de. III. Série.

14-13949

CDD 610.70981  
CDU 378:61(81)

# SUMÁRIO

11 Sobre os Autores

17 Apresentação

Marco Antonio de Moraes

21 Nota sobre os conteúdos

Os Organizadores

PARTE I

OS REFERENCIAIS TEÓRICOS

Capítulo 1

25 **Promoção da saúde: desenvolvimento e princípios**

Elisabete Agrela de Andrade

Lucia Marcia André

Marcia Faria Westphal

Capítulo 2

56 **Avaliação em promoção da saúde: fundamentos para uma prática inclusiva**

Daniele Pompei Sacardo

Rosilda Mendes

Capítulo 3

87 **Abordagens e técnicas para avaliação em promoção da saúde: “modos de fazer”**

Daniele Pompei Sacardo

Cláudia Maria Bógus

Marcia Faria Westphal

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins

PARTE II

RESULTADOS DO PROCESSO: AVALIAÇÕES

Capítulo 4

113 **Análise quali-quantitativa do Curso de Avaliação em Promoção da saúde**

Cláudia Vieira Carnevalle

Cláudio Celso Monteiro Junior

Dalva Maria de Oliveira Valencich

Marco Antonio de Moraes

Maria Cristina Horta Vilar

Míriam Matsura Shirassu

Sonia Angélica Coria

Capítulo 5

139 **Processo de trabalho e constituição de redes intersetoriais no enfrentamento da violência: modos de produzir subjetividades**

Daniele Pompei Sacardo

Capítulo 6

152 **Avaliação do processo de implantação da “Rede Intersetorial para a Prevenção das Violências contra**

**Crianças e Adolescentes: Projeto Guarulhos, Cidade que Protege”**

Nilce Helena de Paula Kezh

Jandira Américo Soares

Capítulo 7

183 **Resenhas**

Daniele Pompei Sacardo (elaboração)

Capítulo 8

196 **Efetividade dos processos de capacitação ou Educação Permanente**

Elisabete Agrela de Andrade

Capítulo 9

212 **Avaliação da “Capacitação para profissionais de nível superior de diversos setores dos serviços públicos municipais, realizado pelo Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami)”**

Carmen Lígia Sartorão Miachon

Ivani Gonçalves de Magalhães

Capítulo 10

233 **Resenhas**

Elisabete Agrela de Andrade (elaboração)

Capítulo 11

242 **Gestão e processos decisórios em projetos de violência**

Lucia Marcia André

Capítulo 12

- 251 **Análise de dados dos agravos de violência dos GVE 21 de Presidente Prudente e GVE 22 de Presidente Venceslau nos anos 2009 a 2012 do Sinan e sua influência na execução de projetos na região**

Eliz Marcia da Silva Vruck

Maria do Rosario Melo Boin

Marlene Mendes Silva Samacena

Lucia Marcia André

Capítulo 13

- 263 **Resenhas**

Lucia Marcia André (elaboração)

Capítulo 14

- 278 **Motivos de adesão e mudanças ocorridas na vida dos usuários do Projeto Caja+Saúde em Cajamar (SP)**

Nilcéa de Souza Salomão

Capítulo 15

- 307 **Resenhas**

Douglas Roque Andrade (elaboração)

- 315 **Posfácio**

Juan Carlos Aneiros Fernandez

## SOBRE OS AUTORES

Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DCNT/CVE/CCD/SES-SP:

**Marco Antonio de Moraes.** Enfermeiro. Doutor e mestre em Saúde Pública. Diretor da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT/CVE/CCD/SES-SP. Coordenador do projeto “Monitoramento e Avaliação de Programas e Projetos de Prevenção de Acidentes e Violências na Lógica da Promoção da Saúde no Estado de São Paulo” e organizador desta publicação.

**Cláudia Vieira Carnevalle.** Psicóloga. Mestre em Gestão de Qualidade; Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

**Cláudio Celso Monteiro Junior.** Sociólogo. Mestre em Gestão de Saúde; Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

**Dalva Maria de Oliveira Valencich.** Enfermeira sanitária. Especialista em Dependência Química; Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

**Maria Cristina Horta Vilar.** Médica reumatologista, médica do tráfego e mestre em Ciências; Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

**Miriam Matsura Shirassu.** Médica. Mestre em Epidemiologia; Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

**Sonia Angélica Coria.** Enfermeira sanitaria e especialista em Gestão; Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT/CVE/CCD/SES-SP.

Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis – Cepedoc

**Marcia Faria Westphal.** Professora do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, presidenta e pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc.

**Cláudia Maria Bógus.** Professora do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc.

**Daniele Pompei Sacardo.** Psicóloga. Pós-Doutoranda em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc.

**Douglas Roque Andrade.** Professor do curso de Educação Física e Saúde da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

**Elisabete Agrela de Andrade.** Psicóloga. Doutoranda em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc.

**Juan Carlos Aneiros Fernandez.** Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e Pesquisador do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc. Coordenador do “Curso de promoção da saúde e avaliação em promoção da saúde” e organizador desta publicação.

**Lucia Marcia André.** Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc.

**Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins.** Pesquisadora do Instituto de Saúde (SES-SP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRH/SES-SP).

**Rosilda Mendes.** Professora da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, no Eixo Trabalho em Saúde e Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc.

### **Grupos de Vigilância Epidemiológica e Regionais de Saúde do Estado de São Paulo**

**Carmen Lígia Sartorão Miachon.** Psicóloga. Diretora Técnica de Saúde I – DRS XIV.

**Débora Assis de Oliveira Furlan.** Psicóloga formada pela PUC/SP com especialização em Tecnologias em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Área Técnica de Acidentes e Violências do Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE XXVII – São José dos Campos.

**Edvânia Lourdes do Carmo.** Pedagoga e Licenciatura em Matemática – GVE XXIX – São José do Rio Preto.

**Eliane Ribeiro Rosa.** Química com Atribuição Tecnológica – Departamento Regional de Saúde de Barretos.

**Eliz Marcia da Silva Vruck.** Enfermeira. Especializações em Saúde Pública, Pedagogia na Área da Saúde em Enfermagem, e Multiprofissional em Saúde da Família – GVE XXII – Grupo de Vigilância Epidemiológica de Presidente Venceslau.

**Fátima Aparecida Ribeiro.** Médica sanitarista pela Medicina Preventiva e Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e Mestre em Medicina Preventiva – FM/USP – Grupo de Vigilância Epidemiológica GVE XXVII – São José dos Campos.

**Isabel Aparecida Stefano.** Formação: enfermeira. Especializações em Saúde Pública, Administração Hospitalar, Enfermagem do Trabalho, Gestão, Gestão da Clínica nas Redes de Atenção, Preceptoria no SUS (cursando) e aluna do Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Medicina de Marília – DRS IX-Marília.

**Ivani Gonçalves de Magalhães.** Psicóloga – Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista – DRS XI.

**Jandira Américo Soares.** Assistente social. Especialização em Saúde Mental. Diretor Técnico I do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo DRS I.

**Maria Aparecida Pavarino Teixeira.** Cirurgiã-dentista. Diretor do Núcleo de Humanização – CDQ/SUS – DRS XV – São José do Rio Preto.

**Maria Miguelon.** Terapeuta ocupacional – GVE XIV Barretos, SES/CCD/CVE/GVE.

**Marlene Mendes Silva Damacena.** Pedagoga, com especialização em Saúde Pública. Diretor Técnico I do Departamento Regional de Presidente Prudente – DRS XI.

**Miriam E. S. Xavier Hisano.** Enfermeira, Unifesp / Pós-Graduação em Administração Hospitalar / Saúde Pública / Enfermagem do Trabalho – GVE XXV – Santos.

**Nilce Helena de Paula Kezh.** Enfermeira, com especialização em Saúde do Trabalhador e em Gestão do SUS/Fundap – Diretora do GVE VIII – Mogi das Cruzes.

**Nilcéa de Souza Salomão.** Assistente social da Secretaria de Estado da Saúde São Paulo (SES/SP) – Coordenadora de Controle de Doenças (CCD) – Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) – GVE IX – Franco da Rocha.

**Regina Claudia Gomes.** Fonoaudióloga – Departamento Regional de Saúde III – Araraquara.

**Sandra Maria da Silva.** Pedagoga – DRS XV – São José do Rio Preto.

**Sandra Regina Lourenço Gomes.** Cirurgiã-dentista – Diretor do Núcleo de Educação Permanente – CDQ/SUS - DRS XV – São José do Rio Preto.

**Selma Cristina Bueno De Nardi.** Enfermeira. Especializações em Saúde do Trabalhador. – Diretor técnico de Saúde I – Grupo de Vigilância Epidemiológica de Bauru – GVE XV.

**Sonia Maria Olhas Gouvêa.** Pedagoga – DRS XV – São José do Rio Preto.

**Vania Maciel.** Odontóloga. Técnica da Vigilância Epidemiológica de Santo André GVE VII SES/CCD/CVE.

**Walkiria Helena Alves.** Psicóloga – GVE XXIX – São José do Rio Preto.



## APRESENTAÇÃO

A PROMOÇÃO DA SAÚDE é uma rica estratégia que contribui para a construção de ações que possibilitem responder às determinações sociais em saúde.

A atenção e o investimento na área de promoção da saúde em nosso país vêm se mostrando mais evidentes desde a instituição da Política Nacional de Saúde em 2006, quando mudanças importantes no cenário nacional e internacional da saúde pública evidenciaram novos desafios e necessidades de reformulação dessa política que se encontra atualmente em fase de reconstrução.

A área de promoção da saúde está em expansão tanto no primeiro setor (governo-Estado), segundo setor (comércio-empresas) e terceiro setor (Ongs), o que evidencia a importância do investimento contínuo nas atividades de avaliação de suas ações.

O cerne de uma avaliação é um projeto experimental ou programa, algumas vezes chamado de intervenção; uma das maiores tarefas da avaliação é julgar o mérito de um projeto.

No Brasil existe uma escassez em publicações sobre avaliação em promoção da saúde objetivando demonstrar efeitos e impactos de ações realizadas nesta área. Aliado a esse fato a Divisão de Doenças Crônicas Não Transmis-

síveis (DVDCNT) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) observou a necessidade de aprimoramento na avaliação dos vários projetos cadastrados desde o ano de 2009 em seu Observatório de Promoção da Saúde (OPS).

Diante de tal lacuna, a DVDCNT do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) resolveu investir esforços na realização de uma capacitação em avaliação de projetos em promoção da saúde, tendo em vista a relevância de criar uma janela de oportunidades para discussão desse tema.

A partir dessa constatação, a DVDCNT identificou o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis (Cepedoc) como instituição de excelência, adequada para conduzir o processo de capacitação em avaliação por meio de curso específico sobre esta temática, planejado e organizado durante o ano de 2012 e realizado no período de março a novembro de 2013, com uma carga horária de cem horas, destinado a representantes da DVDCNT, dos 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) e das 17 Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.

A publicação deste livro marca uma contribuição relevante para a prática da promoção da saúde na ótica da avaliação e reúne as principais discussões e conclusões dos projetos apresentados pelos participantes do curso realizado, reafirmando o compromisso da DVDCNT no apoio e assessoria às iniciativas de atuação nas ações de promoção da saúde contribuindo assim para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, pois certamente servirá de inspiração e orientação para o desenvolvimento da avaliação em promoção da saúde.

Pretendemos e esperamos com esta publicação contribuir na difusão de reflexões ocorridas no processo de operacionalização deste trabalho, levando conseqüentemente a melhor atuação em avaliação de ações de promoção da saúde condizentes com as atuais exigências de uma área em franco crescimento.



## NOTA SOBRE OS CONTEÚDOS

O CAPÍTULO 1 APRESENTA o contexto de desenvolvimento da promoção da saúde, suas interfaces às demais áreas da saúde e sua distinção em relação à prevenção de doenças, apresentando, ainda, os princípios e conceitos que a fundamentam. O Capítulo 2 discute o alcance da avaliação em promoção da saúde na inclusão de atores sociais nos processos de transformações de realidades e explora as diferentes perspectivas em ela vem sendo realizada. O Capítulo 3, que está voltado para os modos de se fazerem as avaliações, explora as principais abordagens e técnicas empregadas nos projetos avaliativos em promoção da saúde.

No Capítulo 4 o grupo da CVE/DCNT, que capitaneou os investimentos para a oferta do curso, apresenta a avaliação que fez dele em uma perspectiva composta tanto por variáveis técnico-administrativas quanto pela identificação de fatores motivacionais e de expectativas entre os participantes.

O Capítulo 5 baseia-se em diversas experiências de avaliações desenvolvidas nesse processo para refletir sobre o emprego de avaliações permitirem a discussão dos próprios processos de trabalho, a constituição de redes, sendo esses exemplos claros da produção de subjetividades.

O Capítulo 6 apresenta uma experiência de avaliação em torno da temática da intersetorialidade e demais trabalhos que contribuíram para a construção da reflexão em torno da temática explorada no Capítulo 5 são resenhados no Capítulo 7.

Processo semelhante de reflexão baseado em reunião temática de vários projetos de avaliação levados a cabo pelos participantes do curso é apresentado em torno da discussão sobre a educação permanente no Capítulo 8. Uma experiência de avaliação nessa temática é apresentada integralmente no Capítulo 9, que tem como objeto de interesse um processo de capacitação realizado recentemente. No Capítulo 10 são apresentadas as resenhas sobre experiências de avaliações reunidas em torno dessa temática da educação permanente.

O Capítulo 11 desenvolve um argumento sobre as relações entre os processos de gestão e processos decisórios, e as experiências avaliativas que foram reunidas em torno dessa temática. Uma experiência de avaliação com essa temática é apresentada integralmente no Capítulo 12 e no Capítulo 13 as resenhas de avaliações que foram reunidas em torno da mesma temática.

O Capítulo 14 apresenta, integralmente, uma experiência de avaliação de projeto de promoção da saúde desenvolvido no município de Cajamar (SP) e é seguido pelo Capítulo 15, que apresenta resenhas de experiências avaliativas, e por um Posfácio, que encerra o relato desta experiência.

Esperamos que aproveitem a leitura!

PARTE I  
OS REFERENCIAIS TEÓRICOS



Elisabete Agrela de Andrade  
Lucia Marcia André  
Marcia Faria Westphal

## Capítulo 1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESENVOLVIMENTO E PRINCÍPIOS

### Contextos e desenvolvimento

O CONCEITO DE SAÚDE criado pela Organização Mundial de Saúde quando de sua criação em 1946: “saúde é o estado de perfeito bem-estar biológico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença” representou um grande avanço no que diz respeito à história da saúde pública e da medicina social. Foi a primeira vez que saúde definiu-se pelo seu aspecto positivo e não como a ausência de algo (doença). Todavia, essa definição da OMS ainda estava carregada de forte conotação utópica: ao se referir à saúde como um “estado de perfeito bem-estar”, pensa-se que ela é um ideal a ser atingido, algo a que devemos aspirar ao longo de uma trajetória, um estado perfeito.

A Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata (1978), por sua vez, considerou que a saúde era mais que um “estado de perfeito bem-estar”: era um direito fundamental do ser humano e deveria ser a principal meta social de todos os governos. O lema principal da carta que fechou essa conferência era: “saúde para todos no ano 2000”.

Ainda que o texto da declaração de Alma-Ata reconhecesse que o “cuidado da saúde em sua dimensão setorial

e de envolvimento da própria população, superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde” (Ferreira & Buss, 2002, p. 10), a questão relativa aos aspectos mais diretamente ligados ao conceito de saúde em seu sentido mais convencional – a atenção primária à saúde – foi o aspecto mais enfatizado e visto não só como fator de viabilidade para a universalização dos cuidados em saúde, como estratégia, inclusive de diminuição das iniquidades em saúde (Ferreira & Buss, 2002). Essas ações básicas pareciam ser “receitadas” principalmente para os países menos desenvolvidos, visto que os países do Velho Mundo e o Canadá no Novo Mundo pareciam viver outro movimento.

Diante da crise do Estado de Bem-Estar Social, devido ao esgotamento dos recursos dos Estados e da incapacidade de atenderem às necessidades de toda a população, que demandava por benefícios e auxílios, começou um movimento nesses países para o reconhecimento da influência de outras condições determinantes da saúde e da qualidade de vida, além da assistência à saúde.

Portanto, a saúde passa a ser vista como resultante de uma complexa rede de fatores que se inter-relacionavam e não apenas o resultado da interação entre a tríade epidemiológica agente–hospedeiro–meio ambiente.

Segundo Ferreira & Buss (2000), foi em 1974 que se divulgou um documento conhecido como *Informe Lalonde*, que discutia o alcance das ações dos serviços de saúde e demonstrava que a maioria dos agravos à saúde da população estavam mais ligados a aspectos tais como estilo de vida e meio ambiente. Uma das justificativas para essa nova abordagem foi a mudança do perfil de morbimortalidade da população: as mortes por doenças infectocontagiosas diminuía e cresciam as por doenças crônico-de-

generativas, acidentes e violências (Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT).

Como assinalam Ferreira et al. (2013, p. 2), “A grande contribuição do *Informe Lalonde* foi a divulgação de um novo conceito de «campo da saúde», em oposição à sua perspectiva tradicional, intimamente associado à medicina, vista como fonte de todos os avanços na saúde”. Isso colocaria os elementos *biologia humana, meio ambiente e estilo de vida* em situação de equivalência em relação ao *sistema de saúde*.

Segundo esses autores, a noção de risco epidemiológico está subjacente a esse novo conceito de “campo de saúde” da mesma forma que está fortemente associada ao elemento “estilo de vida” mais do que ao elemento “meio ambiente”, razão pela qual o *Informe Lalonde* sofre muitas críticas, uma vez que reduzir os estados de saúde aos comportamentos dos indivíduos acaba por culpabilizá-los (Ferreira et al., 2013).

Pode ser visto mais adiante o quanto essa conceituação influenciou a constituição da área da promoção da saúde, apesar de importantes esforços de definições em sentido contrário terem sido aportados já no início da década de 1980 (WHO, 1984). Tais definições levariam a uma passagem do foco de atenção aos grupos de risco para o foco de atenção ao conjunto da população e não responsabilizaria exclusivamente o indivíduo por sua saúde.

Os esforços de definição prosseguiram e, em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, ocorreu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde ao final da qual foi publicada a *Carta de Ottawa*, que estabeleceu o marco referencial da promoção da saúde.

A nova agenda da Promoção da Saúde ampliou o campo de ação da saúde, uma vez que concebeu saúde não

mais como um ideal, uma utopia, mas como um instrumento para a vida cotidiana (Ottawa, 1986). Dessa forma, entre as estratégias formuladas durante a Conferência de Ottawa e confirmadas nas subsequentes (Declaração de Adelaide – 1988; Declaração de Sundsvall, 1991; Declaração de Santa Fé de Bogotá, 1992; Declaração de Jacarta, 1997; Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, 1998; Declaração do México, 2000; Carta de Bangkok, 2005; Conferência de Nairóbi, 2009) foram incluídos aspectos como: 1) políticas públicas saudáveis; 2) a criação de entornos saudáveis ou de ambientes de apoio à Promoção da Saúde; 3) o fortalecimento da ação comunitária; 4) o desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) a reorientação dos serviços de saúde, sempre reforçando a ideia que promover saúde está sempre além dos cuidados à saúde e envolve ações intersetoriais.

Acesse as cartas de Promoção da saúde

[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_1221\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf)  
<http://www.bvsde.ops.oms.org/bvsdepsfulltextcartabangkokpor.pdf>

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, composta por três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida foi considerado, naquele documento, como “conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um” (MS, 2005, p. 3), estando a Promoção da Saúde como uma das seis prioridades pactuadas.

A criação e implantação da Política Nacional de Saúde (Portaria n.º 687 MS/GM, de 30 de março de 2006)

resultaram de um processo que se iniciou em 2002, que foi retomado em 2005 e que contou com um investimento intenso para garantir que o seu texto fosse amplamente divulgado, discutido, pactuado e aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (Brasil, 2006).

Os objetivos da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) foram assim delineados: promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades da população e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes e priorizou ações voltadas a: (1) divulgação e implementação da PNPS; (2) Alimentação saudável; (3) Prática corporal/ atividade física; (4) Prevenção e controle do tabagismo; (5) Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas; (6) redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; (7) prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e (8) Promoção do desenvolvimento sustentável. Um Comitê Gestor da Política foi constituído integrando as diferentes secretarias e órgãos do MS, para consolidar a proposta transversal de operação, produzindo uma rede de responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida.

Para maiores esclarecimentos e aprofundamento sobre a  
Política Nacional de Saúde, acesse  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>

No plano estadual a Secretaria de Estado da Saúde, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio do Centro de Vigilância Epidemiológica, ao estabelecer sua linha de ação no que se refere à Vigilância das Doenças Crônicas e Não Transmissíveis, priorizou como ações de Vigilância e Promoção as ligadas à alimentação saudável, vigilância de violências,

acidentes e promoção da cultura da paz, controle do tabagismo e prática do exercício físico. As principais linhas de atuação do CVE são “a de prevenção, e vigilância das doenças crônicas e agravos não transmissíveis e a de promoção de saúde enquanto vigilância e prevenção de alguns fatores de risco à saúde” (SES-CCD, 2012, p. 4).

O CVE tem atuado para restringir suas ações à vigilância epidemiológica e prevenção primária. O Centro reconhece que essas ações demandam atenção e esforços contínuos não só de equipamentos e políticas públicas governamentais como também não governamentais. O mesmo documento destaca, também “que tendências desfavoráveis no controle da maioria dos principais fatores de risco mostram a necessidade de ações adicionais e oportunas de vigilância, prevenção e promoção da saúde rumo a uma melhor qualidade e vida de nossa população” (SES-CCD, 2013, p. 7), e que essas necessidades implicam a importância de definir e monitorar indicadores, capacitar interlocutores de redes de Grupos de Vigilância Epidemiológica e das Regionais de Saúde, bem como realizar pesquisas e outras ações com o objetivo de ampliar o alcance das ações até agora desenvolvidas.

### **Da Tríade Ecológica à Promoção da Saúde**

A visão de Promoção da Saúde muitas vezes confunde-se com o modelo de Leavell & Clark (1965), desenvolvido no século XX, conhecido como processo saúde–doença e nomeado de “História natural da doença”.

Este modelo contempla a “tríade ecológica” na explicação da causalidade do processo de adoecimento: interação entre agente etiológico, ambiente e hospedeiro. Um

exemplo é o do bacilo de Koch (agente etiológico da tuberculose). O bacilo pode estar presente no ambiente, sem, no entanto, contaminar necessariamente todas as pessoas. A predisposição do indivíduo (hospedeiro) à doença é o seu componente genético e a sua resistência, e esta se relaciona a seus comportamentos ou estilo de vida, como, por exemplo, alimentação, condições de trabalho, e outros. Dependendo do tipo de interação que mantém agente e ambiente, e do grau de resistência do hospedeiro, ele poderá ou não desenvolver a doença, ser mais ou menos difícil a cura, sua recuperação e a prevenção de complicações.

Na perspectiva da história natural da doença foram propostas diferentes medidas de intervenção nos seus diferentes estágios, que muitas vezes não resolvem os problemas, como tem sido o caso da Tuberculose no nosso país.

Ainda que extremamente útil para doenças transmissíveis, o modelo Leavell & Clark mostra-se limitado quando se pensa nas Doenças e Agravos Não Transmissíveis e mais ainda se refletirmos um pouco sobre as questões que cercam aspectos relacionados à violência.

No quadro abaixo, apresentamos os três níveis de Prevenção e a inclusão da Promoção da Saúde como um dos níveis de prevenção primária, juntamente com medidas de proteção específica, no momento que os autores denominam período pré-patogênico, ou melhor, o momento em que a doença ainda não iniciou seu processo de instalação (Quadro 1), ainda de acordo com o modelo Leavell & Clark.

Quadro 1. Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença

Promoção da Saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da Invalidez	Reabilitação
Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção terciária

Fonte: Leavell & Clark (1965).

No modelo de Leavell & Clark a diferenciação entre Promoção de Saúde e prevenção pode ser feita, primeiramente, em relação aos objetivos da promoção e de cada nível de prevenção. A **Promoção da Saúde** é uma ação de **Prevenção Primária**, portanto se confunde com prevenção, segundo estes autores, do mesmo nível da proteção específica (ex., vacinação). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse), para que resistam às agressões dos agentes. Esses mesmos indivíduos devem receber orientações para cuidar do ambiente para que este não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos). Exemplos mais comuns de medidas de **Proteção Específica** são as vacinas, ou mesmo o uso da “camisinha” no caso de doenças sexualmente transmissíveis.

A **Prevenção Secundária e Terciária**, de acordo com a história natural das doenças de Leavell & Clark (1965), objetivam a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente propondo entre outras coisas medidas educativas e fiscalização para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e de enfrentamento da doença.

A **Prevenção Secundária** opera com dois tipos de po-

pulação: (1) os indivíduos sadios potencialmente em risco, para identificar precocemente doentes sem sintomas e (2) com doentes ou acidentados com diagnóstico firmados, para que se curem e na impossibilidade que se mantenham funcionalmente sadios, evitar maiores complicações e morte prematura. Em relação aos primeiros, as estratégias são populacionais – exames para detecção precoce do câncer ginecológico, os exames de escarro para detecção da tuberculose e outros. A **Prevenção Secundária** com indivíduos doentes se faz através de práticas clínicas preventivas e práticas educativas para adoção ou mudança de comportamentos – alimentares, atividades físicas e outras.

A **Prevenção Terciária** focaliza aqueles que têm sequelas de doenças ou acidentes e objetiva a sua recuperação ou a sua manutenção em equilíbrio funcional. Esta opera também através de atividades físicas, fisioterápicas e de saúde mental.

O objetivo da aplicação das medidas **Preventivas Primárias (dentre elas a Promoção da Saúde), Secundárias e Terciárias**, portanto, na perspectiva da história natural da doença é evitar as doenças ou seu agravamento, através da adoção de comportamentos adequados à saúde.

Se considerarmos os modelos anteriores, que ancoravam a Prevenção em ações somente sobre a biologia humana, o modelo explicativo e as ações propostas por Leavell & Clark significaram um grande avanço. Esses autores chamaram a atenção dos profissionais de saúde sobre o potencial das ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida na Prevenção de Doenças. Inovaram também na proposição de medidas preventivas incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes – laboratoriais clínicas e terapêuticas – como complementação e reforço da estratégia.

Em relação às doenças não transmissíveis, tem que se pensar não só na multicausalidade do processo saúde-doença, como na sua complexidade, que abrange questões como: (1) estilos de vida (alimentação e atividade física); (2) hábitos prejudiciais à saúde: uso de álcool, tabaco, entre outros; (3) modo de vida – nos seus aspectos socioeconômicos, educacionais, culturais e políticos, que caracterizam condições de vida, determinando incidências desiguais de doenças e agravos não transmissíveis, entre os gêneros, faixas de renda e ocupações; (4) modelo de atenção à saúde, que determina condições de acesso, que podem propiciar ou não o diagnóstico precoce de condições como hipertensão, diabetes e câncer de mama e o seu tratamento (Almeida-Filho, 2004).

O termo *Promoção da Saúde* relacionado com autonomia e emancipação começou a ser mais e mais utilizado por aqueles insatisfeitos com as abordagens de cima para baixo, baseadas no higienismo e normatizações peculiares da Educação em Saúde e da Prevenção de Doenças.

Sintetizamos a discussão de conceitos de Saúde e Promoção da Saúde que vem sendo feita na literatura, no Quadro 2. Os autores sugerem que a prevenção das doenças é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença e a Promoção da Saúde mais vinculada a uma visão holística e socioambiental do mesmo processo, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético (Westphal, 2000; Akerman, Bogus & Mendes, 2004).

A prevenção de doenças identifica riscos, atua sobre eles, mas não considera de sua alçada a gênese desses riscos; nem o estudo de sua natureza, mecanismos de atuação, meios de prevenir sua existência.

Quadro 2. Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde

Abordagens	biomédica	comportamental	socioambiental
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais, bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo. Bem-estar bio-psicossocial e espiritual; Realização das aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológica para categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais. Estilo de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapia com drogas, cirurgias.	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coalisões para advocacia e ação política;</li> <li>• Promoção de espaços saudáveis;</li> <li>• Empoderamento da população;</li> <li>• Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes;</li> <li>• Reorientação dos serviços de Saúde.</li> </ul>
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências.

Observando o quadro é possível verificar que o moderno conceito, que mencionamos acima, como algo em construção, apresenta elementos que permitem diferenciá-lo das práticas de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, apresentadas por Leavell & Clark.

A prevenção de doenças focaliza exclusivamente os aspectos biológicos e não considera nas suas estratégias, o “dispor de maneira que evite” (Czeresnia, 2003). Ao desconsiderar a dimensão histórico-social do processo saúde-

-doença, exclui, das suas formas de ação, políticas públicas saudáveis e intersetoriais que deem conta dos determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde e doença.

Por outro lado não desenvolvem com as coletividades processos participativos de ampliação do poder, valorização das suas potencialidades, para que estas, empoderadas, advoguem por melhoria das suas condições de vida e trabalho. Não envolvem as coletividades nos processos de tomada de decisão em relação às políticas de saúde para o enfrentamento dos problemas. Não se assume, portanto, a Promoção da Saúde como prática política emancipatória, um imperativo ético no mundo contemporâneo (Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Freitas, 2003 e Akerman, Mendes & Bógus, 2004).

É possível trabalhar no campo da prevenção em uma perspectiva da “nova Promoção da Saúde”?

De acordo com os conceitos desenvolvidos nestes últimos vinte anos nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2001 e BVS do Ministério da Saúde), fica claro que a Promoção da Saúde, vista na perspectiva socioambiental, é uma nova forma de abordagem, que pode dar maior amplitude às ações de prevenção. É também um conceito positivo, que tem como objetivo promover a vida, mesmo em uma situação de doença ou incapacidade. Promove a identificação e o compartilhamento de possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena, mesmo com as restrições que as doenças lhes impõem. Por isso, a promoção da saúde caminha *pari passu* às atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e às atividades de assistência de longo prazo, chamando a atenção para a existência de outros espaços de convivência e realização para os indivíduos, grupos e comunidades das quais participam.

## Princípios da promoção da saúde

Os conceitos que fundamentam as ações de Promoção da Saúde:

### *Concepção holística*

As ações de Promoção da Saúde devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença. Este princípio justifica-se pela própria complexidade da realidade, refletindo a preocupação em considerar as questões da saúde em meio a diferentes aspectos como a saúde física, mental, social e espiritual, através de ações que ultrapassem os limites do setor saúde.

Hoje, o que nos impede de ver toda a complexidade de uma situação, de enxergar a questão de forma global está no desafio que Morin (2003) chamou de hiperespecialização, onde os problemas são pensados de forma isolada e particular, sem analisar as influências presentes, sem pensar diferentes influências envoltas, sem considerar a importância vital da contextualização.

Para ir além do saber fragmentado e hiperespecializado, a Promoção da Saúde propõe aos profissionais envolvidos com este campo teórico e de práticas, enfatizar aspectos relacionados à determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biológica da saúde. Os determinantes da saúde são as condições biológicas, subjetivas, econômicas, políticas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos e comunidades.

Os problemas de saúde e suas causas não são questões isoladas, mas decorrem das interconexões entre fatores e dos sistemas entre si. Assim sendo a análise dos

determinantes da saúde não podem ser feitas isoladamente, sem verificação das interconexões com outros fatores, de outras áreas ou setores, com o risco de, através de uma análise fragmentada e incompleta, cometer erros de avaliação e dar soluções parciais, desarticuladas e incompletas aos problemas com consequências imprevisíveis. É esta a conexão dos determinantes com a visão holística de saúde. É útil ter recortes de um problema para equacioná-lo em uma multiplicidade de níveis, ter diferentes profissionais trabalhando para os mesmos objetivos, de diferentes maneiras e de modo complementar (Sicoli & Nascimento, 2003).

### *Equidade*

Equidade na saúde implica que, idealmente, todos devem ter oportunidade de atingir seu completo potencial de saúde e mais pragmaticamente que ninguém deveria ter mais dificuldades que outros para atingir esse potencial. Nesse contexto o que se pretende é igualar as oportunidades de saúde e não o *status* de saúde, já que os indivíduos devem usufruir de sua liberdade da maneira que possam escolher o próprio estilo de vida.

A equidade como princípio e como conceito vem ocupando espaço relevante nas discussões das políticas sociais de maneira geral e no campo da Promoção da Saúde em particular. Todas as cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde ressaltam que esta tem como objetivo garantir acesso universal à saúde e está relacionada à justiça social. Seus objetivos são: “[. . .] eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem-estar” (Brasil, 2001, p. 40).

O conceito de equidade tem raízes nos diversos conceitos de justiça social e, em especial, nos vinculados às

correntes de pensamento liberal e marxista. As correntes de justiça social liberal apesar de trazerem avanços na tentativa de reparar as injustiças sociais, não apontam para intervenções na causalidade dessas injustiças. O conceito de equidade, como vem sendo trabalhado no campo da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde se confronta com as correntes de justiça social liberal, trazendo para o centro da discussão a noção de necessidades diferenciadas, que explicita a existência de desigualdades sociais estruturais, que produzem diferenças nas condições sociais e consequentemente nas necessidades sociais.

Segundo Whitehead (1990), a equidade em saúde refere-se a diferenças que são ao mesmo tempo consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente. Dessa maneira a noção de equidade carrega consigo forte conotação moral que deve ser analisada nos diversos contextos socioculturais onde o conceito é utilizado. Para Whitehead (1990), é necessário compreender em cada contexto, quais são as condições sociais consideradas injustas e quais as desnecessárias e as evitáveis para que todos os indivíduos possam atingir seu potencial integral em saúde. Como bem explicita Whitehead (1990, p. 11) “o objetivo da política para avançar na direção de uma maior igualdade em saúde não é eliminar todas as diferenças em matéria de saúde, de modo que todo mundo tenha o mesmo nível e qualidade de serviços de saúde, mas reduzir ou eliminar as que resultem de fatores que consideram evitáveis e injustos”.

Portanto, trabalhar as equidades em saúde significa criar oportunidades necessárias para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação e outros). Para Mendes (2002, p. 87): “a promoção da saúde visa à construção de espaços de

vida mais equitativos. Isto implica analisar os territórios onde as pessoas habitam detectar os grupos humanos em situação de exclusão e dirigir as políticas públicas de modo a discriminá-los positivamente” (Restrepo, 2005, Mendes, 2002).

Uma vez que tem suas ações e políticas dirigidas à equidade através de uma ação relacionada aos determinantes da saúde, como já apontado, operacionalizar a Promoção da Saúde, com esse objetivo, também requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano e outros.

### *Intersetorialidade*

O princípio da intersetorialidade provém do conceito muito utilizado na área da Educação; a interdisciplinaridade. Esta propõe o respeito a cada campo do conhecimento; a superação da hiperespecialização; a abertura às contribuições de outras disciplinas, de forma que convirjam e integrem diante de um tema. Para tanto é preciso reconhecer aquilo que falta a cada um; que pode receber do outro; ter abertura para o diálogo e, finalmente, ser uma ponte para religar as fronteiras (Japiassu, 1976).

No campo da saúde esse conceito foi tomado de empréstimo e assumido como um dos princípios da Promoção da Saúde. “Reconhece e chancela a multiplicidade de olhares sobre a realidade complexa, permite constituir uma rede única a testemunhar que, na origem de tudo, está em um espírito único a olhar um único mundo” (Mendes, 2002, p. 87).

De todos os fundamentos da Promoção da Saúde, a intersetorialidade é o que mais radicalmente nos remete à

ação, ao modo de gestão das políticas e iniciativas de melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, de intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde. A intersetorialidade é mais que um conceito, é uma prática social que se compõe com alguns elementos: articulação de sujeitos e processos organizacionais, superação de fragmentações, tomada do território como referência para as ações, sinergia para ter potência no enfrentamento de problemas, e finalmente, a intersetorialidade como um meio produtor de saúde, de efetivação de políticas públicas e enfrentamento da exclusão social. Para Mendes & Akerman (2007), a intersetorialidade acontece na descentralização, na gestão participativa, no desenvolvimento local, no SUS, na promoção da saúde, etc. e seu resultado final é produzir equidade e enfrentar a exclusão social.

Nesse aspecto, um dos grandes desafios para a elaboração de políticas públicas saudáveis, intersetoriais, é superar a dificuldade para implementá-las devido à persistência da lógica setorial, da fragmentação e desarticulação do modelo administrativo tradicional. Exige uma mudança radical das práticas e na cultura organizacional das administrações municipais, pressupondo superar a fragmentação na gestão das políticas públicas (Westphal & Ziglio, 1999).

Além disso, a intersetorialidade apresenta-se como a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, como saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” (Moysés et al., 2004, p. 630). A potência transformadora da forma intersetorial de trabalhar, de construir e implementar políticas encontra-se, portanto, na oportunidade de construir novas sínteses de conhecimento e novas estratégias de ação por meio do diálogo (Mendes & Akerman, 2007).

Assim, outro desafio para que a ação intersetorial possa se constituir é que “demanda um amplo processo de inclusão para a apreensão e transformação da realidade, isso necessariamente significa [...] o estabelecimento de relações horizontais” (Ibidem, p. 97). Ou seja, a construção da intersetorialidade implica a explicitação das relações de poder entre os distintos atores e organizações sociais, exigindo processos de concertação/pactuação e não se isentando de conflitos, contradições e problemas (Mendes & Akerman, 2007; Moysés et al., 2004).

Nesse processo, cabe aos gestores da administração pública e aos profissionais que trabalham com as políticas públicas nos diferentes territórios exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores, para que os efeitos das políticas públicas sejam potencializados. A mudança que a gestão intersetorial apresenta ao gestor local as oportunidades para consolidar sujeitos políticos locais e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura política democrática, mediante a implementação de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano sustentável (Fernandez & Mendes, 2007).

Para que isso ocorra, será necessária uma mudança de atitude dos políticos, acadêmicos e técnicos para a interação e integração de saberes entre si e com a população. Essa tarefa, entretanto, é difícil de ser viabilizada, mas possível dentro de uma perspectiva processual e gradativa.

Ainda, no campo das violências, é fundamental que cada município organize e estructure as articulações com a Rede Intersetorial de Atenção. Ou seja, a partir do reconhecimento de que o setor Saúde é incapaz de resolver todos os meandros presentes nas situações de violência, é preciso articular as ações deste às ações desenvolvidas pelas redes da Assistência Social, da Educação, bem como

aos sistemas de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e Conselhos de Direitos, Universidades, Movimentos Sociais, Ongs e a sociedade civil organizada no território (Brasil, 2010).

Uma estratégia que pode fomentar a intersectorialidade no campo das violências são os chamados “Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde”, instituídos pelo Ministério da Saúde (Portaria n.º 936, de 20 de maio de 2004). Os Núcleos têm, dentre outros objetivos, articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersectoriais.

Dessa forma, consideramos que o conceito da intersectorialidade talvez seja um dos mais caros da Promoção da Saúde, isso porque remete à necessidade de que todos seus outros conceitos estejam imbricados.

### *Participação social*

A Promoção da Saúde, com o conceito positivo de saúde a partir do qual organiza suas ações, estreita a sua relação com a vigilância em saúde para o enfrentamento da violência, reforçando um movimento integrador para a construção e execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos na sua elaboração e implementação, por meio da participação social (Brasil, 2001).

A participação é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – o governo, os membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais de saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição

de prioridades, tomadas de decisões, implementação e avaliação de iniciativas (Brasil, 2001).

A partir da interação entre diferentes atores institucionais, seja da esfera pública ou privada, em torno de interesses comuns, a participação pode ser institucionalizada, como os conselhos ou não institucionalizadas, como os fóruns participativos por exemplo.

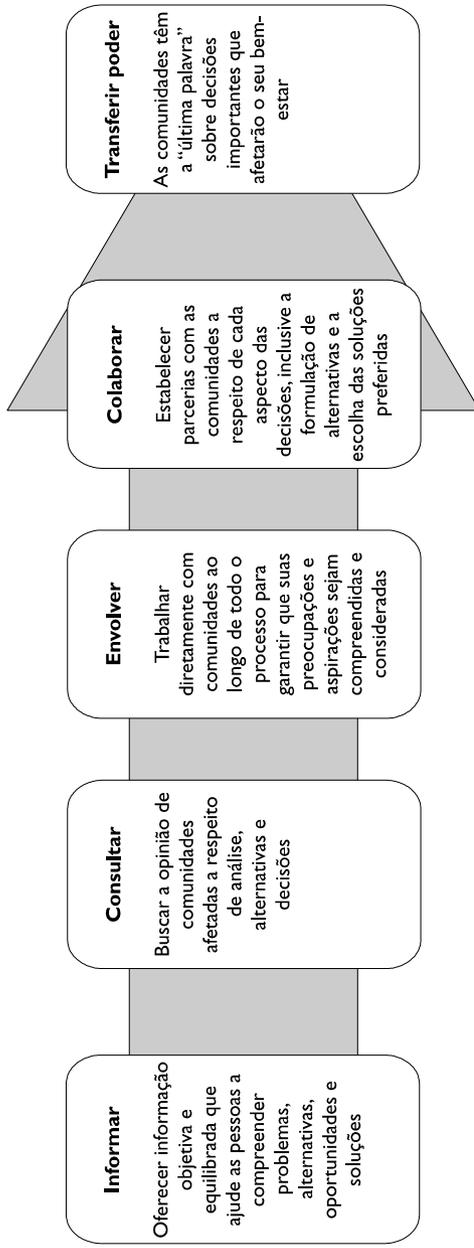
Nesse sentido, a participação é um processo relacional que opera no campo da construção das identidades, possibilitando o envolvimento de cada um com o projeto coletivo. Fomenta sentimentos de pertencimento e importância de si para o todo e do todo para a realização de cada um como pessoa.

Bógus & Westphal (2007) também apontam para a importância dos canais de participação social, como lugares conquistados no processo democrático. Tais espaços são capazes de operar na construção de identidades, uma vez que os atores criam suas identidades coletivas a partir dos relacionamentos sociais. Por conseguinte, partilham o processo decisório e superam possíveis conflitos de interesses inerentes ao processo.

Para que os sujeitos participem ativamente dos processos decisórios é necessário que tenham acesso às informações da gestão pública. Daí emerge um dos principais desafios atuais a serem enfrentados: a circulação da informação. Isso porque frequentemente se observa a dificuldade dos governos de produzir e disseminar informações de forma que a partilhe com a população em geral.

Como apoio a esse enfrentamento, cabe considerar e explorar o uso, nas mais variadas situações, do modelo apresentado pela OMS (2011) – Figura 1 – que sugere um trajeto a ser construído pelos processos participativos: da informação à transferência de poder.

Figura 1. Técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas



Fonte: OMS (2011).

Assim, o princípio da participação social está diretamente relacionado ao fortalecimento da ação comunitária e ao consequente empoderamento coletivo, pois é necessário que a população se torne capaz de exercer controle sobre os determinantes da saúde. O empoderamento relaciona-se ao reconhecimento de que os indivíduos e as comunidades têm o direito e são potencialmente capazes de assumir o poder de interferir para melhorar suas condições de vida.

### *Empoderamento*

Segundo a *Carta de Ottawa* (MS, 2001), a Promoção da Saúde enfatiza o fortalecimento da capacidade da população de tomar decisões quanto aos aspectos que interferem e determinam a sua condição de vida, de trabalho e de saúde, por meio de estratégias que combinem processos educativos, políticos, regulatórias e organizacionais.

Adaptado do termo inglês *empowerment*, o conceito de empoderamento é considerado um conceito complexo, influenciado por diversas tradições históricas, culturais e teóricas. Tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social. Foi influenciado, nos anos 1970, pelos movimentos de autoajuda; em 1980 pela psicologia comunitária; e, na década de 1990, recebe influência de movimentos que visam a afirmar o direito de cidadania nas distintas esferas sociais, entre as quais a prática médica, educação em saúde e o ambiente físico (Carvalho, 2004).

No campo da Saúde Pública, o conceito de empoderamento, segundo o glossário de promoção da saúde da OMS (1998), é pensado em dois níveis, o empoderamento individual que se refere principalmente à capacidade do indivíduo de tomar decisões e exercer controle sobre suas vidas pessoais. Ao passo que o empoderamento comunitário su-

põe que os indivíduos agem em conjunto para alcançar uma maior influência e controle sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida da sua comunidade.

No contexto brasileiro e latino-americano tivemos a influência da tradição da educação popular de Paulo Freire e seus desdobramentos, que propôs um significado especial à palavra empoderamento, com uma lógica diferente da palavra *empowerment* em inglês, em que não se trata de uma simples doação ou transferência de poder ao sujeito passivo, mas implica conquista, avanço e superação, como sujeito ativo do processo. O empoderamento é um processo de diálogo em que sujeitos passivos se convertem em atores participativos. Um processo de aquisição de autonomia para realizar mudanças e ações necessárias ao próprio desenvolvimento.

Entretanto, há de se destacar que o processo de empoderamento está em constante transformação e atravessado pelos mais variados fatores e forças que podem escapar a qualquer desejo de controle. Isso porque o ser humano nunca está acabado e vai se fazendo e desfazendo ao longo da vida, como um processo de criação contínuo, Freire (1996), Castoriadis (1991) e Lapassade (1983), Winnicott (apud Jordão, 2007).

### *Sustentabilidade*

A formulação e a implementação de políticas sociais, em vários países, vêm sendo acompanhadas por uma preocupação em relação à avaliação da sustentabilidade dos processos, diante da transição dos governos que se sucedem periodicamente; saber se há possibilidade de continuar a obter recursos para o desenvolvimento das ações; saber se as ações empreendidas consolidam-se de modo que produzam mudanças significativas nas condições de vida da população;

e, finalmente, saber se essas iniciativas podem manter os seus efeitos por um longo período.

Esse conceito está relacionado a um complexo sistema de relações, que envolvem atores e instituições na busca de soluções mais amplas e duradouras, e observar com mais atenção o conceito em relação aos arranjos societários que vão se estabelecendo e que podem permitir a longevidade das iniciativas. Menos do que um conceito, essa perspectiva aponta para questões básicas: de continuidade, manutenção, durabilidade, considerando o porquê, para quê e com quem. É importante, portanto, refletir sempre sobre a sustentabilidade dos projetos, ações e políticas, transformando-a em ponto permanente de pauta para gestores, formuladores de políticas e outros atores urbanos.

No caso do Brasil, com a institucionalização da Promoção da Saúde com a criação da PNPS, a continuidade das ações, ainda que não totalmente assegurada, bem como os recursos a elas destinados, podem estar relativamente equacionados. Resta-nos a preocupação de saber como fazer para que essas iniciativas possam manter seus efeitos a longo prazo.

### *Autonomia*

A autonomia é uma condição que se constrói na relação com o outro, ou seja, socialmente à medida que cada um de nós se constitui como sujeito (Castoriadis, 1991). Quando falamos de autonomia, não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade puro e simples, posto que todo o tempo estamos imersos numa rede de relações que possibilitam e impedem, libertam e constroem as nossas escolhas e decisões (Campos et al., 2004). Ao contrário da independência, a autonomia é tomada, portanto, como um proces-

so de “coconstituição”, de “coprodução” (Onocko Campos & Campos, 2006).

Nesse sentido, trabalhar com o conceito de autonomia implica reconhecer que os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades e interesses envolvem forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território. E, simultaneamente, obriga afirmar que cada sujeito na relação com o mundo não é (e não deve ser) passivo, ou seja, todos nós reorganizamos constantemente os recursos, saberes e ferramentas disponíveis, transformando a nós mesmos, as nossas relações e ao território em que vivemos (Campos et al., 2004). A autonomia refere-se, pois, à nossa capacidade em lidar com nossas redes de relações e dependências no mundo (Onocko Campos & Campos, 2006).

### *Território*

O território é palco de diferentes esforços presentes em um mesmo espaço, na busca do seu desenvolvimento. Quando uma política emana do território, é rica de um processo de participação dos indivíduos e dos grupos sociais, que se sentem identificados e dos próprios gestores, tomadores de decisão de seus destinos, copartícipes desde a formulação, implementação e avaliação de processos e resultados, garantindo uma governança que possibilite a sustentabilidade de suas políticas, voltadas à melhoria da qualidade de vida de seus territórios. Nesse sentido torna-se relevante reconhecer, nos processos de gestão de políticas públicas, a dinâmica da territorialização de cada processo, a fim de potencializá-lo mediante o fortalecimento de políticas públicas locais de natureza integrada e participativa. Isso inclui o exercício cotidiano de apropriação do espaço

local como elemento a considerar no desenho das políticas públicas. Trata-se de investir na noção de “território vivo” como sujeito de desejadas mudanças (Sacardo & Gonçalves, 2007).

As autoras refletem o território como espaço de emergência de potencialidades de sujeitos, como um espaço em que se produzem significados e surgem novas formas de lidar com suas questões. Por isso, a Promoção da Saúde tem no conceito de território uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para a intervenção.

Ao fazer referência ao território, Santos (2000) instiga a levar em conta a inseparabilidade e interdependência entre a materialidade, que inclui a natureza e o seu uso, e também a ação humana, isto é, o trabalho e a política. Trata-se, pois, de um “território usado”, onde se expressam as diversidades culturais e se materializam as políticas públicas. Esse mesmo autor, ao argumentar que é preciso “fazer falar o território”, convoca a consideração de alguns aspectos que permitem ampliar o sentido das práticas de promoção da saúde, seu significado e os resultados que podem oferecer. Em outras palavras, trata-se de considerar a realidade social como um contexto a ser entendido e reconstruído também mediante a atribuição de significados pelos sujeitos.

Conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade de dentro, interrogando os modos de organização da vida nesse espaço (Ibidem). Tal processo de apropriação envolverá a articulação de duas estratégias: a elaboração de “mapas” e a “escuta”. A “escuta” é o movimento de acolhimento dos sujeitos e coletividades em todos os aspectos e fatores que constroem suas vidas; movimento que auxilia a reconstruírem as relações que eles estabelecem consigo, en-

tre si e com o mundo (Brasil, 2009). No processo de escuta, apreende-se a história dos sujeitos e do seu território através de seu olhar, saber e sentir, aproximando-se dos significados da realidade de dentro, como preconizado por Santos (2000).

### *Redes sociais*

O conceito de redes vem ganhando espaço e importância entre diversos atores sociais e políticos preocupados com a gestão pública, em especial na discussão do tema violência. A palavra *rede* tem origem no latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir dessa noção de malha e estrutura reticulada, a palavra *rede* foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações.

No campo da violência, pela sua complexidade, o tema exige intervenções múltiplas de diferentes os setores da sociedade. Nesse sentido, muitos especialistas na área defendem a necessidade de construção de “redes” de proteção a pessoas em situação de violência ou redes de prevenção. A proposta de rede demanda etapas complexas e implica uma nova forma de organização do trabalho que enfoque: novas perspectivas de olhar para uma questão; a superação da forma de trabalho setorizado e verticalizado para a construção de tais redes (Njaine et al., 2006).

Dessa forma, Vecina & Machado (2010) enfatizam a necessidade da busca de integração, a articulação entre profissionais em equipes, e entre instituições – sejam estas educacionais e sociais (como escolas, creches e abrigos), de saúde (como hospitais, ambulatórios e demais serviços de saúde), jurídicas (como as Varas de Infância e Juventude, Família e Criminal), as de segurança pública (diferentes

delegacias) – sejam os Conselhos (Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente) e ainda os variados recursos da comunidade (Ongs, igrejas, comunidades de bairro, entre outros).

Neste e em outros casos, as redes são entendidas como uma possibilidade para o estabelecimento de relações mais horizontalizadas entre atores ou como estratégia para o “arejamento” de estruturas de caráter mais vertical ou piramidal. O exercício da liberdade, responsabilidade, democratização da informação, que a lógica horizontal de redes desenvolve, ajuda a reflexão dos participantes sobre os padrões de dominação, competição, autoritarismo e manipulação que a cultura do mundo atual introjeta em todas as pessoas. A rede é uma forma, portanto, de poder conjunto de todos que a integram e só é efetivamente poder se este não se concentrar em nenhum membro em particular, ou seja, se todos estiverem dispostos a ceder informações e poder aos demais. Uma rede pode interligar tanto unicamente pessoas como unicamente entidades, como pessoas e entidades. A interligação em redes é estabelecida a partir da identificação de objetivos comuns e/ou complementares, cuja realização se potencializa a partir da reunião de esforços de diferentes instituições ou pessoas (Whitaker, 2002).

Outra conotação de redes, também importante na perspectiva da Promoção da Saúde, é a de “estruturas de comunicação”, decorrentes do uso de novas tecnologias que facilitam cada vez mais a circulação de informações. Segundo Castells (1999), as novas tecnologias da informação estão integrando o mundo em redes globais de instrumentalidade. A comunicação mediada por computadores gera uma gama enorme de comunidades virtuais. As atuais possibilidades oferecidas pela informática – na rapidez da comunicação e na estocagem da informação – podem am-

pliar a eficácia das redes constituídas com objetivos específicos, assim como lhes assegurar efetivamente plena liberdade de circulação de informações. Uma rede de entidade ou de pessoas pode ter como apoio a rede de comunicação por internet.

## Referências

- Bógus, C. & Westphal, M. Participação social e cidadania em movimentos por cidades saudáveis. In: J. C. F. Fernandez & R. Mendes (orgs.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007, pp. 61-84.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18-5-2001.
- . *Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, DF, 2002.
- . Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006.
- . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha do cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, 2010.
- . *Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde / Adriana Miranda de Castro et al. (orgs.), Cristiane Scolari Gosch et al.* Brasília: Cead/FUB, 2010. 164 pp.
- Campos, R. T. O. & Campos, G. W. S. Co construção da autonomia: o sujeito em questão. In: G. W. S. C. et al. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Ed. Fiocruz, 2006, pp. 669-88.
- Carvalho, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria *empowerment*; no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fiocruz, vol. 20, n.º 4, pp. 1088-95, 2004.
- Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (orgs.).

- Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, pp. 39-53.
- Fernandez, J. C. A. Descentralização: cálculo e axioma. In: In: J. C. F. Fernandez & R. Mendes (orgs.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007, pp. 131-47.
- Fernandez, J. C. A, & Mendes, R. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. In: In: J. C. F. Fernandez & R. Mendes (orgs.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007, pp. 41-60.
- Ferreira, M. S. Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança. [Documento na Internet]. Disponível em <HTTP://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf>; acesso em: 23-2-2013.
- Japiassu, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- Labonte, R.; Bernstein, E.; Wallestein, N.; Braithwaite, B.; Gutierrez, L.; Labonte, R. & Zimmerman, M. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: *Health Education Quarterly*, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II) vol. 21, n.º 3, pp. 281-94, 1994.
- Morin, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8.ª ed. Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- Njaine, K.; Assis, S. G.; Gomes, R. & Minayo, M. C. S. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 11, pp. 1313-22, 2006.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) *Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS*. Empoderamiento del usuario de salud mental, 2010.
- . *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*, 2011.
- . *Glossário de promoção de saúde*. Genebra, 1986.
- Sacardo, D. P. & Gonçalves, C. C. M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: J. C. F. Fernandez & R. Mendes (orgs.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007, pp. 111-29
- Santos, M., O retorno do território. In: M. Santos; M. A. A. de Souza & M. L. Silveira (orgs.). *Território: globalização e*

- fragmentação*. São Paulo: Hucitec-Anpur, 1998, pp. 15-20.
- Santos, M. & Silveira, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro-São Paulo: Record, 2001.
- Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Controle de Doenças. *Planejamento de 2013*. Divisão de Doenças Crônicas. São Paulo, out. 2012.
- Sicoli, J. & Nascimento, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu, vol. 7, n.º 12, pp. 101-22, fev. 2003.
- Vecina, T. C. C. & Machado, A. L. Desafios e possibilidades para o enfrentamento da violência: fortalecendo vínculos e construindo redes. In: E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (orgs.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010, pp. 303-17.
- Westphal, M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: G. W. S. Campos et al. (orgs.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Ed. Fiocruz, 2006, pp. 635-67.
- Westphal, M. et al. *Avaliação e monitoramento das práticas de promoção da saúde relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis na cidade de São Paulo: relatório final*. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação Cidades Saudáveis – Cepedoc. São Paulo: Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Vigilância à Saúde. Centro de Controle de Doenças. Subgerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis, 2008.
- Whitehead, M. *The concepts and principles of equity and health*. Document EUR/ICP/RPD 414. Copenhagen: WHO Office for Europe, 1990.
- WHO. *Concepts and principles of health promotion*. Copenhagen: WHO, 1984.

Daniele Pompei Sacardo  
Rosilda Mendes

## Capítulo 2 AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: FUNDAMENTOS PARA UMA PRÁTICA INCLUSIVA

### O que comumente se pensa sobre avaliação?

“TUDO O QUE VALE A PENA ser feito, vale a pena ser avaliado!”

Com essa afirmação Akerman, Mendes & Bógus (2006, p. 5) iniciam uma discussão em torno da avaliação em promoção da saúde, tendo como ponto de partida que “avaliar não é, necessariamente, aplicar uma metodologia estruturada para analisar o que se faz, é, talvez, apenas se perguntar se *o que* fazemos e *como* fazemos tem a capacidade de se aproximar daquilo que desejamos”.

O fato de que a avaliação faça parte da vida cotidiana nem sempre é lembrado ou considerado quando tratamos desse tema. Estamos sempre avaliando, no sentido de determinar o valor ou a utilidade de alguma coisa para os nossos propósitos, desejos e intenções. Da mesma forma que continuamente avaliamos pessoas, objetos, ambientes e situações, também vivemos precocemente a experiência de sermos avaliados, seja no meio familiar, escolar, seja no espaço de trabalho. Furtado, Passos & Onocko Campos (2011) nos lembram que essa experiência irá marcar nossa subjetividade a depender de como formos “julgados”. Se

nossos primeiros avaliadores forem duros, exigentes e rigorosos tenderemos a ficar mais inseguros diante de avaliações, ou ficaremos mais confiantes se tivermos avaliadores mais generosos e pacientes. Ao longo do processo de desenvolvimento e de “progressiva inserção social, inevitavelmente nos tornamos objetos de controle proveniente de pessoas ou instituições que, nesse caso, podem utilizar o ato de avaliar para julgar e controlar” (p. 223). De fato, o que alcança a constituição dos sujeitos nesses termos, e com tal abrangência, torna-se um substrato do senso comum segundo o qual a avaliação é associada ao controle e, frequentemente, destaca apenas os aspectos negativos de quem ou daquilo que está sendo avaliado.

Não obstante o *Dicionário Houaiss* (2009), em sua versão eletrônica defina a avaliação como o ato de determinar a qualidade, o valor ou o mérito de alguma coisa, nossa experiência continuada de participação em processos avaliativos leva a crer que na vida cotidiana a avaliação é confundida com o seu antônimo — aviltar —, que o mesmo dicionário define como ato de desonrar, humilhar, rebaixar, submeter a vexame, tornar indigno.

Consideramos a experiência dos sujeitos em relação à avaliação como ponto de partida de modo que chame a atenção para um necessário exame crítico da questão. Entendemos que não é a avaliação o que devemos recusar, mas sim a sua redução a um mero mecanismo de controle. O que nos parece oportuno é ressignificar, desta vez positivamente, a avaliação ou os processos avaliativos. E quais seriam os termos dessa ressignificação?

Em primeiro lugar, considerar a avaliação como algo “comum”, parte do viver em sociedade, que todos podem fazer, e não como algo para especialistas, distante, externa e absoluta, inventada para criar problemas, apontar

culpados e causar frustrações. Avaliar é, sobretudo, uma atividade “humana, com todas as grandezas e imperfeições que isso possa implicar” (Furtado, Passos & Onocko Campos, 2011). A premissa de que somos imperfeitos e estamos em permanente processo de construção, desconstrução e reconstrução pode ter um efeito “libertador” das pressões e obrigações que a exigência da perfeição nos impõe. No caso da avaliação de políticas públicas, em especial de promoção da saúde, não se trata de defender a desresponsabilização com os resultados e processos, seja por parte dos gestores, trabalhadores ou usuários, mas pelo contrário, apostar em elaborações conjuntas de responsabilidades e sujeitos implicados a partir do processo e dos efeitos produzidos na avaliação.

Outro ponto a considerar é que os processos avaliativos visam, usualmente, provocar mudanças, ou seja, avaliamos porque acreditamos que por meio da ação podemos modificar uma realidade, uma situação indesejada, uma condição inaceitável, ou um programa, um serviço, uma política. Há um tipo de avaliação conhecida como “pesquisa acadêmica tradicional” que pode não ter um compromisso explícito com a mudança e que, frequentemente, separa e distingue quem avalia e quem é avaliado reforçando, assim, os lugares de poder e dominação, mas não é a essa que nos referimos. Defendemos uma avaliação em promoção da saúde comprometida com o processo de tomada de decisões e com a transformação de realidades, que faz do processo avaliativo uma oportunidade para aprendizados coletivos para instaurar mudanças desejadas (Furtado, Passos & Onocko Campos, 2011).

O pressuposto para esse tipo de avaliação que defendemos é a efetiva participação dos sujeitos envolvidos, o que implica inclusão de atores, negociação, pactuação e

decisão coletiva, um exercício de problematização e reflexão sobre as próprias práticas desenvolvidas no processo de produção de saúde num determinado serviço. Trata-se, portanto, de assumir uma posição ativa no processo avaliativo, e não de um espectador passivo, à espera de um julgamento (e provável condenação).

A perspectiva de avaliação em promoção da saúde aqui proposta se articula com a ideia de que promover saúde “é uma atitude ou uma política que está sempre conectada a desejos e vontades de sujeitos individuais ou entes coletivos” (Akerman, Mendes & Bógus, 2006). Nesse sentido, desejar mudanças nas práticas e, ou programas de promoção da saúde pode representar um bom motivo para desencadear processos avaliativos, visto que nem sempre o que foi pensado/desejado inicialmente foi alcançado, ou que os resultados de uma ação ou programa não foram percebidos pelos envolvidos como suficientemente “bons” ou adequados.

É preciso atentar também que, geralmente, avaliamos um programa que foi previamente planejado e posto em ação, implantado num determinado contexto e com circunstâncias particulares. No entanto, a realidade é sempre mutante e diferente a cada instante, o que requer certa permeabilidade dos sujeitos em avaliação às ocorrências não planejadas (Furtado, Passos & Onocko Campos, 2011). Por mais investimento que os envolvidos em ações de saúde façam em ações de planejamento de um programa ou sua avaliação, há imprevistos e situações imponderáveis que afetam significativamente as iniciativas avaliadas, tanto favorável quanto desfavoravelmente. Por isso a necessidade de constituir processos avaliativos flexíveis a essas mudanças, capazes de percebê-las e analisá-las e, se possível, compreendê-las, fazendo com que o próprio processo avaliativo seja um dos resultados (Furtado, 2001).

Voltaremos a essa discussão sobre o processo de avaliação como um fim em si mesmo. Para situar o leitor, organizamos o texto apresentando a seguir uma visão histórica sobre a institucionalização da avaliação e, particularmente da avaliação em saúde, com a intenção de explicitar a complexidade do campo e subsidiar as escolhas mais adequadas dentre as muitas possíveis ao formular um desenho avaliativo. Em seguida, discutimos a dimensão instituinte da promoção da saúde e de sua avaliação, destacando os diferentes posicionamentos dos sujeitos e o desafio de construir um “olhar avaliativo” de fato coletivo que inclua as diferenças. Na sequência, apresentamos os fundamentos teóricos e metodológicos da avaliação participativa em promoção da saúde, tal como apresentado por Passos et al. (2008), que consideram esse “modo de fazer” avaliação em promoção da saúde uma “direção ético-metodológica” construída no encontro das diferentes posições de cada ator incluído e no que deles advém como diferença. Em texto separado, cuja intencionalidade é instrumentalizar o leitor a fazer suas próprias escolhas em relação ao método de avaliação, apresentamos as duas principais abordagens metodológicas em processos e pesquisas avaliativas – a quantitativa e a qualitativa –, e algumas das diferentes técnicas e instrumentos que subsidiam a coleta e a análise dos dados e a produção de resultados. Essa discussão remete às escolhas de abordagens isoladas ou combinadas, bem como aos instrumentos apropriados segundo o que se pretende avaliar.

## A complexidade e institucionalização da avaliação em saúde

O tema da avaliação tem ocupado espaços cada vez maiores nos diferentes âmbitos da vida social, política e econômica contemporânea, e sua institucionalização como um campo complexo de análises e intervenções vem se desenvolvendo há muito tempo. De acordo com Furtado (2001), as primeiras práticas avaliativas ocorreram no campo da educação, particularmente em medidas de desempenho escolar, seguidas de avaliação de resultados gerenciais e empresariais.

No campo sanitário, a temática de avaliação ganha relevância a partir dos anos 1980, quando gestores da saúde de diversos países enfrentaram o desafio de reorganizar as práticas e os serviços de saúde devido à redução dos recursos disponíveis para investimentos no setor. O contexto de reforma do Estado com conseqüente diminuição do financiamento das áreas sociais, a mudança no papel estatal de provedor direto de serviços para uma nova função voltada à regulação do sistema foram elementos importantes para a ampliação de processos avaliativos, especialmente os preocupados com a racionalização de despesas.

No cenário internacional, a busca por “eficiência” vinculada ao menor custo e maior produtividade influenciou o desenvolvimento de metodologias avaliativas para atender a uma economia globalizada. Avaliar a saúde, nesse contexto, significava considerar certo modo de produção, circulação e distribuição de bens de consumo. Paulatinamente, os processos avaliativos foram se aproximando do planejamento, tendo em vista que a Organização Mundial da saúde (OMS) defendia que a avaliação deveria ser

utilizada para aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas (Furtado, 2001). Esse autor esclarece que a perspectiva gerencial da avaliação no campo da saúde correspondeu a um momento inicial e foi se modificando ao longo do tempo, embora essa lógica persista hegemonicamente nas avaliações realizadas na atualidade.

Vale ressaltar que avaliações do tipo custo-efetividade e eficiência ainda “impõe um sentido para o tema da avaliação que tensiona com a multideterminação do objeto da saúde e de seus processos avaliativos” (Passos et al, 2008, p. 214). Por isso se coloca o desafio de construir processos avaliativos em promoção da saúde que considerem sua complexidade, sem descuidar do rigor metodológico que uma avaliação exige e, tampouco, desviar a atenção do vigor que caracteriza esses processos sociais. Uma combinação para a qual não há receitas ou prescrições, mas espaços para se descobrir modos de fazer mais adequados às perguntas realizadas, o que requer certa dose de “coragem” e de “abertura ao risco” de problematizar as próprias práticas e, coletivamente, produzir algumas respostas e, ou indicar novos caminhos na implementação de políticas públicas de saúde.

No Brasil, é possível afirmar que há um consenso construído coletivamente por sanitaristas sobre a necessidade de avaliar as práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), embora não se possa afirmar que haja consenso em relação às terminologias, enfoques teóricos, abordagens metodológicas ou modos de desenvolvê-la. O debate em torno do tema ganha matizes em função da ênfase dada aos diferentes atributos da avaliação: efetividade, impacto, eficácia, qualidade, eficiência, acessibilidade, equidade, cobertura, satisfação do usuário. Cada um desses conceitos encerra um conjunto de saberes e práticas

construídos historicamente a partir de experiências concretas de avaliações (Furtado, 2001).

Sobre o pluralismo de concepções e metodológicos no campo da avaliação, apoiamo-nos nas proposições de Guba & Lincoln (1989, apud Furtado & Laperrière, 2011), ao descreverem as quatro diferentes “gerações” presentes na história da avaliação. A primeira geração corresponde a mensurações desenvolvidas por meio de testes padronizados e individuais, em busca de aferir o conhecimento e a capacidade de raciocínio assimilados e desenvolvidos por estudantes e, posteriormente, por operários nas indústrias. A segunda geração, caracterizada pela descrição, surgiu da necessidade identificada nos Estados Unidos da América de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares, buscando-se descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados, a chamada avaliação de programas. A terceira geração é caracterizada pelo julgamento, pelo estabelecimento de mérito ao programa pelo avaliador, que continua tendo a função de descrever o processo e mensurar os resultados, acrescida de uma sentença baseada em referenciais externos.

Apesar de essas três macroetapas da história da avaliação datarem do início do século passado é possível identificar seus traços e características em formatos avaliativos no presente, o que demonstra que elas continuam influenciando o desenvolvimento desse campo. De acordo com os autores, existem limitações e problemas comuns às três gerações de avaliações, as quais podem ser caracterizadas por:

- tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos;
- incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa;

- hegemonia do paradigma positivista: desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença em uma verdade única e absoluta, caracterização como “não científico” de tudo o que fuja à medidas e valoração de méritos, e desresponsabilização moral e ética do avaliador, considerando a ciência como livre de valores (Guba & Lincoln, 1989,<sup>1</sup> apud Furtado & Laperrière, 2011, p. 24).

Baseados nessas críticas, os autores propõem uma quarta geração de avaliações, pautadas nas perspectivas inclusivas e participativas, mais flexíveis a interesses plurais em torno do objeto avaliado. Trata-se de uma categoria mais próxima das avaliações em promoção da saúde e às abordagens baseadas na expectativa de produção do conhecimento gerado pela comunidade e voltado para a própria comunidade (comunidade aqui considerada como os sujeitos da ação, sejam trabalhadores, usuários, gestores, alunos, professores, pais, etc.).

Entende-se que a avaliação reflete o objeto avaliado e daí ela ser igualmente complexa. Tal complexidade exige reconhecer, como assinalado por Pedrosa (2004), que as questões a serem consideradas na avaliação – também no campo da promoção da saúde – não se encontram estruturadas, mas dispersas, disfarçadas, multifacetadas. Isso estimula o desenho de estudos avaliativos voltados para a identificação da multiplicidade dos elementos constitutivos do objeto em avaliação e das articulações estabelecidas entre eles.

Na promoção da saúde se privilegiam as abordagens metodológicas que delimitam “o que” avaliar em uma perspectiva na qual os elementos que conformam e imprimem movimento ao objeto-alvo da avaliação se tornem não

1 E. G. Guba & Y. S. Lincoln. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294 pp.

apenas “visíveis” e “mensuráveis”, mas possam ser analisados, interpretados, compreendidos em sua pluralidade – de visões, de concepções, de significados, etc.

Posto dessa forma, pode parecer difícil ou quase uma “missão impossível” realizar um processo avaliativo na perspectiva da promoção da saúde, mas o “fazer fazendo” da avaliação nesses termos é, antes tudo, uma possibilidade de refletir sobre o próprio trabalho em promoção da saúde, e ressignificá-lo. Afinal, embora a ação avaliativa talvez não seja capaz de mudar o “mundo”, as aproximações sucessivas da realidade com um olhar avaliativo podem gerar efeitos positivos nos sujeitos implicados decorrentes tanto dos resultados quanto do próprio processo em si.

### **A dimensão instituinte da promoção da saúde e sua avaliação**

Como uma práxis em construção, a promoção da saúde apresenta elementos que permitem diferenciá-la das práticas de prevenção de doenças, sem deixar, no entanto, de considerá-las, ou seja, seu foco recai sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde-doença. Partindo do conceito positivo e ampliado de saúde e tendo como foco o processo social de sua produção, a promoção da saúde vem se firmando como ponto de confluência de um conjunto de reflexões e práticas comprometidas com a superação do modelo biomédico.

Sob essa concepção, a promoção da saúde estimula nas coletividades processos de ampliação do poder, a valorização das suas potencialidades, para que estas advoguem por melhoria das suas condições de vida e trabalho. Envolvem

as coletividades nos processos de tomada de decisão em relação às políticas de saúde para enfrentamento dos seus problemas. Assume-se, portanto, como prática política emancipatória, um imperativo ético no mundo contemporâneo (Akerman, Mendes & Bógus, 2004; Westphal, 2006).

No Brasil, a promoção da saúde tem se desenvolvido no interior do processo de mudança na saúde que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). A promoção da saúde apresenta-se como uma possibilidade não só de formular uma agenda de desenvolvimento do SUS, mas também de apontar para uma nova agenda, retomando a bandeira da reforma sanitária em sua dimensão de mudança e de combate às desigualdades sociais, necessária à construção da saúde e da qualidade de vida.

Ao interpelar criticamente o paradigma biomédico e sua insuficiência perante a multiplicidade e complexidade de fatores intervenientes no processo saúde-doença na sua dimensão contemporânea a promoção da saúde assume para o seu campo toda a complexidade social e técnica requerida para enfrentar o desafio de produzir saúde e qualidade de vida. Configura-se assim como um movimento social, defensor de agendas e estratégias inovadoras em saúde, em todas as suas dimensões.

O sentido de mudança expresso em nas proposições da promoção da saúde a caracterizam como um processo “instituinte, pois opera no devir que serve de referência para o desenvolvimento de projetos de vida saudável” (Pedrosa, 2004). Considerar a promoção da saúde sob esse aspecto instituinte requer tomar como seu “objeto central” as novas relações com as instituições, organizações, coletivos e indivíduos, e implica considerar o processo de institucionalização, resultado da dinâmica contínua de momentos instituintes e instituídos (Lourau, 1995).

A dimensão instituinte da promoção da saúde corresponde à pulsão ou energia transformadora dos processos e programas “em ação”, ao passo que sua dimensão instituída equivale à forma, ao que é estabelecido e transformado em normas, ou seja, o movimento instituinte que de alguma maneira é capturado e sofre institucionalização. Essas dimensões desafiam o processo de avaliar em promoção da saúde, uma vez que ambas importam. Avaliar a dimensão instituída poderia corresponder à descrição e análise daquilo que está institucionalizado, como a infraestrutura física de um serviço, o alcance de metas planejadas, os processos de trabalho acordados, os resultados das ações empreendidas, entre outras. Da mesma maneira, a dimensão instituinte emerge da práxis em promoção da saúde, ou seja, o que é novo, criativo, inusitado e que, em última análise, produz novos sentidos e significados para os sujeitos envolvidos. Como assinala Fernandez et al. (2008), a promoção da saúde busca o desenvolvimento de ações cada vez mais efetivas se mantendo “próxima da energia social livre e em ebulição, que caracteriza o elemento instituinte de uma produção histórica”. Assim, avaliar a dimensão instituinte da promoção da saúde requer um esforço investigativo que procure dar voz e espaço ao tensionamento e à dinâmica entre o que está instituído e o que está em movimento, em processo e que “anima” a criação, a inovação e a transformação dos processos, das práticas e dos sujeitos.

### **Perspectivas da avaliação em promoção da saúde**

Para Pedrosa (2004), as avaliações também diferem quanto aos seus objetivos e podem ser definidas como:

a) avaliação de contexto – objetiva analisar a situação na qual a intervenção ocorre, incluindo a descrição dos elementos presentes nessa situação que representam importantes fatores de sucesso ou fracasso, tanto na entidade que vai receber a ação interventiva, na própria intervenção e no momento em que a intervenção é iniciada;

b) avaliação normativa – visa comparar o desenvolvimento da intervenção de acordo com regras estabelecidas anteriormente ou negociadas entre os participantes e envolvidos na intervenção;

c) avaliação estratégica – quando analisa a partir dos dados a respeito do contexto a coerência entre objetivos, metas e resultados alcançados, identificando as forças políticas interessadas e desenhando a viabilidade da intervenção;

d) avaliação de empoderamento (*empowerment evaluation*) – avaliação que se estabelece por meio da negociação entre avaliador e avaliado, também conhecida como avaliação comunicativa, objetivando acúmulo de poder dos que desenvolvem a intervenção com as informações produzidas. A avaliação participativa, foco deste artigo, poderia ser incluída nessa tipologia, dado seu caráter inclusivo e formativo.

Analisando o estado da arte da avaliação em promoção da saúde, Rootmam et al. (2001) identificam nas práticas realizadas posições diversas em relação à avaliação de programas, ao processo de julgar (valoração), à construção e à utilização do conhecimento e aos valores considerados nas avaliações.

Considerando a dimensão instituinte da promoção da saúde e, conseqüentemente, da avaliação em promoção da saúde, é pertinente remeter ao contexto no qual se insere o objeto avaliado. Nesse sentido, cabe interrogar quais seus

propósitos (*para que avaliar?*); a quem ela interessa? (aos governantes, governo, gestores, profissionais, usuários, financiadores, segmentos sociais, outros?); como a avaliação interage com o objeto em análise?; quem avalia e quem é avaliado?

Essas questões põem em evidência a problemática das relações de poder nos processos avaliativos, de forma que num polo está a função de controle que a avaliação pode assumir, especialmente quando usada por gestores para a subordinação dos trabalhadores. Contribui para a manutenção dos lugares de poder o fato de que frequentemente os processos avaliativos são realizados de maneira vertical, ou seja, excluindo tanto os usuários como os trabalhadores, além de os avaliadores serem externos, “especialistas” que nada sabem ou conhecem sobre a realidade avaliada, reproduzindo assim a lógica de fragmentação dos processos de trabalho. Por outro lado, há outro “modo de pensar e fazer” avaliação que a torna um instrumento de liberação, que permite uma visão crítica da norma estabelecida e o uso dos resultados como contribuição para uma transformação efetiva dos serviços (Passos et al., 2008).

Seguindo com Passos et al. (2008), não se trata de desconsiderar o tensionamento das forças que compõem o campo da saúde, as diferenças e divergências dos sujeitos em permanente disputa como num campo de guerra, mas de considerá-los, partir dessa premissa para desenhar processos avaliativos. Os autores propõem a substituição do modelo de guerra por um “modelo do combate” indicado por Deleuze (1997), o qual considera a situação em que as forças em confronto se mantêm no mesmo plano, sem estarem submetidas a uma organização vertical e hierarquizada. Seria o caso de um processo avaliativo no qual “aquele que avalia e aquele/aquilo que é avaliado se distinguem,

mas não se separam, enquanto posições mantidas no contraste próprio da dominação” (Passos et al., 2008, p. 216). No modelo do combate proposto, a avaliação se desenvolve por meio da construção coletiva de valores comuns, por meio dos quais a realidade também se modifica.

Entretanto, é importante considerar que apenas a inclusão de diferentes atores ou setores em processos avaliativos numa tentativa de horizontalizar as relações não significa a eliminação das tensões relativas ao poder. Em outras palavras, colocar sujeitos juntos e numa posição de suposta igualdade cria a ilusão de uma unidade de que todos seriam iguais, eliminando a possibilidade de considerar as diferenças.

A promoção da saúde requer um “modo de fazer” suas avaliações em que as diferenças são consideradas e incluídas, permitindo reposicionamentos de cada ator ou setor participante. Dessa maneira, é possível construir um processo ou um “olhar avaliativo” comum em um contexto de heterogeneidade, construído no encontro das diferentes posições e no que delas advém como diferença (Passos et al., 2008). Isso corresponde à transversalização dos processos avaliativos, entendendo “a transversalidade na perspectiva do aumento do grau comunicacional intra e intergrupos” (Guattari, 1981,<sup>2</sup> apud Passos et al., 2008, p. 225). Nesse movimento, incluem-se os diferentes sujeitos e as diversas situações, buscando-se a composição de “um plano comum no qual as heterogeneidades são valorizadas, postas lado a lado, gerando uma tensão problematizadora e garantindo a diferenciação do sistema em avaliação”.

Vale destacar o importante desafio de introduzir a avaliação no cotidiano dos serviços de saúde, tornando-se uma prática a ser incorporada pelos gestores, trabalha-

2 F. Guattari. A transversalidade. In: *Revolução molecular*. São Paulo: Brasiliense, 1981, pp. 88-105.

dores e usuários do sistema de saúde. Assim, ao buscar incluir os diferentes sujeitos, habitualmente reduzidos ao lugar de “objetos” avaliados, aponta-se para o enfrentamento de três desafios apresentados por Passos et al. (2008, p. 218):

- enfrentar a separação entre avaliadores e avaliados;
- enfrentar a cisão entre os valores que compõem o projeto/objeto de avaliação e o processo de avaliação ele mesmo;
- enfrentar a fragmentação entre os momentos do planejamento, da decisão, da execução e da avaliação, que constituem todo o processo de trabalho em saúde.

Esses enfrentamentos passariam por desenhos avaliativos em promoção da saúde que minimizem as distâncias entre os sujeitos na avaliação, e que eliminem a dominação de uns sobre os outros, promovendo encontros que gerem a construção coletiva de valores compartilhados. Esses valores partilhados aproximam os valores do projeto de avaliação (suas ideias e intenções) com o processo real de implementação, numa postura avaliativa mais democrática e solidária. E, finalmente, em relação ao processo de trabalho o desafio seria incorporar a *função avaliativa* nos modos de trabalhar e de produzir saúde em serviço, isto é, considerar a avaliação como “componente” do processo de trabalho que “se faz junto”, em equipe, num arranjo institucional que não mais produza avaliações “sobre”, mas produza avaliações “com” os diferentes sujeitos.

### **Avaliação participativa em promoção da saúde: um caminho metodológico**

Não existe um único entendimento do que seja uma prática avaliativa, e como ela se processa nas inúmeras iniciativas

e projetos sociais, especialmente os de promoção da saúde. Vários são também os objetivos de uma avaliação bem como os interesses de quem a realiza. Às perguntas iniciais já formuladas por nós poderíamos acrescentar outras tantas: qual seria o nosso papel ao avaliar um programa, um projeto ou uma ação de promoção da saúde? Quais seriam os seus objetivos? Que tipo de avaliação seria mais adequada? Podemos identificar e levar em conta os diferentes interesses entre os envolvidos na avaliação de um programa, projeto ou atividade?

Como vimos e discutimos anteriormente os pressupostos e princípios da promoção da saúde nos fazem ver que este campo põe em questão os enfoques centrados na informação para a mudança de comportamento e traz a necessidade de refletir sobre os processos sociais, educacionais e políticos que permeiam e são mediadores nas práticas em saúde. Queremos em nossas práticas de promoção da saúde reforçar posições circunscritas ao universo da prescrição e das normas ou desejamos apoiar posições inclusivas, dialógicas que propiciem a participação e a tomada de decisões?

Ao discutir a prática das políticas sobre os determinantes sociais da saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011, p. 18) afirma que “a participação das comunidades e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas, no monitoramento de sua implementação e na avaliação de seus resultados é essencial para qualquer conjunto de ações sobre os determinantes sociais”. Essa afirmação considera o valor intrínseco e o valor instrumental da participação, chama a atenção para a necessidade de enfrentar os históricos de exclusão social mediante o fomento a ela, e põe ainda a perspectiva participativa no centro da discussão sobre a avaliação das ações sobre os determinantes sociais da saúde.

Podemos afirmar que o sentido de uma avaliação que se pretenda participativa é inserir os diversos atores da iniciativa e possibilitar aos envolvidos a produção de conhecimento para uso dos próprios grupos de interesse a fim de compreender e promover mudanças em seus projetos e processos de intervenção. Esse suposto considera a ideia de que os indivíduos e grupos, ao participarem dos processos avaliativos podem atribuir a eles sentidos, fazendo seus juízos e enviando mensagens direta ou indiretamente a respeito do que sejam suas necessidades, aspirações e anseios. Dessa forma a avaliação participativa vai além de descobrir os interesses dos diferentes grupos de pessoas, ela se institucionaliza como uma ação conjunta dos envolvidos na ação para ampliação da escuta e do debate (Westphal & Mendes, 2009).

Pelo fato de procurar envolver no processo avaliativo todos os atores-chave que participam do desenho, implementação, execução, interpretação e tomada de decisões das iniciativas essa modalidade de avaliação baseia-se, assim, fundamentalmente nos seguintes elementos: **participação** dos atores-chave em todas ou algumas etapas do processo; **negociação e consenso** sobre o que avaliar e como interpretar e utilizar os resultados da avaliação; **aprendizagem contínua** que resulta no desenvolvimento de capacidades e na incorporação das lições aprendidas ao processo de tomada de decisões, **autonomia** que se expressa nas escolhas, no julgamento e nas resoluções de vida das pessoas, e **flexibilidade** para adaptar-se a um contexto sempre dinâmico e em permanente movimento (Mendes & Sacardo, 2011).

Assim, uma avaliação dessa natureza procura envolver os atores de uma dada ação desde as primeiras fases de seus trabalhos, mantendo uma constante interação com eles para, assim, assegurar que a avaliação aborde especificamente

os valores e necessidades desses atores, e da qual se podem extrair potentes insumos para promover transformações desejadas nas condições de vida e saúde das populações.

Num processo participativo, as metas e objetivos precisam ser compartilhados coletivamente por todos os envolvidos, a partir de uma metodologia formativa, de aprendizagem, empreendida ao longo do processo de implementação da ação e desenvolvida por atores internos e externos à iniciativa (Akerman, Mendes & Bógus, 2006).

Poland (1996a, 1996b) chama atenção para outros elementos que devem ser agregados a esta discussão, especialmente em relação aos aspectos políticos e epistemológicos da teoria e dos métodos adotados num processo de avaliação participativa. Em primeiro lugar, é necessário conceber uma forma de participação integrada que leve em conta valores específicos e utilize múltiplos métodos, que enfoque os processos e não apenas os resultados, dando *feedback* oportuno e compreensível aos participantes. Em segundo lugar, o desenho de avaliação participativa deve incorporar uma perspectiva crítica que discuta aspectos de poder, explicitando as posições políticas e ideológicas, procurando dar visibilidade e pondo “em análise” as disputas, diferenças e eventuais desavenças. Em terceiro lugar, é necessário desenvolver um formato para o processo participativo delineado localmente, consistente com os propósitos e estratégias da ação que se pretende avaliar e sensível às necessidades e perspectivas dos vários atores envolvidos.

Em suma, a proposta de realizar uma avaliação de forma participativa abre a oportunidade para que os atores possam discutir e buscar o consenso na definição “do quê avaliar”, por meio de “quais instrumentos” e “o que

fazer” com os resultados encontrados. Se a avaliação de processo pode ser utilizada como um importante instrumento de gestão de projetos em geral, essa forma de avaliar parece ser particularmente significativa uma vez que pode resultar em uma oportunidade ímpar de reunir um grande número de envolvidos na discussão dos elementos fundamentais para serem acompanhados, registrados, avaliados e divulgados ao longo do processo.

A multiplicidade de atores envolvidos em uma iniciativa enseja, por um lado, uma grande riqueza em razão da diversidade de perspectivas, olhares e saberes que cada um dos sujeitos envolvidos traz, e por outro, coloca enormes desafios para o próprio processo avaliativo. Uma avaliação que se pretenda participativa tem grande potencial de criar ao longo do processo de implementação espaços de escuta, de diálogo e de interação com os diversos envolvidos para que eles possam, de fato, colaborar, apoiar, legitimar a avaliação proposta e, sobretudo, utilizar os resultados intermediários ou parciais para tomar decisões que busquem sanar os problemas identificados e que contribuam para o aprimoramento da ação.

Nesse sentido, o desafio colocado para implementar uma avaliação participativa é duplo. De um lado, a necessidade de consolidar o processo avaliativo como parte das iniciativas, porém com papéis e atribuições distintos desta, tendo em vista que a avaliação colabora, apoia e pode ser, concretamente, um instrumento de gestão, mas não pode substituí-lo. De outro, a abertura para uma pluralidade de perspectivas que assinala a necessidade de buscar o consenso em torno das questões mais relevantes para a proposta, o que é não um processo simples ou isento de conflitos, e que pode gerar impasses e interferir no andamento das iniciativas.

Esse segundo desafio pode ainda envolver peculiaridades relacionadas ao fato de que as iniciativas de promoção da saúde constituem-se em iniciativas conjuntas, interdisciplinares e intersetoriais, que podem envolver áreas do saber e muitos segmentos que historicamente enfrentam problemas de fragmentação do conhecimento e de desarticulação. A construção da intersetorialidade implica a articulação entre sujeitos de setores diversos com saberes, poderes e vontades diversos para enfrentar problemas complexos (Feuerwerker & Costa, 2000). Assim caberia perguntar: com quem e como a iniciativa desenvolve a ação intersetorial? Como envolver os atores das diversas instituições na avaliação desde o princípio? A avaliação favorece a articulação de conhecimentos para compreensão do contexto?

É importante que o enfoque da metodologia da avaliação participativa seja formativo, no sentido de que as informações coletadas e os resultados obtidos sejam de retroalimentação para as práticas, que são objeto da avaliação. O uso dessa metodologia ao longo do processo de implementação da ação reforça seu caráter formativo e possibilita readequações mais rápidas e, assim, mais eficientes para o êxito da iniciativa. Entretanto há que se considerar o fato de que possíveis vieses podem ocorrer quanto ao fato de serem pessoas que voluntariamente quiseram participar, e isso pode não representar devidamente os atores que deveriam estar participando (Assis, Hartz & Valla, 2004). Alguns dilemas podem surgir na aplicação da avaliação participativa e a maior parte deles surge em decorrência da pouca prática participativa que se tem no desenvolvimento de processos avaliativos com a inclusão de atores para a qual são dirigidas às ações (Wallerstein et al., 2002).

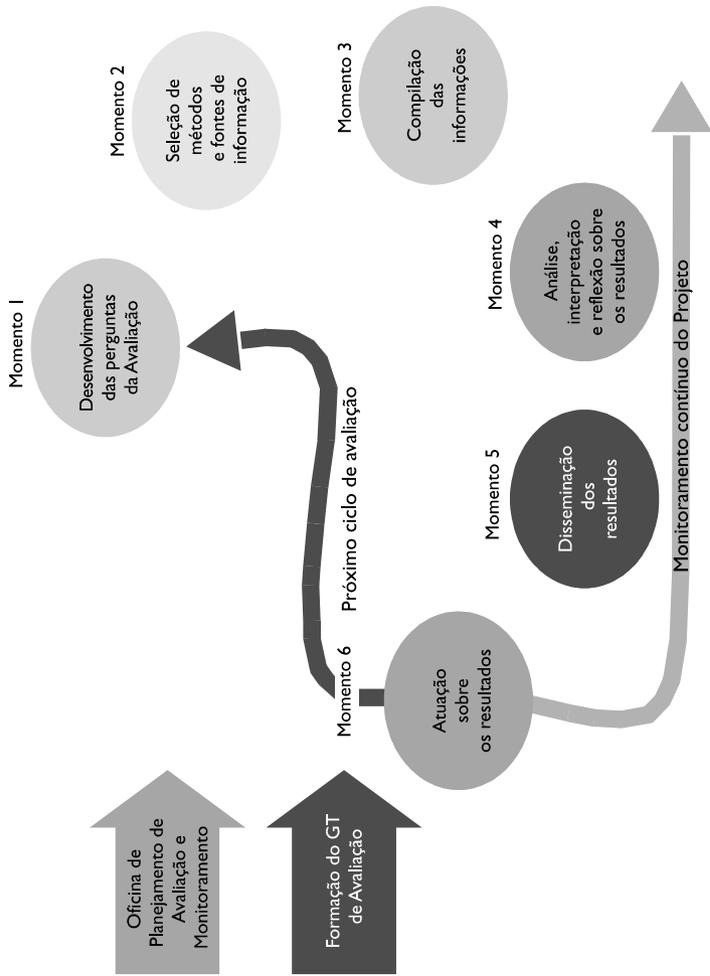
Considerando a adequação do uso dessa metodologia com relação ao envolvimento e inclusão de atores, é preciso estar atento na seleção das técnicas para a coleta e análise dos dados, pois elas devem se ajustar ao perfil dos participantes quanto aos aspectos culturais, ao nível de instrução e ao tipo de experiência de cada um, entre outros. De qualquer forma, os instrumentos podem ser simples e compreensíveis para os participantes, mas não podem abrir mão da validade e confiabilidade necessárias para mostrar e, ou demonstrar o que pretendem. Mais adiante vamos tratar especificamente dessas técnicas e o quanto elas podem auxiliar o desenho e a implementação de um processo avaliativo que se deseja empreender.

Alguns autores têm sugerido um percurso avaliativo em promoção da saúde que envolve diferentes estágios, que se complementam e se retroalimentam – Figura 1 – (1) o compartilhar uma história comum entre os atores envolvidos; (2) a criação de uma visão comum de futuro; (3) a identificação dos diversos atores com interesse no processo avaliativo; (4) a identificação de metas, objetivos e indicadores; (5) a identificação de estratégias para alcançar metas; (6) a coleta de dados e a construção de indicadores; (7) a análise dos dados; (8) a comunicação dos resultados (Wallerstein et al., 1997; Paho, 2004).

Essa proposta sugere criar um *Grupo de Trabalho de Avaliação* que deverá reunir-se periodicamente, tantas vezes quanto forem necessárias, para institucionalizar e desenvolver o processo de avaliação participativa e monitoramento. São definidas as formas e a periodicidade da avaliação, assim como a inclusão de participantes. São atribuições iniciais do *GT de Avaliação* (Pavs, 2007):

- refletir sobre o processo e sua articulação com o andamento da iniciativa;

Figura 1. Momentos e ciclos de avaliação



Fonte: Wallerstein et al., 1997; Paho, 2004, Pavs, 2007.

- contribuir para a disseminação e comunicação junto a seus pares as questões relativas a avaliação e monitoramento das iniciativas;

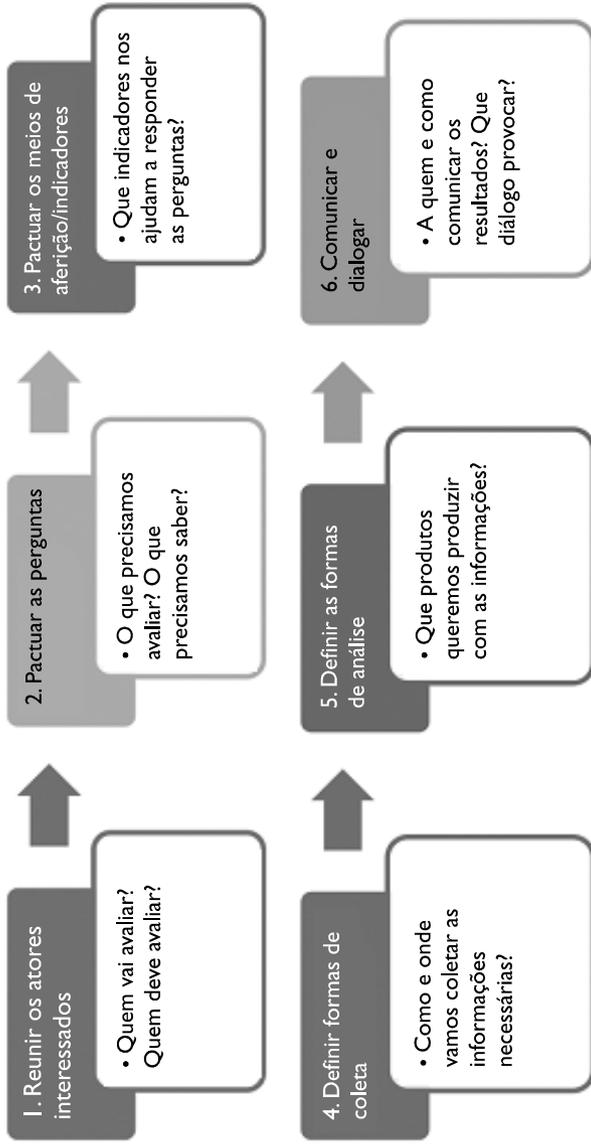
- contribuir para garantir a sustentação do processo de avaliação e monitoramento das iniciativas.

Nessa mesma perspectiva Joppert & Silva (2012) sistematizam no *Guia metodológico para monitoramento e avaliação participativa de ações municipais* as etapas de um processo participativo de avaliação (Figura 2). Este é um bom instrumento que pode auxiliar na implementação de uma avaliação participativa. Embora seja muito parecido com o primeiro modelo, este ajuda a pensar as perguntas que norteiam cada um dos passos da avaliação participativa. As etapas aqui resumidas são muito bem ilustradas na publicação, com exemplos e casos, e podem auxiliar na compreensão de um desenho avaliativo participativo. Nota-se a importância de iniciar o processo (1) com a reunião de atores de forma que pactue com eles o caminho, os ajustes e as mudanças que se fizerem necessárias; (2) as perguntas constituem-se no ponto de partida dos processos de avaliação. Elas definem e comunicam o que é necessário saber, dão direção ao trabalho e permitem que diferentes atores partilhem os mesmos focos de observação, ainda que com interesses diversos. Feitas as perguntas, pode-se passar a pensar em como respondê-las, e é nesse momento que se pode pensar nas metas, objetivos e em indicadores (3). Os indicadores podem ser ferramentas auxiliares para responder às perguntas de avaliação, podendo atuar como sentinelas de aspectos que precisam ser percebidos e tratados. Uma vez que as perguntas e os indicadores já foram pactuados, os processos de avaliação entram na fase chamada coleta de dados e informações (4). É nessa etapa que o que se deseja saber poderá ser conhecido na realidade, é

a fase de pesquisa no campo, de escuta, de leitura, de encontro. A fase de coleta possui dois componentes: a) as fontes de informação; e b) as técnicas de coleta de informações. O próximo passo (5) diz respeito a transformar as informações coletadas em conclusões ou juízos que tragam respostas diretas, consistentes e cuidadosas para as perguntas de avaliação. Gráficos, tabelas, fotografias, vídeos e textos de diferentes orientações (mais descritivos ou mais analíticos, mais jornalísticos ou mais literários) poderão ser definidos como os produtos da análise. Apesar de os resultados das avaliações serem buscados para serem usados, na prática, eles nem sempre são aproveitados na tomada de decisões. Os participantes da avaliação devem fazer um esforço deliberado para promover o uso das descobertas da avaliação Para que os resultados sejam bem comunicados (6) torna-se importante fortalecer sua capacidade de traduzir conhecimento novo em ação adequada, de discutir como os achados potenciais podem afetar a tomada de decisão, de explorar implicações positivas e negativas dos resultados potenciais e identificar diferentes opções de melhoria da iniciativa. Nesse sentido, a comunicação que ocorre entre todas as pessoas envolvidas na avaliação também está presente em todos os estágios do processo de avaliação. A partilha propicia a criação de clima de confiança entre as partes interessadas.

Na segunda parte do texto – *Abordagens e técnicas para avaliação em promoção da saúde: “modos de fazer”* – encontramos elementos da opção metodológica e do uso de técnicas mais adequadas para cada processo de avaliação de um projeto ou iniciativa de promoção da saúde. Apresentam-se como subsídios importantes para a realização das seis etapas propostas.

Figura 2. Etapas de processos participativos de avaliação e monitoramento



Fonte: Joppert & Silva, 2012.

Esses passos nos fazem ver que uma avaliação participativa envolve diferentes estágios complementares. Trata-se de um processo que procura “olhar para frente”, para corrigir, adequar e afetar as decisões, indicando qualitativamente o grau de mudanças requeridas em relação ao processo e envolvimento dos atores. Os aprendizados, contudo, são os resultados mais importantes que podem ser incorporados na gestão e prática avaliativa inclusiva que se pretende crítica, reflexiva, mobilizadora, transformadora e abrangente de modo que interfira nas relações, nas mentalidades e nas formas de intervir.

### **O processo avaliativo como um resultado**

A questão do processo como um dos resultados da avaliação foi retomada por Furtado, Passos & Onocko Campos (2011, p. 227) e “pode ser compreendida como mudanças individuais, coletivas e organizacionais que ocorrem entre instâncias envolvidas na avaliação, como resultado de aprendizagens ocorridas durante o processo”. Significa reafirmar que as reflexões, discussões, questionamentos, dúvidas, resultam em aprendizados e mudanças que não dependem dos resultados finais das avaliações, mas são acumulados ao longo de todo o percurso vivido pelo grupo.

Furtado, Passos & Onocko Campos (2011) destacam os indicativos de “bons efeitos” do processo avaliativo, como a ampliação do conhecimento e a incorporação do pensamento avaliativo no cotidiano do trabalho, o estabelecimento de uma postura mais positiva e “amadurecida” em relação à avaliação, a apropriação dos métodos de coleta e análise e o aumento da motivação para participar de outras avaliações.

Além disso, outros fatores contribuem para a valoração do processo em si como um resultado, como a qualidade e a quantidade de espaços destinados à interlocução entre os vários atores sociais envolvidos – o exercício de colocar em cena os diversos olhares, perspectivas, expectativas, e dar lugar para a emergência das diferenças –, enfrentando os desafios que os eventuais impasses, falta de entendimentos e de consensos possam suscitar. Vale destacar a função que os instrumentos de avaliação adquirem quando são construídos coletivamente, tendo em vista que a avaliação participativa provoca nos coletivos sua própria capacitação, construção, pactuação, resultantes das trocas de ideias e de experiências. Os instrumentos criados nesses espaços de encontros em que há confrontação de percepções e opiniões divergentes podem significar uma oportunidade para lidar com questões que “atravessam” a avaliação e não tinham “aparecido” em outros momentos. São pequenas (ou grandes) diferenças entre os atores que ficam latentes, não ditas, nas entrelinhas e, se percebidas, expostas em palavras e colocadas em análise, ampliam as chances de se encontrarem novos caminhos para prosseguimento.

Outro “indicativo” da importância do processo na avaliação participativa é o grau de envolvimento dos participantes em relação ao programa ou serviço avaliado e a motivação para compreendê-lo e qualificá-lo, bem como a articulação entre profissionais, gestores e usuários. A experiência avaliativa possibilita que os sujeitos envolvidos se apropriem do próprio “objeto” da avaliação, ao serem efetivamente “sujeitos” ao decidirem coletivamente “o quê”, “por que”, “para quem”, “como”, “com qual abordagem”, “quais instrumentos” avaliar, e, também, “o que fazer” com os resultados ou efeitos da avaliação. Se apropriar significa

também democratizar a gestão, a atenção e o próprio campo da avaliação.

Se, como toda intervenção, o ato de avaliar modifica o objeto sob avaliação, o fato de esse objeto ser produzido coletivamente significa que a alteração ocorre também como um produto de uma dinâmica coletiva: os *sujeitos* e o *objeto se transformam* no processo avaliativo. As questões subjetivas, não apenas são valorizadas, como passam a ser um importante “motor da avaliação” (Santos Filho, Souza & Gonçalves, 2011). Avaliar significa, nesse sentido, produzir subjetividades e produzir sujeitos.

## Referências

- Akerman, M.; Mendes, R. & Bógus, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9, n.º 3, pp. 605-15, 2004.
- . Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In: *Avaliação qualitativa de programas de saúde – enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006, pp. 145-60.
- Assis, M.; Hartz, Z. M. A. & Valla, V. V. (2004). Programas de avaliação da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9(3): 557-581.
- Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- Fernandez, J. C. A.; Andrade, E. A.; Pelicioni, M. C. F. & Pereira, I. M. T. B. Promoção da saúde: elemento instituinte? *Saúde Sociedade*, vol. 17, n.º 1, pp. 153-64, 2008.
- Feuerwerker, L. M. & Costa, H. Intersetorialidade na rede Unida. *Divulgação em Saúde para o Debate*, 22, pp. 25-35, 2000.

- Furtado, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 6, n.º 1, pp. 165-82, 2001.
- Furtado, J. P. & Laperrière, H. A avaliação da avaliação. In: Onocko Campos, R. & Furtado, J. P. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Ed. Unicamp, 2011, pp. 19-39.
- Furtado, J. P.; Passos, E. & Onocko Campos R. Avaliação de uma rede de serviços de saúde mental – efeitos da pesquisa. In: Onocko Campos, R. & Furtado, J. P. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Ed. Unicamp, 2011, pp. 223-5.
- Mendes, R. & Sacardo, D. Avaliação em promoção da saúde: enfoque na participação e na construção de capacidades avaliativas In: Pelicioni, M. C. & Mialhe, F. L. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*, vol. 1. Santos: GEN – Grupo Editorial Nacional, 2012, pp. 533-44.
- Joppert, M. P. & Silva, R. R. *Guia metodológico para monitoramento e avaliação participativa de ações municipais / Confederação Nacional de Municípios – CNM e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Pnud/Brasil – Brasília: CNM/Pnud, 2012.*
- Lourau R. **Análise institucional**. 2.<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, vol. 9, n.º 3, pp. 239-62, jul.-set., 1993.
- OMS [Organização Mundial da Saúde] Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Documento para discussão. Rio de Janeiro, out. 2011. <[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)>; acesso em 16-9-2013.
- Pan-American Health Organization. *Participatory evaluation of healthy municipalities: a practical resource kit for action*. Washington: Paho, 2004.
- Passos, E.; Benevides de Barros, R.; Benevides, L.; Paula Souza, T.; Talleberg, C.; Fialho Carvalho, H.; Alvarez, A. P. E. & Costa, L. C. F. A dimensão instituinte da avaliação. In: Onocko Campos, R. et al. *Pesquisa avaliativa em saúde*

- mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, pp. 209-28.
- Pedrosa, J. I. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9, n.º 3, pp. 617-26, 2004.
- Poland, B. D. Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community Initiatives. Part I: guiding principles. *Health Prom*, vol. 11, pp. 237-247, 1996a.
- . Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community Initiatives. Part II: potential content foci. *Health Prom*, vol. 11, pp. 341-9, 1996b.
- Rootman, I.; Goodstadt, M.; Potvin, L. & Springett, J. A framework for health promotion evaluation. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Who Regional Publication European Services, vol. 92, pp. 7-38, 2001.
- Santos Filho, S.; Paula Souza, T. & Gonçalves L. A avaliação como dispositivo de humanização em saúde. Considerações metodológicas. In: Onocko Campos, R. & Furtado, J. P. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Ed. Unicamp, 2011, pp. 257-78.
- Wallerstein, N.; Maltrud, K. & Polacsek, M. *Participatory Evaluation Workbook for Community Initiatives*. New Mexico Department of Health, Public Health Division, Healthier Communities Unit, 1997.
- . Participatory evaluation model for coalitions: the development of system indicators. *Health Promotion Practice*, vol. 3, n.º 3, pp. 361-73.
- Westphal, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Ed. Fiocruz, 2006, pp. 635-67.
- Westphal, M. F. & Mendes, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional*, vol. 35, n.º 2, pp. 17-27, 2009.

Daniele Pompei Sacardo  
Cláudia Maria Bógus  
Marcia Faria Westphal  
Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins

### Capítulo 3

## ABORDAGEM E TÉCNICAS PARA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: “MODOS DE FAZER”:

PARTINDO DO PRESSUPOSTO que o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma realidade empírica e uma teoria, o método corresponde ao “fio condutor” que permite essa articulação, além de ter um papel instrumental de viabilizar escolher um determinado “modo de abordar o problema”. É importante destacar que a abordagem escolhida deve estar em consonância com o objeto a ser estudado e com o referencial teórico que será utilizado. Consequentemente, os instrumentos escolhidos devem ser os mais adequados para responder às perguntas avaliativas e para a compreensão dos dados encontrados. Há duas abordagens metodológicas de naturezas distintas – a quantitativa e a qualitativa –, que podem ser concebidas como complementares, a depender do planejamento da avaliação (Minayo & Sanches, 1993).

De acordo com os autores, a abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Em geral, é utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis por meio de variáveis. Tais variáveis são preestabelecidas e procuram verificar e

explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise de frequência de incidências e de correlações estatísticas. Como estratégia de pesquisa, o método quantitativo visa a obter evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta ou de desfecho). O pesquisador (no sentido de quem faz uma pesquisa avaliativa) descreve, explica, prediz.

Minayo et al. (2005, p. 72) fazem referência aos autores Mullen & Iverson (1982) que descrevem a importância da abordagem quantitativa para apresentar resultados que podem ser contados e expressos em números, taxas e proporções. Também tem grande utilidade quando se pretende conhecer a cobertura, a concentração e a eficiência de programas, ações e intervenções, para avaliar objetivos bastante específicos, bem como avaliar as diferenças de grau de um objetivo que exige uma lógica de “mais” ou de “menos”.

Com exceção dos estudos exploratórios, frequentemente a abordagem quantitativa está relacionado a um enfoque dedutivo, ou seja, parte de uma teoria conhecida ou de uma lei geral para, então, observar casos particulares procurando confirmar a hipótese investigada ou gerar outras. Busca verificar resultados por meio de objetivos previamente definidos, e o pesquisador tem a função de quantificar as causas e os efeitos, e isolá-los do seu contexto, a fim de tornar o processo, dentro da visão positivista, o mais objetivo possível, visando prever e controlar eventos, comportamentos e outros resultados.

Historicamente, essa abordagem tem sido utilizada de modo mais recorrente, tendo em vista que grande parte dos estudos avaliativos se preocupa em mensurar o impacto ou efeito da intervenção. As características do paradigma em questão podem ser assim resumidas: atua dentro da filosofia positivista; utiliza métodos estatísticos; trabalha

com mensuração controlada; tem uma perspectiva externa aos dados; está orientado para a verificação e confirmação das hipóteses e para resultados; enfatiza dados confiáveis e replicáveis; considera a perspectiva de uma realidade estável (Minayo et al., 2005, p. 72).

Outra questão metodológica fundamental em estudos avaliativos valendo-se de métodos quantitativos refere-se à definição do planejamento amostral para que se almeje obter a representatividade estatística. Se a iniciativa em análise trabalha com determinada população, é preciso decidir se a avaliação vai considerar o universo (censo), uma amostra probabilística ou uma amostra não probabilística. Seja qual for a escolha, deverá ser selecionada segundo os critérios metodológicos de cada uma. Os autores enfatizam que a observância aos critérios de “representatividade amostral” é mais importante do que o “tamanho da amostra”, visto que é necessário contar com algumas perdas (participantes que saem ao longo da avaliação, por exemplo), que influenciam os resultados e conclusões da pesquisa avaliativa.

Já a abordagem qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos e atitudes que são aspectos importantes para o entendimento da complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos ou sujeitos. Visa aprofundar a compreensão dos significados, da subjetividade, do simbolismo e da intencionalidade que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana. O pesquisador participa, compreende, interpreta (Chizzotti, 1991; Minayo & Sanches, 1993).

A abordagem qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda (ou avalia) e não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. Seu foco é dirigido para o específico, buscando mais a compreensão

dos fenômenos estudados. Para que seus resultados possam ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com a situação específica estudada, é preciso, com base nos dados obtidos, realizar uma discussão de caráter conceitual que embase adequadamente os achados e as conclusões apontadas (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Patton (1990) afirma que os estudos qualitativos cultivam o que se tem de mais importante na relação entre os homens: a capacidade de aprender com os outros, na medida em que se enfatiza a compreensão e interpretação dos significados de uma experiência por aqueles que a vivenciaram ou vivenciam, possibilitando o confronto destes com os conhecimentos científicos e a reconstrução deste conhecimento científico com base nos dados empíricos. A valorização dos sujeitos e dos significados por eles atribuídos aos resultados encontrados é aspecto diferencial fundamental nesse tipo de abordagem, pois reafirma que nenhum processo ou produto decorre ou envolve apenas questões técnicas, isentas das mediações humanas e relacionais (Minayo, 2008).

O campo da saúde tem uma abrangência interdisciplinar, pois se refere a uma realidade complexa, também afetada pela problemática social mais ampla que interfere no processo saúde-doença, que se constitui no seu principal objeto de investigação.

Dessa forma, a inclusão de aspectos sociais nas avaliações do campo da saúde torna-se imprescindível e a dinâmica e a profundidade das relações presentes no fenômeno avaliado, as contradições existentes e as representações dos grupos e segmentos sociais sobre o próprio fenômeno em pauta não serão captadas somente com análises quantitativas que decompõem o objeto em variáveis mensuráveis.

É possível exemplificar a possibilidade de combinação e complementaridade de abordagens ao se conside-

rar estudos que pretendam identificar e mensurar o impacto de intervenções nas práticas de saúde. Ao mesmo tempo em que se definem variáveis quantitativas que irão compor indicadores, indagações podem ser elaboradas e dirigidas aos que fazem parte dos segmentos sociais envolvidos nas iniciativas, com o intuito de buscar as explicações e justificativas para os valores encontrados por meio dos indicadores: são as razões para o baixo ou alto impacto, para a adoção ou não de determinadas práticas sanitárias. É necessária uma abordagem ampliada, que inclua os “comos” e os “porquês” relativos ao processo desenvolvido.

Ambas as abordagens possuem especificidades e racionalidades próprias, questões que as distinguem e requerem parcimônia em relação às “verdades” que produzem. São, portanto, relativas (no sentido de relativizar). Não significa que uma é mais científica por tratar os fenômenos ou problemas de modo mais “objetivo” e “quantificável”, tampouco a abordagem qualitativa produz estudos carregados de “subjetivismos”, “impressões” ou realizam apenas “atividades exploratórias”.

Esse debate, apesar de bastante explorado no campo da saúde, parece oportuno para esclarecer que não se trata de defender uma abordagem em detrimento da outra, mas de reconhecer que ambas são importantes, exigem rigor nos procedimentos e utilização de técnicas adequadas de coleta e análise dos dados para ampliar as possibilidades de compreender a realidade em análise. Nas palavras de Minayo & Sanches (1993, p. 239), um bom método será aquele que ajude a refletir sobre a dinâmica da realidade, “portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível”.

Vale ressaltar algumas ideias sintetizadas por Minayo et al. (2005, p. 100) acerca das escolhas das abordagens quantitativa e, ou qualitativa. A primeira delas é a afirmação de que a diferença entre os paradigmas não justifica a “incomunicabilidade científica”, uma vez que a coexistência de críticas mútuas é enriquecedora para ambas. A segunda questão é que embora ambas as abordagens devam, em tese, ser articuladas, combinadas e usadas de forma complementar, cada uma delas assim como as diversas técnicas devem ser projetadas para propósitos específicos. Umas são mais úteis para dimensionar, outras para avaliar interações, outras para compreender crenças, valores, representações. E a terceira ressalva diz respeito à necessária implicação dos atores no processo e na decisão sobre os “modos de fazer” a avaliação. Escolhas essas influenciadas por sua formação, por suas relações com os campos disciplinares e treinamento de habilidades, o tipo de instituição em que o processo avaliativo se desenvolve, assim como a orientação e os limites impostos pelos financiadores.

### **Técnicas que auxiliam a construção de uma avaliação participativa**

As técnicas utilizadas na avaliação em promoção da saúde devem favorecer a integração das pessoas e criar espaços em que possam opinar, esclarecer dúvidas e defender pontos de vista diferentes, criando um movimento em que os envolvidos possam motivar-se em relação à iniciativa e acompanhar seu próprio desenvolvimento na condição de sujeitos.

Quais são as fontes de dados ou de informações? Como já referido, a depender da abordagem empregada,

as informações podem ser qualitativas ou quantitativas, e os dois tipos são úteis para entender as situações complexas. A informação quantitativa que pode ser expressa em números, é medida e expressa por cifras e quantidades. A informação qualitativa ajuda a entender o significado de uma iniciativa e seus efeitos, sob a perspectiva dos envolvidos (percepções e critérios). A informação qualitativa oferece descrições detalhadas das atividades, o contexto e as percepções que, de forma geral, são captadas ao analisar as narrativas, as observações e as entrevistas.

Caso haja possibilidade, é recomendável utilizar uma combinação de técnicas para a coleta de dados com o intuito de realizar uma análise que permita a compreensão dos objetos de avaliação de forma contextualizada: entrevistas, observações, coleta de material documental, questionários e grupos focais. A prática da coleta de dados voltada para a avaliação supõe um movimento intencional de busca comunicativa com as representações, crenças e opiniões provenientes dos “investigados” em interação e intersubjetividade. Essas técnicas têm sido amplamente utilizadas em pesquisas sociais e devem ser selecionadas levando-se em conta vantagens e desvantagens de cada uma delas em relação aos objetivos a serem alcançados.

## Entrevista

A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. O propósito da entrevista é permitir ao entrevistador colocar-se na mesma perspectiva que o entrevistado (Patton, 1990).

Mais do que em outros instrumentos de pesquisa

(entenda-se pesquisa avaliativa) que, em geral, estabelecem uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado, na entrevista, a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde (Lüdke & André, 1986).

A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata da informação desejada, com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas, diferentemente de outros instrumentos de pesquisa que após serem elaborados não permitem mais nenhum tipo de adequação que possa ser necessária (Lüdke & André, 1986).

O respeito pela cultura e pelos valores do entrevistado e a garantia do sigilo e do anonimato em relação ao colaborador são aspectos importantes que devem ser propiciados pelo entrevistador. O entrevistador tem também de desenvolver uma grande capacidade de ouvir atentamente e de estimular o fluxo natural de informações por parte do entrevistado, de forma que ele se sinta à vontade para se expressar livremente.

A entrevista constitui-se numa relação humana e ao se tratar de relações humanas, não se pode desconsiderar a existência dos fenômenos psicológicos, que estão presentes em todas as relações. É importante a consideração dos sentimentos que afetam o grupo de pesquisadores/avaliadores em benefício da pesquisa; os dados emocionais do entrevistador não devem ser desprezados, em nome de uma observação fria e distante; muito pelo contrário, eles devem ser levados em conta, transformando-se em dados de valor para a pesquisa (Nogueira-Martins, 2004).

Existem, basicamente, três tipos de entrevista: a en-

trevista estruturada ou fechada, a semiestruturada e a entrevista livre ou aberta.

A entrevista fechada é geralmente realizada a partir de um questionário preestabelecido e totalmente estruturado. Ao entrevistado cabe escolher uma entre as múltiplas respostas apresentadas pelo entrevistador (Minayo, 1993).

A entrevista semiestruturada é a que parte de certas questões básicas, apoiadas em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que o entrevistado dá suas respostas. Este, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. É útil esclarecer que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semiestruturada, são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas, também, de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno investigado.

A entrevista aberta é aquela em que o pesquisador apresenta uma questão ou um tema inicial e o entrevistado caminha por onde preferir, podendo sua fala abranger vários âmbitos (experiências pessoais, elementos históricos, sociais e outros).

Nas entrevistas aberta e semiestruturada, o entrevistador deve ter o cuidado de observar os aspectos não verbais. Os gestos, expressões, entonações, sinais não verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda a comunicação não verbal é muito importante para compreender e validar o que foi efetivamente dito.

Há duas formas principais de registro e ambas apresentam defeitos e virtudes – a gravação direta e a anotação durante a entrevista. A gravação tem a vantagem de

registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado. Por outro lado, ela só registra as expressões orais, deixando de lado as expressões faciais, os gestos e as mudanças de postura e pode representar, para alguns entrevistados, um fator constrangedor. Outra dificuldade em relação à entrevista gravada é a sua transcrição para o papel. Essa operação é bastante trabalhosa e exige a comparação do material obtido pela transcrição com a gravação para se estabelecer as prioridades, com o auxílio da memória do entrevistador. O registro feito por notas durante a entrevista certamente deixará de cobrir muitas das coisas ditas e solicitará a atenção e o esforço do entrevistador, além do tempo necessário para escrever. Mas, em compensação, as notas já representam um trabalho inicial de seleção e interpretação das informações emitidas. Nesses casos, é indispensável que o entrevistador disponha de tempo, logo depois de finda a entrevista, para preencher os claros deixados nas anotações. Se deixar passar muito tempo, certamente perderá aspectos importantes da entrevista (Lüdke & André, 1986).

### **Grupo focal**

O grupo focal pode ser utilizado para gerar ou formular teorias a serem posteriormente testadas por estudos quantitativos, identificar conceitos, crenças, percepções, expectativas, motivações e necessidades de um grupo específico de interesse do pesquisador. Serve também para testar material educativo, caracterizar universo vocabular e avaliar políticas, programas ou ações desenvolvidas ou em andamento. O objetivo principal do grupo focal é obter

informações e realizar constatações, sem provocar mudanças, *a priori*. As informações obtidas por meio do grupo focal poderão ser utilizadas em um programa de intervenção ou no redirecionamento das atividades de uma política ou de um programa que já esteja em andamento.

O grupo deve ser composto por no mínimo seis e no máximo quinze pessoas, número que sofre variações dependendo dos autores consultados. O tempo médio de duração é de noventa minutos. Para a condução dos trabalhos é necessário um moderador, cuja função é a proposição das questões aos participantes, a manutenção do foco da discussão, a realização de resumos e retomadas do assunto em eventuais desvios (Westphal e cols., 1996). Sua presença é vital para o trabalho e seu papel imprescindível, mas sua intervenção deve ser discreta, a fim de permitir a emergência dos conteúdos sem uma abordagem diretiva que impeça a livre manifestação dos participantes (Carlini-Contrim, 1996). Recomenda-se a presença de um assistente, na função de observador, relator de acontecimentos e eventuais intervenções, no sentido de facilitar o andamento dos trabalhos (Carlini-Contrim, 1996).

Os critérios para a composição do grupo devem ser compatíveis com os objetivos do estudo, ou seja, a amostra é intencional, pois são selecionados os indivíduos mais adequados quanto à possibilidade de fornecerem as informações mais úteis para a pesquisa (Westphal e cols., 1996). No desenvolvimento da pesquisa pode-se trabalhar com vários grupos focais para abordar os diversos grupos sociais e os diversos “olhares” possíveis sobre o mesmo fenômeno.

Algumas considerações são importantes para recrutar os participantes do grupo focal: deve-se tentar alcançar certa homogeneidade entre os membros de um grupo, especialmente quanto à idade e nível socioeconômico, para que se

sintam à vontade para expressar suas ideias. Outro aspecto importante é tentar evitar que amigos muito próximos, vizinhos e parentes participem do mesmo grupo, pois isso pode causar conversas paralelas ou mesmo inibir alguns a discutirem certos temas. Os primeiros contatos com possíveis participantes do grupo focal devem ser feitos pessoalmente ou por telefone com antecedência, explicando do que se trata, quais os objetivos e assegurando anonimato.

Como técnica, o grupo focal é uma entrevista realizada em grupo que permite, pela interação grupal, a possibilidade de emergência de dados e percepções que, talvez, por meio da realização de entrevistas individuais ou aplicação de questionários não seriam acessíveis (Carlini-Contrim, 1996).

Westphal e cols. (1996) descrevem a utilização dessa técnica, sua metodologia, limitações, vantagens e as experiências brasileiras na área da saúde pública, mostrando sua eficiência na identificação e análise profunda de problemas da perspectiva dos envolvidos, num curto espaço de tempo. “Esta técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não constrangedor” (Westphal e cols., 1996, p. 473).

As principais vantagens da utilização do grupo focal são: baixo custo, rapidez e flexibilidade. Outras vantagens que podem ser citadas são: estimular o surgimento de novas ideias e fornecer alguma indicação sobre a dinâmica das atitudes do grupo, permitindo perceber quanto são flexíveis ou rígidas as suas atitudes e crenças.

Por outro lado, existem algumas limitações, tais como a impossibilidade de interpretar seus resultados quantitati-

vamente com o objetivo de embasar uma decisão ou de desenvolver normas, já que a amostra não é estatística e não permite generalizações.

Os resultados do grupo focal devem ser avaliados considerando-se o contexto e a dinâmica particular de cada grupo. Além disso, as questões, por não serem estruturadas, podem variar na sua apresentação de sessão para sessão e isso pode gerar diferentes respostas em diferentes sessões.

Como forma de registro, habitualmente é utilizada a gravação. O assistente, mencionado anteriormente, deve fazer anotações para complementação do material gravado, anotando a disposição física das pessoas no local e elaborando listagem com o nome e atributos (importantes para a pesquisa em questão) dos elementos do grupo.

### Observação

A observação tem sido utilizada para descrever uma cultura, um ambiente, uma instituição, a “partir de dentro”. Patton (1990) acentua que, apesar de haver uma semelhança entre os métodos que ela emprega e os processos que as pessoas utilizam no dia a dia (e que constituem a “sabedoria popular”), há necessidade de um grande preparo do pesquisador, no sentido de desenvolver: *a*) habilidades para inserção no ambiente de pesquisa; *b*) habilidades interpessoais; *c*) critérios para seleção do material a ser registrado; *d*) condições técnicas para mudanças na estratégia de pesquisa, quando necessárias.

O principal objetivo da observação é gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia a dia. Observações podem ocorrer em qualquer lugar em que as pessoas estejam fazendo coisas: culturas,

comunidades, organizações, lares, ruas, lugares de trabalho, salas de aula e outros.

As vantagens da utilização da observação são: (1) conforme o pesquisador passa mais tempo no ambiente, diminui a probabilidade de que as pessoas alterem seu comportamento motivadas por sua presença; (2) as diferenças entre o comportamento verbal e o real ficam mais aparentes; (3) questões podem ser formuladas na linguagem dos sujeitos, usando termos característicos das pessoas estudadas; (4) podem ser identificadas a sequência e as conexões dos eventos que contribuem para o significado do fenômeno; (5) muitos dos interesses do pesquisador não podem ser adequadamente investigados por outros meios.

A adequação quanto ao uso da técnica da observação depende fundamentalmente do objeto da pesquisa, da pergunta da pesquisa e do desenho geral do estudo. O mesmo acontece quanto à escolha do grau de participação na atividade de observação (o pesquisador pode ser completo participante, participante como observador, observador como participante e completo observador), o que dependerá também do contexto, isto é, em algumas situações, será possível maior participação, ao passo que, em outras, o pesquisador terá de adotar um grau mínimo de participação.

A observação pura, sem nenhum grau de participação, é rara nas pesquisas de cunho qualitativo. Descrevemos a seguir os estágios do trabalho de campo compreendidos pela observação, segundo Patton (1990):

### **Entrada em campo**

Compreende duas partes: a negociação com os participantes sobre a natureza do trabalho a ser feito; a entrada pro-

priamente dita, para a coleta de material; habitualmente, há uma reciprocidade, isto é, alguma razão tem de ser encontrada pelos participantes para que cooperem na pesquisa; alguma espécie de troca deve ocorrer.

### **Rotinização do campo**

No segundo estágio, o pesquisador já estabeleceu um papel e um propósito e está pronto para se concentrar em obter dados. Pesquisadores, seres humanos com suas próprias personalidades e interesses, estarão naturalmente atraídos para algumas pessoas, mais que para outras. É importante que o pesquisador reconheça e lide com seus sentimentos sobre as pessoas e situações que estão sendo observadas. Os informantes-chave são pessoas que têm um conhecimento particular sobre a situação, que podem ser úteis para ajudar um observador a entender o que está acontecendo.

O alerta que cabe para a utilização desses informantes é lembrar que suas perspectivas podem ser distorcidas e viesadas, podendo fornecer um quadro equivocado sobre o ambiente, pois representam as suas percepções.

### **Encerramento do trabalho de campo**

Quanto tempo o pesquisador vai ficar em campo depende de seus recursos, interesses e necessidades. De toda forma, a análise dos dados começa mesmo antes de o observador deixar o campo. Fornecer uma devolutiva é recomendável e pode ser um momento fundamental para a verificação e complementação do processo da pesquisa. É interessante prover descrições e análises, verbalmente e informalmente,

aos participantes, incluindo suas reações como parte do material.

Bogdewic (1992) faz algumas recomendações quanto ao comportamento do pesquisador durante o processo de pesquisa: não ser intrusivo, ser honesto, ser bom ouvinte, mostrar-se (isto é, não se esconder). O autor diz que uma das formas para se pensar a observação é que ela deverá propiciar todos os elementos necessários para contar uma estória: quem, o quê, quando, onde, por quê e como.

Nos primeiros dias no campo, uma boa medida é mapear o território: isso significa, literalmente, diagramar o espaço físico em que o pesquisador usará seu tempo; essa providência auxilia a organização da pesquisa e, ao mesmo tempo, permite uma familiarização com o ambiente.

O hábito de escrever ou gravar as experiências tão logo ocorram é essencial; é importante combater a ideia de que, naturalmente, os aspectos observados serão lembrados, pois os acontecimentos posteriores diluem as lembranças. Quanto ao registro, três questões são importantes: o que registrar, como registrar e quando registrar. Uma regra é: se estiver em dúvida, escreva, principalmente nos primeiros dias do campo. Quanto à forma, os registros podem ser arrolados em: • apontamentos: são pequenas notas feitas durante a observação em campo; são pequenas frases ou palavras-chave, que servem, posteriormente, para avivar a memória; são feitas em um pequeno caderno, que pode ser levado no bolso; • diário de campo: é um registro de como o tempo foi gasto; pode ser usado para planejar futuras observações e para calcular custos; • notas de campo: são as notas expandidas, que serão o fundamento para posterior análise; são mais completas e mais acuradas que as do diário de campo; pode-se deixar uma margem livre, para colocar notas, significados, códigos, categorias, palavras-

chave: para gravar e manejar as notas de campo podem ser utilizados lápis e papel, audiogravação, computadores, computadores pessoais, fotografias e filmagem, notas reflexivas: durante o período de observação, surgem inúmeros temas, hipóteses, *insights* e ideias teóricas; as notas reflexivas mostram a viagem intelectual e emocional do pesquisador, explicitando como o processo de aprendizado e descoberta evoluiu.

### Análise documental

É uma técnica de coleta de dados bastante valiosa, pois visa tanto a complementação das informações obtidas por outras fontes, como a descoberta de novos aspectos do problema estudado (Sacardo, 1995). Ela serve para identificar os objetivos, as estratégias e as ações prioritárias propostas para um programa ou projeto e, assim, compreender as várias dimensões contextuais em que está inserido. Sua relevância reside no fato de preservarem dados de tempos e contextos específicos aos quais dificilmente se chegaria apenas com depoimentos de informantes.

Como “os textos, não falam por si, mas respondem a indagações do investigador” (Trujillo Ferrari, 1982). Geralmente, o material de interesse da pesquisa é separado, resumido e analisado, do ponto de vista dos objetivos e do referencial teórico do estudo. Estes são descrições dos programas e projetos, relatórios de atividades, materiais produzidos durante as atividades (vídeos, cartilhas, folhetos e fotos) ou outros relacionados.

Essa técnica tem sido muito discutida pelos etnólogos e sociólogos e bastante utilizada para a complementação de dados quantitativos, agregando informações importantes para explicar aspectos que interferem nas ações.

## História de vida

Segundo Queiroz (1987), define-se história de vida como “o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstituir os acontecimentos que viveu e transmitir a experiência que adquiriu”.

O pesquisador escolhe o tema da pesquisa, formula as questões que deseja esclarecer, propõe os problemas e escolhe como sujeitos da pesquisa e informantes-chave aqueles cuja história de vida possa contribuir para responder às perguntas da investigação.

A partir daí, o relato – história de vida – passa ao comando do informante, correspondendo a uma narrativa linear e individual dos acontecimentos considerados significativos pelo sujeito da pesquisa. Devem fazer parte da narrativa os fatos e acontecimentos que o informante efetivamente presenciou, experimentou ou, de alguma forma, conheceu profundamente, a fim de poder certificar os elementos que está apresentando. É o narrador quem determina o que é relevante ou não narrar, ele é quem detém o fio condutor, diferentemente da técnica da entrevista, na qual é o entrevistador que orienta sua condução com base nos objetivos da pesquisa.

No caso dos estudos na área de alimentação e nutrição, a história de vida pode trazer importantes contribuições por permitir conhecer a percepção das pessoas para quem estão dirigidas as intervenções. Histórias de vida de sujeitos de camadas sociais diferentes, ou de diferentes etnias ou culturas, a respeito de um mesmo acontecimento são fontes de dados preciosas.

Por meio da técnica da história de vida, delineiam-se as relações deste sujeito com os membros de seu grupo so-

cial, de sua profissão, da sociedade a que pertence que cabem ao pesquisador desvendar. O interesse do pesquisador ao utilizar essa técnica é captar as informações que ultrapassem o universo do indivíduo, ou seja, apreender os fatos da vida desse indivíduo que se inserem na vida da coletividade a que ele pertence. O relato em si, porém, contém o que o informante considerou por bem oferecer para dar uma ideia de como foi sua vida e do que ele mesmo é. Avanços e recuos marcam as histórias de vida e o bom pesquisador não interfere para restabelecer cronologias, pois sabe que também estas variações no tempo podem constituir indícios de algo que permitirá a formulação de inferências.

O crédito a respeito do que foi narrado será testado, não pela credibilidade do narrador, mas pelo cotejo de seu relato com dados oriundos de outras fontes, o que mostrará as convergências e divergências existentes.

Assim como em outras técnicas de pesquisa qualitativas, a gravação dos depoimentos pode auxiliar na captação e análise dos dados.

## Questionário

O questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar dos informantes respostas por escrito ou verbalmente sobre o tema que os informantes saibam opinar ou informar. É uma interlocução planejada. Sua execução necessita: *a)* que o pesquisador/avaliador saiba claramente as informações que busca, o objetivo da pesquisa/avaliação, e conheça cada uma das questões, o que e como pretende medir ou confirmar suas hipóteses. É uma tarefa que

exige critério e planejamento para exaurir todos os aspectos dos dados que se quer obter, sem negligenciar os aspectos essenciais da pesquisa; *b*) que o informante compreenda as questões, os conteúdos e a linguagem sejam adequados; *c*) que o questionário contenha uma estrutura lógica e seja progressivo (parta do simples para o complexo), seja preciso (uma questão por vez), articulado (as questões centrais ou os “filtros” eliminem as questões derivadas). O sentido das questões deve evitar ambiguidades, dúvidas ou incompreensões, recusas e “não sei”, e produzir respostas curtas, rápidas e objetivas.

É fundamental ressaltar a necessidade de testar o instrumento elaborado com diferentes respondentes para sanar as dificuldades encontradas na aplicação do instrumento e corrigi-las a tempo.

A análise dos dados contidos em questionários, por serem de natureza quantitativa, em geral utilizam-se análises estatísticas, procurando demonstrar a relação entre variáveis por gráficos, classificados por categorias e medidos por cálculos de parâmetros característicos (média, mediana, quartis, etc.) ou para demonstrar a relação entre variáveis.

### **Análise dos dados na avaliação qualitativa**

A análise está presente em vários estágios da avaliação. No início, o foco do estudo é muito amplo; depois, já é possível, por meio de sucessivos procedimentos analíticos, onde se procura verificar a pertinência das questões selecionadas ante as características específicas da situação avaliada, ir restringindo a problemática. Isso faz com que a coleta de dados torne-se mais concentrada e produtiva e sejam formuladas algumas questões mais específicas que

também auxiliam na sistematização dos dados coletados.

Analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa. A tarefa de análise implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado. Do trabalho de codificação resulta um conjunto inicial de categorias que serão reexaminadas e modificadas num momento subsequente, quando, por exemplo, categorias relacionadas são combinadas para formar conceitos mais abrangentes ou quando ideias muito amplas são subdivididas em componentes menores para facilitar a composição e apresentação dos dados.

A classificação e organização dos dados preparam uma fase mais complexa da análise, que ocorre à medida que o pesquisador/avaliador reporta seus achados. Para apresentar os dados de forma clara e coerente, o pesquisador terá de rever as suas ideias iniciais, repensá-las, reavaliá-las e novas ideias podem, então, surgir nesse processo. À medida que se compilam os dados se reflete sobre eles, podem surgir novas ideias e perguntas que demandem ajustes no processo de avaliação.

A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que se vá além e ultrapasse a descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto analisado. Para isso ele terá de fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações (Lüdke & André, 1996).

Ao se descrever um fenômeno observado, procura-se representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de

vista presentes nele. Quando a situação suscita opiniões divergentes, os avaliadores devem procurar trazer na descrição essa divergência de opiniões, revelando ainda o seu próprio ponto de vista sobre a questão. Desse modo, permite aos usuários do estudo que tirem suas próprias conclusões sobre esses aspectos contraditórios. Como nunca será possível explorar todos os ângulos do fenômeno, a seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte são, pois, cruciais para atingir os propósitos do estudo.

Para a análise e a interpretação de dados qualitativos não há fórmulas; não há meios de replicar perfeitamente o processo analítico de pensamento do grupo de avaliação; não há regras a não ser a de utilizar, da melhor forma, a capacidade intelectual, para representar fielmente os dados e comunicar o que eles revelam, segundo o propósito do estudo. Isso não significa que não haja sugestões para nortear a análise de dados. Mas sugestões de procedimentos não são regras; requerem ponderação e criatividade. Como cada avaliação que se vale da abordagem qualitativa é única, a aproximação analítica utilizada será também única. Como a obtenção de dados qualitativos depende, em qualquer estágio, do treino, *insights* e capacidades dos pesquisadores/avaliadores, a análise qualitativa depende, em última instância, da capacidade analítica e do estilo do grupo de avaliação. O fator humano é a grande força e potência, assim como a fundamental fraqueza tanto na coleta como na análise de dados qualitativos (Patton, 1990).

Quanto à apresentação dos resultados, estes podem conter citações literais ilustrativas que dão vida à apresentação e são marcas dos estudos qualitativos (Turato, 2003). Outro aspecto fundamental é relacionar as descobertas feitas durante a avaliação com o que já existe na literatura sobre o assunto. O uso extensivo de comen-

tários e observações feitas ao longo da coleta de dados pode ajudar na elucidação de alguns pontos no final do processo avaliativo.

## Referências

- Bogdewic, S. P. Participant observation. In: B. F. Crabtree & W. L. Miller. *Doing qualitative research*. Londres-Nova Délhi: Sage Publications, Newbury Park, 1992.
- Carlini-Cotrim, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, vol. 30, n.º 3, pp. 285-93, 1996.
- Chizzotti, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.
- Lüdke, M. & André, M. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.
- Minayo, M. C. S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: R. O. Campos, J. Furtado, E. Passos & R. Benevides (orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008, pp. 15-9.
- Minayo, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: M. C. S. Minayo et al. (orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, pp.71-103.
- Minayo, M. C. S. & Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 9, n.º 3, pp. 239-62, 1993.
- Nogueira-Martins, M. C. F. & Bógus, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, vol. 13, n.º 3, pp. 44-57, 2004.
- Patton, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
- Queiroz, M. I. P. Relatos orais: do indizível ao dizível. *Ciência e Cultura*, vol. 39, n.º 3, pp. 272-86, 1987.

- Sacardo, G. A. *Participação no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde do Jardim Tiête da Zona Leste do município de São Paulo*. Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1995.
- Trujillo Ferrari A. *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo: Mc Graw Hill do Brasil, 1982.
- Turato, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- Westphal, M. F.; Bógus, C. M. & Faria, M. M. Grupos focais: experiência precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 120, n.º 6, pp. 472-82, 1996.

PARTE II  
RESULTADOS DO PROCESSO:  
AVALIAÇÕES



Cláudia Vieira Carnevalle  
Cláudio Celso Monteiro Junior  
Dalva Maria de Oliveira Valencich  
Marco Antonio de Moraes  
Maria Cristina Horta Vilar  
Míriam Matsura Shirassu  
Sonia Angélica Coria

## Capítulo 4

### ANÁLISE QUALIQUANTITATIVA DO CURSO DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

AS CHAMADAS DOENÇAS E AGRAVOS não transmissíveis (Dant) constituem uma vasta categoria de eventos referentes a alterações no estado de saúde dos indivíduos compreendida, entre outros, pelas doenças não transmissíveis propriamente ditas – como as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, e as neoplasias; as psicopatologias e as quimiodependências; as deficiências físicas e as sequelas de diversas ordens, e os acidentes e as violências. Outras patologias, como a aids, a hanseníase e a tuberculose, ainda transmissíveis, dadas as características dos procedimentos relativos a seus controles, bem como seus longos tratamentos e as especificidades em relação à assistência integral ao portador, vêm sendo incluídas no conceito de “condições crônicas”.

As condições crônicas são as de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos portadores destas, para

sua estabilização e controle efetivo, eficiente e com qualidade (Mendes, 2012; OMS, 2003; Wagner, 1988).

Recentes estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as condições crônicas são responsáveis por 63% de todos os óbitos no mundo, ou seja, mostram que das 57 milhões de mortes globais, 36 milhões são atribuíveis às doenças crônicas. O crescimento é tão rápido que, no ano de 2020, é estimado que 80% da carga de doença nos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos (Brasil, 2012). Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares (OMS, 2002).

Do ponto de vista da saúde coletiva e da organização dos serviços de saúde, as condições crônicas

são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (Brasil, 2014).

No que concerne a Vigilância Epidemiológica desses agravos, as ações, no estado de São Paulo, são desenvolvidas pela Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DVDCNT – do Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde, a qual desempenha suas atividades em consonância e complementaridade às diretrizes do Ministério da Saúde, pela Coordenadoria Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Nacional de

Vigilância em Saúde. Dentre tais ações destacamos o gerenciamento do Observatório de Promoção à Saúde, iniciado em 2009. A experiência acumulada por essa ação, reforçada por outras atividades da DVDCNT como as ações de vigilância nutricional e alimentação saudável, vigilância epidemiológica de acidentes e violências, e ações de controle do tabagismo, apontaram para a conveniência de se propor ações de capacitação e instrumentalização dos profissionais das diversas instâncias regionais da Secretaria de Estado da Saúde, quais sejam os vinte e sete Grupos de Vigilância Epidemiológica e as dezessete Diretorias Regionais de Saúde, na elaboração de projetos regionais e locais de intervenção sobre as condições crônicas, revertendo-se os indicadores e promovendo-se ações de qualidade de vida.

Dessa forma foi celebrado um convênio com o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis (Cepedoc) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), objetivando a realização do *Curso de Avaliação em Promoção da Saúde*.

Para tanto, foram utilizados recursos advindos do Fundo Nacional de Saúde, transferidos ao Fundo Estadual de Saúde de São Paulo por força de portarias ministeriais. As atividades preliminares à realização do curso incluíram dez reuniões do grupo autodenominado Gestor, composto pela equipe do Cepedoc e a equipe da DVDCNT. O curso compreendeu a carga horária total de cem horas/aula, sendo dividido em quarenta horas teóricas (composta de quatro encontros presenciais de oito horas/aula cada e dois encontros virtuais de quatro horas/aula cada) e sessenta horas práticas, compreendidas pela orientação da tutoria e construções dos projetos.

O curso começou em 1.º de março de 2013, ocasião

em que se iniciou a organização de grupos de trabalho de acordo com as macrorregiões de origem dos participantes e com temas de interesse comum quanto à proposição dos projetos.

Um dos grupos foi composto pelos oito profissionais da DVDCNT (os quais também participaram do grupo gestor). As características peculiares deste grupo levaram a propor que seu projeto de avaliação tivesse como objeto o próprio processo de construção dos projetos, bem como a identificação e análise das variáveis técnicas e administrativas intervenientes no processo de construção dos projetos locais regionais.

### **Justificativa**

A natureza do trabalho da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, qual seja, a de articulação programática e institucional com as instâncias regionais e municipais, visando a análise e reversão de indicadores epidemiológicos referentes às condições crônicas, assim como a experiência acumulada por seus profissionais no monitoramento e avaliação de projetos, mormente através do Observatório de Promoção da Saúde motivou a proposição de um projeto que se pretenda um instrumento de avaliação do próprio desenvolvimento processual das atividades relativas ao curso. Definiu-se assim o presente trabalho.

Como atividade preliminar à construção do processo de investigação proposto, procedeu-se à caracterização preliminar dos projetos apresentados, buscando-se a apreensão dos interesses motivacionais do grupo.

Até 21 de junho de 2013, data-índice ao início da presente análise, haviam sido apresentados aos tutores do

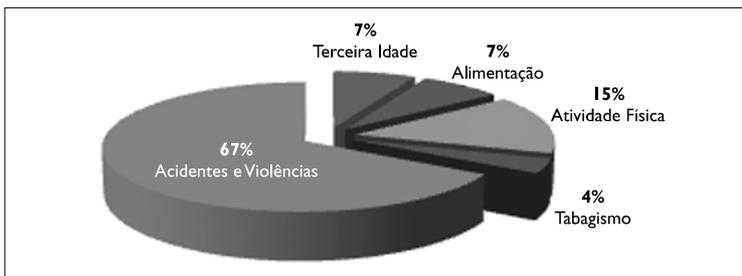
Projeto de Monitoramento e Avaliação de Programas de Projetos de Prevenção de Acidentes e Violências na Lógica da Promoção da Saúde no Estado de São Paulo 27 projetos com temas definidos, distribuídos por 23 regiões de saúde conforme Quadro 1.

Quadro 1. Número de projetos por regiões. Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013

REGIÃO	NÚMERO DE PROJETOS APRESENTADOS
Marília	1
Osasco	1
Piracicaba	1
Presidente Prudente	1
Presidente Venceslau	1
Registro	1
Ribeirão Preto	1
Santo André	1
Santos	1
São José do Rio Preto	1
São José dos Campos	1
São Paulo	1
Sorocaba	1
Franca	2
São João da Boa Vista	3
NÚMERO DE PROJETOS POR REGIÃO	
Regiões com um projeto	21
Regiões com dois projetos	1
Regiões com três projetos	1
TOTAIS	
Total de Regiões	23
Total de Projetos	27

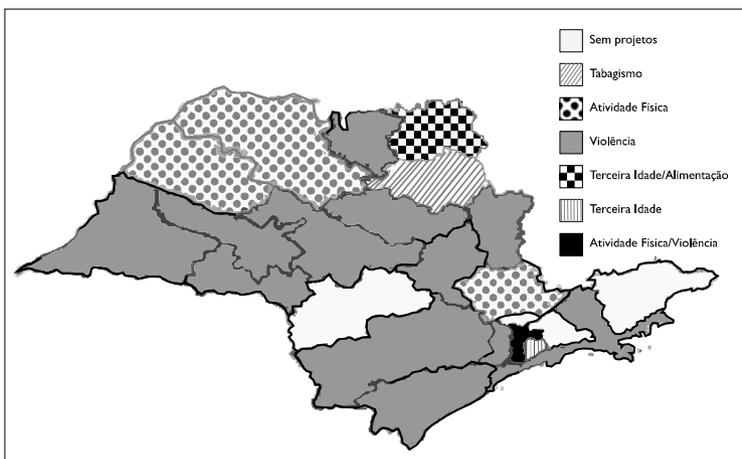
No que tange aos temas definidos, os projetos apresentados distribuem-se em cinco categorias, a saber: Terceira Idade; Alimentação; Atividade Física; Tabagismo e Acidentes e Violências:

Figura 1. Percentual de projetos por tema do Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013.



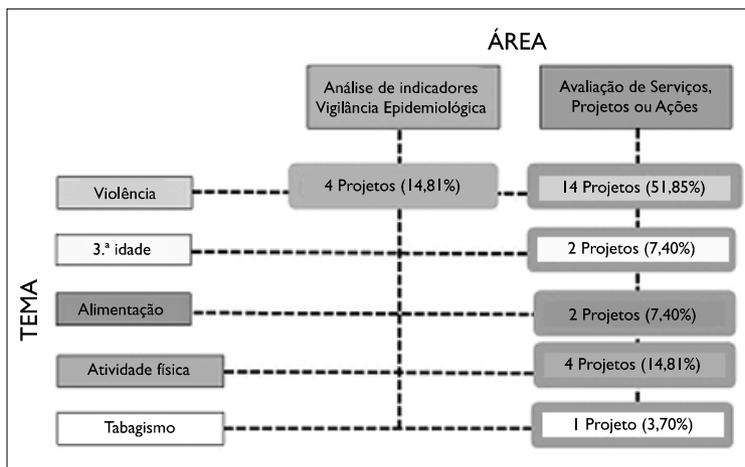
Ainda no que se refere aos temas eleitos pelo público abrangido pelo Projeto de Monitoramento e Avaliação de Programas de Projetos de Prevenção de Acidentes e Violências na Lógica da Promoção da Saúde no Estado de São Paulo, a distribuição dos projetos apresentados de acordo com os temas, pelos diferentes Grupos de Vigilância Epidemiológica adquire a seguinte configuração geográfica:

Figura 2. Distribuição geográfica dos projetos por tema, por grupo de vigilância epidemiológica. Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013.



A conjugação de ambas as categorias de classificação dos projetos apresentados (tema e área) permite-nos a sua organização matricial, de forma que tal conjugação possa ser quantificada dentro deste princípio organizacional.

Figura 3. Distribuição matricial dos temas dos projetos Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013.



A identificação desse cenário motivacional contribuiu muito para a formulação de nossos objetivos, bem como para a definição da metodologia adotada que retratamos a seguir:

### Objetivo geral

Proceder à análise do processo de desenvolvimento dos projetos desenvolvidos pelos profissionais das instâncias regionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo de acordo com a proposta programática do *Curso de Avaliação em Promoção da Saúde*.

## Objetivos específicos

- Identificar os fatores motivacionais e as expectativas dos profissionais das instâncias regionais quanto ao curso;
- identificar as variáveis técnicas e administrativas significativamente intervenientes no desenvolvimento dos projetos propostos;
- obter subsídios à proposição de ações futuras.

## Metodologia

A aproximação metodológica pesquisador/objeto, mormente em Ciências Humanas, oferece um número ilimitado de possibilidades, cabendo ao pesquisador optar (ainda que tal opção possa ser passível de interveniências intersubjetivas), pelo conjunto de estratégias de aproximações que melhor poderão traduzir-se nas ferramentas de consecução dos objetivos propostos.

O estudo da bibliografia básica do curso, acrescida de leituras analíticas de referências sugeridas pela tutoria, além de pesquisas em bibliotecas e bancos de informações virtuais,<sup>1</sup> conduziu o grupo a uma aproximação qualiquantitativa para com o objeto.

As características inerentes a esta aproximação pesquisador/objeto demanda a adoção de técnicas e instrumentos de coleta de dados que contemplem tanto os aspectos quantitativo quanto os qualitativos da análise. A adoção de um único objeto, ou estratégia de coleta de dados, neste

1 Foram consultadas entre outras: CIR/FSP/USP; Bireme, Scielo e Medline.

caso, induziria um determinado recorte angular da situação a ser apreendida, comprometendo a qualidade da análise devido a um reducionismo metodológico.

Assim sendo, optou-se pela adoção e aplicação de três instrumentos, quais sejam:

### **Observação participante – aplicação da matriz Fofa**

Técnica amplamente empregada em ações de avaliação e planejamentos participativos consiste na organização em rodas de conversa nas quais o grupo é incentivado, por um coordenador a discutir as Fraquezas, Fortalezas, Ameaças e Oportunidades referentes a um determinado tema, situação ou processo. Cada grupo conta ainda com um observador, encarregado do registro das discussões, e o qual apresentará os resultados dispostos em uma determinada organização matricial.

Em um dos encontros presenciais, especificamente destinado à elaboração dos projetos locorregionais, os profissionais da DVDCNT aplicaram essa técnica, conceituada como observação participante, sobre os demais participantes do curso; a adoção dessa técnica possibilitou ainda a categorização de cada um dos aspectos (Fraquezas, Fortalezas, Ameaças e Oportunidades) em aspectos intracurso e extracurso, subdivididas ainda em “aspectos técnicos” e “aspectos administrativos”. A consolidação das discussões nos vários grupos transcreve-se no seguinte quadro sintético.

Quadro 2. Aplicação da matriz Fofa no Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. Consolidado das Discussões dos Grupos. Curso de Promoção da Saúde. São Paulo, 2013

		Fortalezas	Oportunidade	Fraquezas	Ameaças
INTRACURSO	Técnicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodologia participativa;</li> <li>• Análise de contexto pelos participantes do curso (identificação do objeto de avaliação);</li> <li>• Definição de objeto; redação de contexto e cronograma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutoria;</li> <li>• Projetos existentes e em andamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redação do projeto;</li> <li>• Não comunicação com a tutoria.</li> </ul>	
	Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuação intrasetorial DRS e GVE vínculo no município;</li> <li>• Bom relacionamento entre a equipe.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de definição do papel do Estado no processo;</li> <li>• Falhas no planejamento;</li> <li>• Ansiedade/angústia dos participantes;</li> <li>• Falta de tempo.</li> </ul>	
EXTRACURSO	Técnicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusão de práticas avaliativas nas regionais para indução de melhorias;</li> <li>• Trabalho e rotinas consolidados e experiência no tema;</li> <li>• Continuidade da equipe e das rotinas;</li> <li>• Percepção dos temas selecionados;</li> <li>• Vontade de atuação no tema;</li> <li>• Familiarização com o Sinan;</li> <li>• Experiência em capacitações e implantação de ações;</li> <li>• Conhecimento dos projetos regionais selecionados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portarias do Ministério da Saúde;</li> <li>• Atuação intersetorial;</li> <li>• Identificação do objeto de avaliação em conjunto com o gestor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilidade na manutenção dos projetos;</li> <li>• Fragmentação das ações;</li> <li>• Falta de colaboração do público-alvo da pesquisa;</li> <li>• Não utilização dos dados pelos gestores;</li> <li>• Definição do objeto pelos participantes que difere do objeto selecionado pelo gestor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilidade na manutenção dos projetos;</li> <li>• Fragmentação das ações;</li> <li>• Falta de colaboração do público-alvo da pesquisa;</li> <li>• Não utilização dos dados pelos gestores.</li> </ul>
	Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem do gestor municipal (como avaliador e não como parceiro);</li> <li>• Coordenação centralizadora;</li> <li>• Falta de definição do papel do Estado no processo;</li> <li>• Instabilidade administrativa e política;</li> <li>• Falta interlocução intersetorial;</li> <li>• Falta interlocução municipal;</li> <li>• Interferência administrativa na rotina de notificação de violência;</li> <li>• Acúmulo de interlocuções;</li> </ul>			

INTRACURSO Administrativos	Fortalezas	Oportunidade	Fraquezas	Ameaças
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distância geográfica;</li> <li>• Falta de articulação com a atenção básica;</li> <li>• Dificuldade/falta de apoio para a participação presencial;</li> <li>• Falta de formalização da participação dos interlocutores;</li> <li>• Condições de trabalho inadequadas;</li> <li>• Despersonalização do papel profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem do gestor municipal (como avaliador e não como parceiro);</li> <li>• Coordenação centralizadora;</li> <li>• Falta de definição do papel do Estado no processo;</li> <li>• Instabilidade administrativa e política;</li> <li>• Falta interlocução intersectorial;</li> <li>• Falta interlocução municipal;</li> <li>• Interferência administrativa na rotina de notificação de violência.</li> </ul>

### **Realização de entrevistas: uma abordagem qualitativa**

O critério utilizado para realização do sorteio dos alunos entrevistados visou garantir a paridade em relação ao número de tutores e respectivos alunos (dois alunos para cada tutor) e a representação equilibrada das macrorregionais do estado de São Paulo.

Para assegurar a máxima diversificação dos projetos, a escolha – mediante sorteio – dos alunos a serem entrevistados realizou-se com os seguintes critérios: definição da amostra em oito alunos, ou seja, dois alunos por tutor, sendo necessariamente um aluno de cada macrorregião de saúde. Os nomes dos alunos foram agrupados por tutor, e por macrorregião, sorteando-se um aluno por tutor

de macrorregiões diferentes, obtendo-se os seguintes resultados:

Quadro 3. Alunos sorteados para as entrevistas. Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013

Grupo	Nome	DRS/GVE	Caso	Tema
Grupo 1 Tutor Elisabete Agrela	Luiz Roberto Lourena Gomes da Costa	Araçatuba	Projeto “bem me quer” de Birigui	Violência
	Carmen Ligia Sartorao Miachon	São João da Boa Vista	Avaliar a capacitação de Recursos Humanos	Violência
Grupo 2 Tutor Lúcia André	Sara Castardo	Jales	A informar	A informar
	Selma Cristina Bueno De Nardi	Bauru	Criação de Rede para ampliar acesso às informações e minimizar agravos da violência como um todo	Violência
Grupo 3 Tutor Douglas Andrade	Alexandra Zampronio	Araçatuba	Projeto + Saúde do município de Andradina, sendo este um projeto permanente, implantado desde o ano de 2007	Atividade física
	Claudia Vega	Campinas	Avaliação de Programa de Atividade Física	Atividade física
Grupo 4 Tutor Daniele Sacardo	Nilce Helena de Paula Kezh	São Paulo	Rede Intersetorial de Proteção e Prevenção de violências contra criança e adolescente	Violência
	Fátima Aparecida Ribeiro	São José dos Campos	Capacitações realizadas pelo GVE em 2011/2012 em “Vigilância de Acidentes e Violência:	Violência

Em função da conveniência de que o número de oito alunos fosse mantido, foram ainda sorteados quatro alunos, a título de reposição, considerando-se a impossibilidade de alunos componentes da amostra original virem a ser entrevistados.

Quadro 4. Alunos sorteados para as entrevistas (reposições). Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013

Grupo 1 Tutor Elisabete Agrela	Denise Felipe Ferreira	São João da Boa Vista	Capacitação sobre o Processo de Notificação e Análise de Dados da “Vigilância de Violências e Acidentes – Viva” no Sinannet.	Violência
Grupo 2 Tutor Lúcia André	Marlene Damascena	DRS de Presidente Prudente, GVE 21 de Presidente Prudente e GVE22 de Presidente Venceslau	O objeto de avaliação escolhido foi um Projeto de prevenção de violência e redução do número de acidentes de trânsito e melhoria da qualidade de vida do município de Junqueirópolis.	Violência
Grupo 3 Tutor Douglas Andrade	Isabel Cristina Aparecida Stefano	DRS IX Marília	Meu objeto de avaliação é saber se a estratégia de gestão da violência, com a criação de um grupo condutor regional, teve ou não potência	Violência
Grupo 4 Tutor Daniele Sacardo	Jandira Américo Soares	São Paulo	Rede Intersetorial de Proteção e Prevenção de violências contra criança e adolescente	Violência

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foram observados os dispositivos da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo os participantes alertados quanto ao total respeito ao anonimato e confidencialidade na discussão dos dados.

Os integrantes da amostra foram entrevistados por telefone, mediante protocolo de contato previamente estabelecido, composto das seguintes questões:

1. Fale um pouco sobre os motivos para inscrição no curso.
2. Cite quais foram os motivos que contribuíram para a sua permanência no curso.
3. Comente como foi o processo de seleção do projeto para avaliação.
4. Você foi orientado pelo seu tutor a consultar/envolver o gestor municipal/regional? ( ) sim ( ) não

5. O gestor municipal foi consultado previamente sobre o projeto? Caso sim, em que momento do curso?

6. E o gestor regional também foi consultado? Caso sim, em que momento do curso.

Comente sobre o seu aproveitamento no curso.

a) Quer comentar mais algum aspecto que favoreceu seu aproveitamento do curso?

b) Quer comentar mais algum aspecto que dificultou seu aproveitamento do curso?

7. Comente sobre as suas expectativas em relação ao curso e se elas foram atendidas.

8. Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o curso de avaliação da promoção da saúde?

Para fins de análise metodológica, as respostas foram agrupadas em Eixos Temáticos, quais sejam: Inserção no processo, Vínculo com o gestor, Aproveitamento, Expectativas e Sugestões, obtendo-se o seguinte quadro sintético.

Quadro 5. Quadro sintético das respostas obtidas nas entrevistas qualitativas. Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2014

Eixos temáticos				
Inserção no processo	Vínculo com o gestor	Aproveitamento	Expectativas	Sugestões
Havia duas vagas para o setor; solicitou mais uma para poder participar.	Não trabalha diretamente estão preparando um relatório para ser encaminhado ao gestor.	Por trabalhar na área identificou vários aspectos do seu trabalho.	Atendida, mas mostrando a necessidade de mais cursos para aprofundamento.	Um tempo maior para aprofundamento. Como tem 42 municípios sob sua direção, gostaria também de ter cursos para sua região.
Inscrição espontânea. Trabalha na área de promoção da saúde, para agregar mais conhecimento. Gostou muito, mas como fez o curso não presencial, sentiu falta de participação maior.	O gestor municipal foi convidado para uma oficina que vai propor ações para 2014.		Atendida.	Gostaria que fosse ampliado, como fazer o acolhimento e o atendimento.

Eixos temáticos				
Inserção no processo	Vínculo com o gestor	Aproveitamento	Expectativas	Sugestões
Interlocutora da violência. Por <i>e-mail</i> , ela pediu para fazer o curso para a diretora 1) por ser interlocutora 2) gostar muito de fazer curso, enriquece! 3) interessante aprender mais.	Estabelecido antes do curso.	Foi proveitoso apesar de perder uma aula presencial por causa de outro curso. Dificuldade em falar com o tutor, por falta de tempo.	Atendidas.	
Trabalha com a interlocutora da Promoção de saúde, que a convidou e as duas fizeram o Curso. Necessidade de ter conhecimento para trabalhar junto com a interlocutora.	Não lembra se foi formalizado.	Participou dos encontros presenciais, facilidade de enviar <i>e-mail</i> e respostas rápidas do tutor. Auxiliou em tudo os encontros presenciais.	Atendidas.	
Ficou sabendo pela divulgação por e-mail da divisão de crônicas. Como interlocutora e por interesse próprio, foi uma das participantes.	Comunicado o diretor do GVE.	Trabalhar na interlocução facilitou, apesar de ter várias funções dentro do GVE. Cobre várias áreas. Muitas atividades no próprio GVE.	Atendidas.	
Chegou por <i>e-mail</i> , pela divisão de crônicas. Ela trabalha nas doenças crônicas e pediu para fazer o curso.	A diretora do GVE participa do trabalho realizado. Os municípios não. A devolutiva será posterior para os municípios.	Falta de tempo, no local de trabalho. Acúmulo de funções no trabalho.		O aproveitamento seria maior se todos os encontros fossem presenciais.
Chegou por <i>e-mail</i> , pela divisão de crônicas, como interlocutora da Promoção da Saúde, achou importante fazer o curso.	Foi comunicado no início do curso.	Falta de diária, não pôde terminar o curso.	Curso não muito prático. Muito científico e acadêmico.	Curso mais longo.
Quando o curso começou estava em licença gestante, as primeiras aulas foram frequentadas pela substituta.	Não foi necessário.	Os encontros presenciais nas sextas-feiras e em véspera de feriado dificultaram muito a volta para casa.	Atendidas.	Mais encontros presenciais.

## Aplicação de questionário: uma abordagem quantitativa

Estruturou-se um questionário, sendo o instrumento baseado em Zerbini (2007) que já tinha utilizado um instrumento validado para avaliação de curso a distância, o qual foi disponibilizado aos participantes pela internet, por meio da ferramenta “Formsus”.

Composto de sessenta e cinco perguntas o questionário foi respondido por quarenta e três dos cinquenta e dois alunos, remanescentes dos sessenta que iniciaram o curso.

As respostas consistiam em atribuir a cada uma das questões conceitos valorativos em escala numérica, conforme mostra o Quadro 6.

Quadro 6. Escala valorativa utilizada no questionário quantitativo para o Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013

Valores	1	2	3	4	5
	Dificultou muito				Não dificultou
	Nunca				Sempre
	Péssimo				Excelente

O consolidado dos dados obtidos com o questionário possibilitou a elaboração de instrumentos de análise, os quais passaram a integrar o universo de dados da pesquisa.

Dessa forma tornou-se possível a adoção da técnica de análise de dados designada como “triangulação”, nos termos propostos por Vogel (2004), uma vez que emprega a triangulação das fontes de dados a fim de capturar a natureza complexa e multifacetada das situações em estudo.

Assim sendo, os dados obtidos com a aplicação dos três instrumentos distintos, possibilitou a organização trian-

gular destes, onde cada categoria de dados consiste em um dos vértices. A abrangência dos dados quantitativos, bem como suas objetividades intrínsecas, apontou para a conveniência de que essa modalidade de dados viesse a ser considerada o vértice basal. A projeção vetorial dos dados quantitativos nos demais vértices possibilitou a utilização dos dados da pesquisa qualitativa e da matriz Fofa enquanto filtros de qualificação dos dados quantitativos, consolidando-se assim o processo de aproximação quali-quantitativa, conforme esquema:

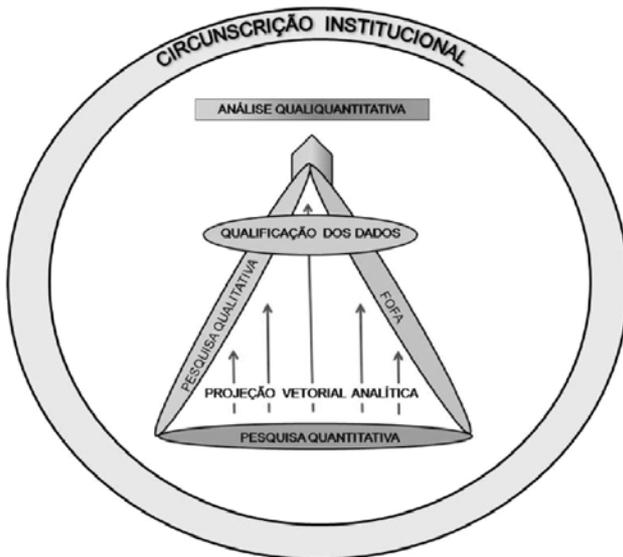
Figura 4. Triangulação de dados na pesquisa quali-quantitativa. Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013.



Considerando que o produto das coletas de dados deu-se em função de uma atividade específica, qual seja o Curso de Avaliação em Promoção da Saúde, o qual, por sua vez, emerge como concretização de um convênio interinstitucional voltado à qualificação de técnicos que atende às

necessidades da Secretaria de Estado da Saúde; a análise dos dados deve circunscrever neste panorama, nos moldes propositivos da triangulação circunscrita:

Figura 5. Triangulação circunscrita da análise quali-quantitativa. Curso de Avaliação em Promoção da Saúde. São Paulo, 2013



### **Análise dos dados**

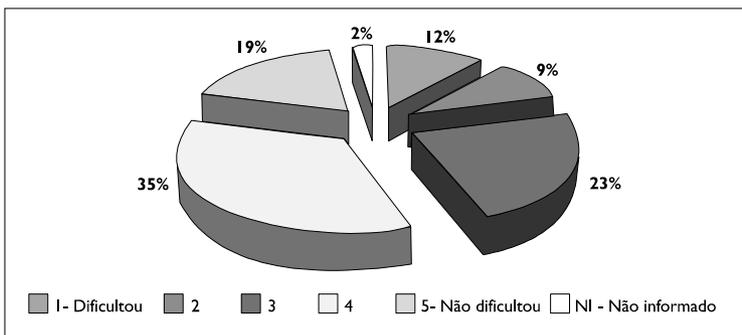
Conforme expusemos, o ponto de partida para a análise dos dados consistiu no consolidado da pesquisa quantitativa, a qual teve por instrumento de coleta de dados um questionário disponibilizado em ambiente virtual. Dessa forma, além de se obter dados referentes aos objetivos deste trabalho, podemos também proceder à caracterização geral do corpo discente do curso.

Dos quarenta e três alunos que responderam ao questionário, 95% são mulheres; 58% estão entre os 51 os 60 anos de idade; 85% dos 41 aos 60 anos; e 53% são casados.

No que se refere à distribuição dos participantes do curso segundo categoria profissional, observa-se uma predominância de Enfermeiros com 25%, seguidos dos Psicólogos com 11%, Assistentes Sociais, Cirurgiões-dentista, Educadores de Saúde Pública e Médicos com 7%, e as demais profissões aparecem com apenas 5%. A grande maioria (81%) exerce suas atividades profissionais nos níveis regionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o que se coaduna com os objetivos do curso; 56% dos alunos consideraram o curso como parte integrante de seu trabalho, fato esse corroborado pela abordagem qualitativa, uma vez que, segundo respostas obtidas, vários alunos trabalham na interlocução das ações de vigilância em violências e acidente ou promoção à saúde. Tal aspecto emergiu também como uma “fortaleza administrativa” quando da aplicação da matriz Fofa.

Apesar disso, e conforme Figura 6, o somatório das categorias 1, 2, 3 e 4 do gradiente de análise indica que 77% dos alunos relatou graus variados de dificuldade na conciliação do curso com suas atividades profissionais, o que nos dados qualitativos se expressa em respostas como “trabalhar na interlocução ajudou, apesar de ter várias funções no GVE” ou em afirmações classificadas como fraquezas (exemplo: “acumulo de interlocuções”).

Figura 6. Distribuição percentual dos participantes do Curso de Avaliação e Promoção da Saúde quanto à “Conciliação do curso com minhas atividades profissionais”. São Paulo, 2013



Quanto ao cumprimento das atividades conforme a regularidade proposta pelo Curso, 83% declaram não ter encontrado maiores dificuldades (Figura 7), assim como somente 3% dos entrevistados relatou dificuldades na utilização de *e-mails* (Figura 8), o que também se associa a declarações encontradas nos dados qualitativos (“facilidade de enviar *e-mails*”; “respostas rápidas do tutor”).

Figura 7. Distribuição percentual dos participantes do Curso de Avaliação e Promoção da Saúde quanto à “Execução das atividades do curso conforme regularidade proposta”. São Paulo, 2013

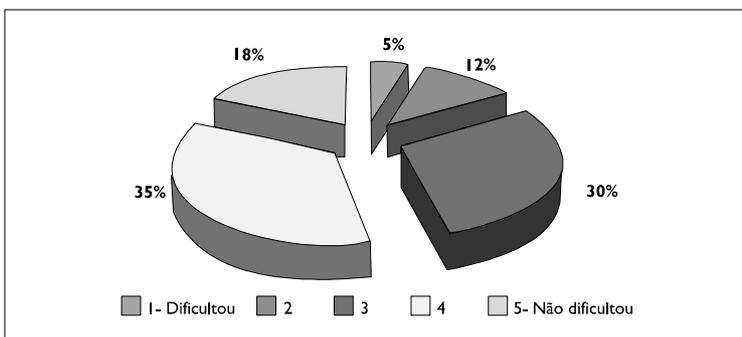
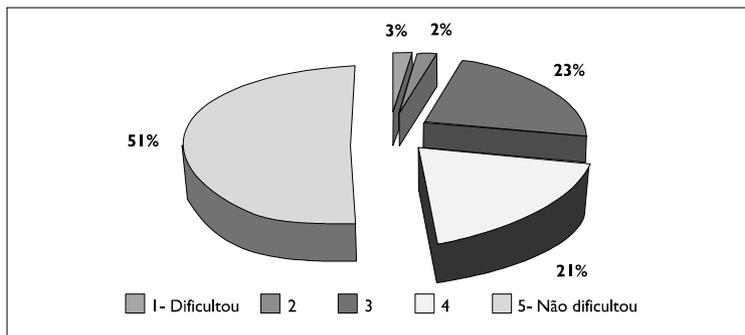


Figura 8. Distribuição percentual dos participantes do Curso de Avaliação e Promoção da Saúde quanto a “Utilização do e-mail para comunicação com os tutores e os colegas”. São Paulo, 2013



A maioria dos alunos (54%) considerou “excelente” o vínculo entre o conteúdo proposto e os objetivos do curso (Figura 9) assim como 50% classificaram da mesma forma o vínculo entre o conteúdo do curso e seus objetivos (Figura 10). Igual percepção surge com a abordagem qualitativa, segundo a qual muitos alunos tiveram as expectativas atendidas tanto em relação ao curso, quanto na Matriz Fofa, na qual esses aspectos do curso são considerados Fortalezas.

Figura 9. Distribuição percentual dos participantes do Curso de Avaliação e promoção da saúde” quanto à “Ligação entre o conteúdo proposto e os objetivos do curso”. São Paulo, 2013.

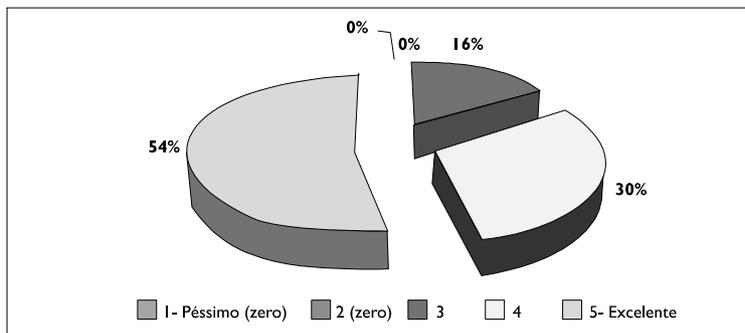
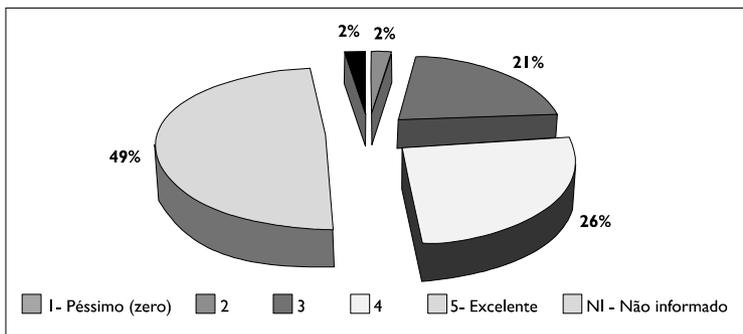
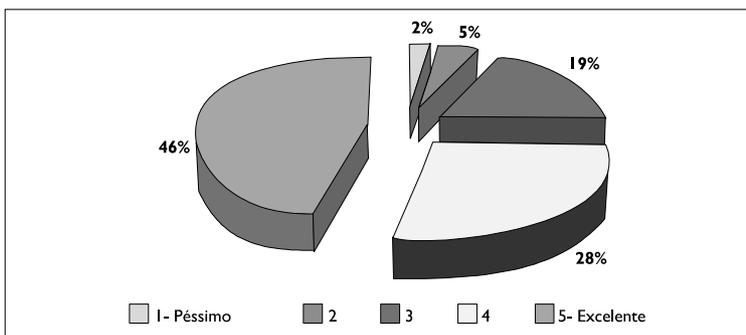


Figura 10. Distribuição percentual dos participantes do Curso de Avaliação e Promoção da Saúde quanto à “Ligação entre o conteúdo do curso e seus objetivos”. São Paulo, 2013.



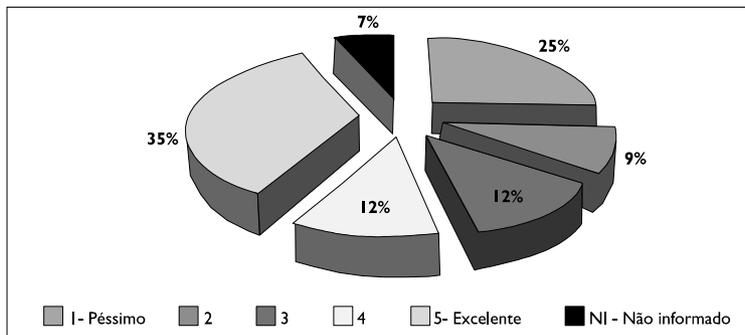
No tocante à pertinência do conteúdo programático em relação às atividades profissionais, a maioria dos alunos (74%) considerou tal relação excelente ou próxima ao excelente (somatório dos percentuais dos gradientes 4 e 5, Figura 11) o que corrobora as afirmações dos entrevistados no eixo temático “aproveitamento” e, como Fortalezas e Oportunidades, na matriz Fofa.

Figura 11. Distribuição percentual dos participantes do Curso de Avaliação e Promoção da Saúde quanto à “Pertinência do conteúdo em relação as minhas atividades profissionais”. São Paulo, 2013.



Já em relação ao “Dia de aula presencial que ocorreu sempre às sextas-feiras” observa-se que 34% o consideraram péssimo ou próximo do péssimo (somatório dos percentuais dos gradientes 1 e 2), e 35%, excelente (Figura 12), dado em conformidade com as informações obtidas nas entrevistas, pois alguns alunos apontaram este dia (sexta-feira) inadequado, mormente em vésperas de feriados prolongados.

Figura 12. Distribuição percentual dos participantes do Curso de Avaliação e Promoção da Saúde quanto ao “Dia de aula presencial (sextas-feiras) São Paulo, 2013



## Conclusões

O processo de análise dos dados, alicerçado na triangulação circunscrita, aponta primeiramente para uma avaliação muito positiva, dos discentes, quanto à integração da proposta programática à práxis cotidiana da interlocução regional como atividade profissional destes. Podemos atribuir essa ampla aceitação ao formato inovador do curso, o qual priorizou a participação ativa e a interatividade entre os atores em contraposição aos formatos dos cursos usualmente

oferecidos, de ordinário condutivistas e prescritivos. Reforça-se essa conclusão diante da constatação de que a grande maioria dos alunos, pelas técnicas múltiplas adotadas, considera o curso parte integrante de suas atividades laborais, ainda que tenham também emergido situações de cerceamento a essa atividade em função da imposição de limitações administrativas (obstáculos ao traslado, não pagamento de diárias, entre outros), ou em razão do acúmulo de atribuições técnicas por um mesmo profissional.

Os dados obtidos apontam para uma avaliação positiva quanto à estratégia da tutoria virtual, o que pode ser corroborado pela avaliação também positiva dos tutores pelos alunos.

A adoção da metodologia de observação participante, com a aplicação da matriz Fofa, coincidente ao momento destinado à definição e construção dos projetos locais, mostrou-se interessante não só como instrumento de obtenção de dados analíticos, mas também como oferta de um momento catártico, no qual ansiedades, inseguranças e outros comprometimentos emocionais puderam ser externados e compartilhados. Alertamos para a possibilidade das fraquezas e ameaças extracurso identificadas, em especial as administrativas, virem a inviabilizar a aplicação dos conhecimentos adquiridos na rotina dos interlocutores, o que deve merecer a atenção dos gestores.

A diversidade tática adotada, mixando-se à integração virtual, às videoconferências e aos momentos presenciais, mostrou-se capaz de satisfazer as necessidades da grande maioria dos participantes, embora dados qualitativos expressem uma necessidade de um número maior de encontros presenciais. Particularmente, as videoconferências ocorridas parecem ter exercido um papel catalisador na integração intragrupal.

De modo geral, como dito anteriormente, os participantes demonstram uma clara percepção da inserção da proposta programática em suas respectivas atividades profissionais, reconhecendo-lhe aplicabilidade prática, o que demonstra que o tema Avaliação em Promoção à Saúde mediante projetos qualificados, exequíveis e aderentes à realidade sobre a qual se pretende intervir, insere-se potencialmente nas agendas regionais de trabalho. A colocação havida na pesquisa qualitativa segundo a qual o curso teria sido “muito científico e acadêmico e pouco prático” (*sic*) pode eventualmente conotar que o material bibliográfico indicado pode ter sido insuficiente ante as necessidades de construção dos projetos.

Apenas uma minoria (28%) dos alunos apresentou os relatórios finais de seu produto em tempo hábil e, destes, 60% foram apresentados por técnicos dos GVE e 31% por técnicos da DRS, o que pode indicar diferenciações importantes entre os vários perfis dos diversos interlocutores.

Finalmente, podemos concluir que o aproveitamento foi extremamente positivo, e que o percurso de aprendizagem percorrido poderá reverter na ampliação quantitativa e qualitativa de projetos vinculados à Promoção a Saúde, mediante o empoderamento e fortalecimento dos recursos humanos das instâncias regionais. Em contrapartida, as ações de acompanhamento e monitoramento das ações regionais deverão ser implementadas, para que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo possa avaliar a aplicabilidade do conhecimento adquirido no desenvolvimento de projetos intervenientes nas diversas realidades das regionais.

## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- . *Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Mendes, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- Organização Mundial da Saúde. *Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: OMS, 2003.
- . *Cuidados inovadores nas condições crônicas*. Genebra, 2002.
- Vogel, E. *Projeto de relatório sobre metodologias*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.
- Wagner, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, vol. 1, pp. 2-4, 1988.
- Zerbini, T. *Avaliação da transferência de treinamento em curso a distância*. Tese. Brasília: Universidade de Brasília-Instituto de Psicologia, 2007.

Capítulo 5  
PROCESSO DE TRABALHO  
E CONSTITUIÇÃO DE REDES  
INTERSETORIAIS NO ENFRENTAMENTO  
DA VIOLÊNCIA: MODOS DE  
PRODUZIR SUBJETIVIDADES

PARTINDO DOS PRESSUPOSTOS que os processos avaliativos visam, usualmente, provocar transformações nas realidades – seja um programa, um serviços ou uma política pública –, e que a avaliação em promoção da saúde constitui oportunidades de aprendizados para os diferentes sujeitos envolvidos, com a inclusão e ativa participação de outros sujeitos, ao concluir um curso voltado à formação de gestores em avaliação na perspectiva da promoção da saúde são diversas as possibilidades de compreender os “resultados”. Resultados esses que podem ser tomados como novas aprendizagens ou lições aprendidas, mas, também, e de modo especial, em abertura para interrogar e interrogar-se, disparar movimentos, despertar potências de produzir novas sensibilidades em relação ao que se faz e como o faz.

Parece importante reconhecer os distintos sentidos e significados de “resultado” no contexto de uma formação dessa natureza, que lançando mão de diversas estratégias metodológicas, buscou implicar o aluno/gestor na construção de seu conhecimento. Esse, no entanto, não é um dado

*a priori*, não está no mundo para ser descoberto, mas ele produz, num mesmo movimento, o sujeito e as práticas, as instituições, os processos de trabalho e de gestão. Ao propor uma formação que se orienta e organiza na lógica do “efeito das práticas”, no sujeito que muda e é mudado, no aprender-fazendo, a intencionalidade foi problematizar as estabilidades e repetições nas quais se baseiam os modos de agir cotidianos. O curso constituiu um pretexto ou uma oportunidade de desencadear mudanças, já que os sujeitos foram convidados a refletir sobre suas próprias práticas profissionais e sobre a organização de seu próprio processo de trabalho ao empreenderem um processo avaliativo.

É nesse contexto que ganham relevo os resultados e as aprendizagens ocorridas ao longo do percurso. Constituem os resultados desses processos as escolhas feitas, as reflexões, as discussões, os questionamentos, os aprendizados e as mudanças que são acumulados durante todo o decurso vivido. A avaliação, nessa perspectiva, pode ser compreendida como um analisador (Lourau, 1995), ou seja, como um acontecimento capaz de produzir alterações e rupturas, despertar movimentos, catalisar fluxos, analisar e decompor os modos naturalizados de lidar com o cotidiano.

Nesse texto, procuramos refletir sobre questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde e a constituição das redes intersetoriais nas políticas públicas e programas relacionados à temática das violências de modo particular, dimensões que emergiram como categorias analíticas das avaliações empreendidas. Dentre as múltiplas possibilidades de ordenar e apresentar os resultados dos processos avaliativos no que tange às dimensões acima referidas, as consideraremos como “efeitos”, ou seja, como aprendizados que permitem refletir sobre os desdobramentos dessa formação nos âmbitos dos sujeitos e suas práticas.

## Primeiro efeito: as relações e os processos de trabalho

Um primeiro aprendizado que podemos destacar refere-se à escolha dos temas ou dos projetos avaliados, escolhas essas que são sempre ético-políticas. Como assinalado por Veyne<sup>1</sup> (1978, p. 86, apud Heckert & Neves 2010), “não se trata de explicar as práticas a partir de uma causa única, mas a partir de todas as práticas vizinhas nas quais se ancoram. Esse método pictórico produz quadros estranhos, onde *as relações* substituem os objetos”. Consideramos as práticas do campo da saúde, e, portanto, sua avaliação, como expressão de uma ampla rede de relações permeadas por assimetrias de saber e de poder, por lógicas de fragmentação entre saberes e práticas, o que requer focalizar os processos intersubjetivos entre os diversos sujeitos implicados na produção de saúde, seja no âmbito da atenção ou da gestão do sistema. Assim, se as avaliações empreendidas visavam instaurar movimentos de mudanças nos modos de cuidar (modelos de atenção) e nos modos de gerir (modelos de gestão) políticas públicas voltadas ao enfrentamento das violências, por exemplo, a escolha por determinada questão ou projeto a ser avaliado ao longo do processo formativo implicou considerar a complexidade do campo das relações – entre os entes federal, estadual e municipal, entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, assim como nas relações com outros setores.

A fonte de inspiração para pensar e escolher o tema avaliado foi o cotidiano dos gestores estaduais, suas redes

1 P. Veyne. *Como se escreve a história*; Foucault revoluciona a história. Brasília: UNB, 1978.

de relações com os demais sujeitos, seu próprio processo de trabalho, sua prática profissional. Desde a construção dos “objetos de avaliação”, os recortes da realidade, a elaboração de argumentos que justificassem as escolhas e os percursos trilhados, a abordagem teórico-metodológica até as conclusões e desdobramentos decorrentes das percepções e, ou *insights* gerados, todo o processo avaliativo se desenvolveu numa perspectiva implicada e autoanalítica, constituindo numa oportunidade de problematizar seu próprio modo de agir, de formar e de gerir processos no campo sanitário. Portanto, a avaliação permitiu que os gestores/alunos falassem de si mesmos “em relação”: aos municípios, ao ente federal, à Secretaria de Estado da Saúde e suas áreas técnicas, como o Grupo de Vigilância Epidemiológica, aos demais setores – justiça, educação, assistência social, ou seja, possibilidades de trocas intersubjetivas que interroguem as normas e os modos de realizar as atividades e tarefas que, não raras vezes, provocam sofrimento e alienação.

Um exemplo dessa discussão pode ser constatado a partir das avaliações que incluíam análises sobre a produção de informações e, ou de inclusão de dados no sistema SinanNet, uma tarefa que cabe a todos os municípios brasileiros. Na perspectiva das relações, nosso enfoque, a produção e a utilização dos dados sobre vigilância exige modos de interagir que envolve as posições hierárquicas e relações de mando/poder – entre os entes da federação, entre os gestores e os trabalhadores, entre os distintos equipamentos (hospitais, prontos-socorros, UBS, Centro de Referências), bem como relações de natureza intersetorial, na medida em que envolve outros equipamentos sociais na produção dos dados, como o Instituto Médico Legal, as delegacias de polícia, os conselhos tutelares e a rede do Sistema Único de Assistência social, entre outros.

Seguindo com o exemplo, para atualização e manutenção dos bancos de dados e dos sistemas informatizados no âmbito das violências, as avaliações corroboraram que há necessidade de investir na criação de “espaços coletivos” (Campos, 2000, p. 147), cujo objetivo é instaurar processos de pactuação entre sujeitos, ampliando as possibilidades de discutir e deliberar sobre os diferentes aspectos que envolvem a coleta e a inserção de dados. Tais espaços, de acordo com o autor citado, referem-se a arranjos organizacionais destinados à comunicação, ampliação da escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade; à elaboração ou análise das informações e daquilo que foi dito; e, referem-se também à tomada de decisões, definições de prioridades, estabelecimento de acordos e contratos entre os sujeitos.

Cabe destacar, contudo, que apenas a criação desses espaços não garante um efetivo compartilhamento de poder entre os sujeitos envolvidos com a tarefa. Ao criar tais espaços pode-se ampliar a possibilidade de fazer emergir as tensões e diferenças entre os sujeitos (sejam eles trabalhadores, os entes ou setores), mas não há garantias de que juntar as pessoas em colegiados, reuniões, conselhos, assembleias ou qualquer outro “espaço coletivo” seja suficiente para lidar com e enfrentar as resistências da dominação de uns sobre os outros. Esse enfrentamento exige reconhecer a correlação de forças que se encontram em disputa, apostando em processos de construção coletiva de valores e projetos comuns, estabelecendo compromissos e contratos que reforcem e ampliem a autonomia dos sujeitos.

A noção de “responsabilidade” emerge como um princípio – em sua dimensão ética –, e também como uma diretriz – em sua dimensão normativa, e importa nessa discussão por reforçar que os “espaços coletivos” parecem

potentes quando se formam e dissolvem no cotidiano dos serviços, equipamentos e da gestão, de acordo com as necessidades dos sujeitos implicados. Isso significa ampliar a participação e inclusão dos sujeitos nos diferentes níveis de decisão, de modo que esses encontros se constituam também em espaços de análise, tomada de decisão e implementação de tarefas.

As avaliações permitiram também analisar a mesma questão (a produção de dados para alimentação de sistemas informatizados e sua utilização na análise de situação e no planejamento das intervenções) na perspectiva dos processos de trabalho. É possível aventar que ao longo da cadeia produtiva de dados sobre violências e acidentes há inúmeras questões que interferem nos “resultados” que aparecem nos sistemas do Datasus, como o SinanNet. As avaliações identificaram os trabalhadores responsáveis por inserir os dados no sistema informatizado nos municípios como um dos principais “culpados” pelos problemas com os dados. Não é difícil imaginar que esses trabalhadores podem não estar preparados, qualificados, tampouco motivados com a atividade que desenvolvem e a tarefa fica, nesse caso, desconectada de um todo, descontextualizada, produzindo alienação em vez de implicação. Ao não perceber sentido naquilo que faz, facilmente o trabalhador se desresponsabiliza com o processo de produção e com o resultado de sua ação. A falta de qualidade dos dados, os erros, as inconsistências, os campos em branco ganham destaque e se tornam “males crônicos” dos sistemas de informação em saúde, reforçando uma crença de que “não há remédio” que cure esse mal, apenas medidas paliativas podem ser tomadas, reforçando posturas indolentes quanto à “obra-produto” do trabalho, que é sempre, ao mesmo tempo, singular e coletiva (Campos, 2000; Barros & Barros, 2010).

É por meio da situação do trabalho concreto, em ato, que os trabalhadores põem em jogo o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento sobre como executar, assim como utilizam outros recursos que possam apoiá-los para lidar com os imprevistos e, portanto, o que não está prescrito antecipadamente. Diante dos impasses e interrogações impostas pelo que sempre escapa é que o trabalhador se percebe mobilizado a buscar a interação com outros, colocando-se “em relação”. Há, portanto, uma “dupla face” na experiência do trabalho – singular e coletiva, indissociável e inseparável – ambas resultantes de um encontro com o outro. Nessa perspectiva, “o paradigma técnico-burocrático de gestão dos processos de trabalho mostra sua insuficiência”, ainda que permaneçam os mecanismos de controle, o trabalho contém o saber do trabalhador e a potência da experiência coletiva compartilhada, que se expressa na inter-relação com outro(s) trabalhador(es).

Nesse caso também se aplicaria a força instituinte dos espaços coletivos ao ampliarem as possibilidades da cooperação, da solidariedade, da confiança. “A palavra confiança que está em questão significa «fiar» juntos. Estar com o outro para fiar juntos” (Barros & Barros, 2010, pp. 76-7). Apostar nesses encontros e diálogos entre diferentes – múltiplas são as diferenças: entre níveis de gestão, entre setores, entre equipes, entre serviços, entre sujeitos e suas singularidades –, ainda que as relações do mundo do trabalho sejam sempre atravessadas por rivalidades, disputas, conflitos, oposições de necessidades, de desejos ou de interesses, significaria valorizar o que aproxima, que une, que conecta ao outro, que resolve problemas, que compartilha responsabilidades, que cria valores comuns e que desenvolve capacidades para inventar novos processos de trabalho.

As avaliações reconheceram o lugar de destaque do gestor estadual em apoiar os municípios na instauração de processos criativos buscando modificar o modelo hegemônico de gestão fragmentado, ampliando a capacidade de análise da informação gerada e da situação de saúde, bem como para a transformação de processos de trabalho mais dotados de significados.

Voltando ao exemplo do SinanNet – a cadeia produtiva para a produção de dados e informações em saúde e sua utilização/intervenção/tomada de decisão –, o desafio parece residir na combinação de modos prescritos e inventivos de trabalhar, entre a execução e a criação, sabendo que não há como eliminar um ou outro, pois a norma ou o protocolo diz também sobre como, historicamente, foi-se lidando com os meios e os processos de produção. Ao mesmo tempo, se reconhece que é no “fiar junto”, no trabalho com o outro que as formas inventivas de trabalhar vão se constituindo. Como sinaliza Benevides (2005, p. 4), “é no entre saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível”.

Ainda sobre a categoria processo de trabalho, parece oportuno fazer outra reflexão, dessa vez enfocando a gestão, e a gestão estadual em particular. Não seria difícil reconhecer a permanência no cotidiano das práticas de saúde dos modos verticalizados de gestão e a dissociação entre modelos de atenção e modelos de gestão, mantendo a cisão e a dicotomia entre os que planejam/pensam e os que executam/cuidam. Reafirmamos a potência do modelo da cogestão proposto por Campos (2000), que pauta a indissociabilidade entre formação-processo de trabalho-gestão, entendendo esse trinômio como uma “atitude” transdisciplinar. Para o autor, a gestão não se restringe a um

cargo ou a um lugar (o lugar do gestor, diretor ou coordenador), mas ao processo de pensar, planejar, decidir, executar, avaliar o trabalho, algo que é uma prerrogativa de qualquer trabalhador. O trabalho toma a dimensão de atividade e importa a todos a “gestão da atividade”. A gestão é conhecimento técnico que se produz em interação, em inter-relação, no qual “o *inter*, o entre, vem paradoxalmente, primeiro indicando um plano coletivo, um trabalhar-coletivo que antecede os trabalhadores” (Barros & Barros, 2010, p. 81). Se a gestão é e tem função de gerir, ou cogerir, isso significa dizer que ela gera (no sentido de “dar existência”) tanto processos de trabalho, no nosso caso, para produzir saúde, como também processos de subjetivação. A gestão, portanto, tem a função de produzir subjetividades, de produzir sujeitos.

### **Segundo efeito: as relações e as redes intersetoriais**

Poderíamos prosseguir nossa discussão sem subdividir o primeiro efeito das avaliações – as relações e os processos de trabalho –, do segundo efeito – as relações e as redes intersetoriais, se considerarmos a indissociabilidade dos fenômenos como vimos argumentando. Nessa perspectiva, tecer redes, ampliar conexões entre trabalhadores, gestores, usuários, equipes, instituições, serviços, setores, etc. compõem o rol de atividades que fazem parte do trabalho em saúde. Entretanto, essa divisão tem a intenção apenas de chamar a atenção para a problemática implicada na questão das redes no campo da saúde, já que consideramos que toda rede se constitui numa rede de encontros, uma rede de relações.

Tomamos como exemplo norteador de nossa discussão um dos casos avaliados que buscou compreender os desafios para o fortalecimento da rede regional de proteção às violências. Os resultados demonstraram que convivem no discurso sobre a temática diferentes concepções sobre o significado de “redes”, com destaque a duas dimensões prioritárias: a que se refere ao cuidado (modelo de atenção), e a que se refere à organização dos serviços ou equipamentos (modelo de gestão), que podem ser da saúde ou pertencentes a outros setores (mobilizando a conexão intersectorial).

Na tradição sanitaria, as redes de atenção à saúde têm sido pautadas como uma diretriz acompanhada de diversos dispositivos normativos cuja pretensão seria, em tese, superar a fragmentação na prestação do cuidado. No âmbito da discussão sobre “integralidade”, ou atenção integral aos usuários, a necessidade de organização em redes aparece como um imperativo. Parte-se do pressuposto de que os municípios, como entes federativos, por si sós nem sempre possuem todos os equipamentos necessários às ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, daí a necessidade de conformação do sistema de saúde ser organizado em redes. Além disso, ainda de acordo com a tradição sanitaria, a Atenção Básica ou Primária à Saúde deveria ser centro da comunicação, porta de entrada de todo o sistema e a integração dos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas deveria ser organizada em uma rede horizontal (Mendes, 2011).

Novamente, cabe destacar as dimensões imbricadas entre redes de atenção à saúde (linhas de cuidado) e rede de serviços, ambas no plano discursivo orientadas por uma lógica que aparentam abertura a novos modos de organizá-las: mais horizontais, pautada na cooperação, na interde-

pendência, na inclusão dos usuários e trabalhadores, no compartilhamento de poder. Contudo, as avaliações mostraram que o desafio permanece, ainda que tenham sido empregados inúmeros esforços (capacitações, encontros, seminários), que buscaram fortalecer as redes locais e regionais, intrasetorial e intersetorial, na temática das violências. O que pode significar essa dificuldade em implantar “redes” no interior do campo da saúde e com os demais setores? Lançaremos algumas reflexões que podem ajudar-nos a compreender a problemática que envolve as redes, não com a pretensão de suplantá-las, mas de lidar com elas e prosseguir investindo em novas experimentações.

Uma primeira questão a considerar diz respeito às redes como sistemas abertos de conexão que produzem formações relacionais sobre as quais vão se construindo o meio social e o sujeito (Mattos, 2006). Outra consideração proposta pelo autor é que “as redes são imanentes aos processos produtivos da saúde”, em particular. No nível da relação entre as diversas unidades, sempre haverá a articulação de diversas equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize. Existe até mesmo uma cultura de encaminhamento, que se expressa pela normativa da *referência e contrarreferência*, expressões de larga utilização no SUS, e que define quais os fluxos ou por onde deverá circular o usuário “na rede”.

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros, são fluxos permanentes entre sujeitos, “e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo” (Mattos, 2006, p. 4). A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, isto é, os

trabalhadores operando em equipe, os quais se conectam com outras equipes de outros serviços, equipamentos, setores, que por sua vez pertencem a uma rede maior que faz fluxos-conectivos expandidas para outros territórios, ou comunidades, assim sucessivamente.

Nessa perspectiva de redes como fluxos relacionais, um importante desafio tanto para a produção de redes de atenção quanto de redes intersetoriais é o permanente investimento na composição de “algo comum” e compartilhado que provoque a (re)união dos sujeitos, como os valores, os objetivos e, ou as finalidades de uma rede em particular. Tal investimento potencializa a composição de microrredes que se conectam e desencadeiam movimentos sincronizados e harmonizados conformando nós, amarrações e estabelecimento de conexões provisórias que buscam alcançar os mesmos fins (Duarte & Frey, 2008).

Considerar essa dinamicidade intrínseca das redes, assim como sua inconstância, seu caráter mutante e desestabilizador de outras redes e sistemas, como o sobrepor de redes, as redes de redes, pode significar libertar-se da frustração de olhar para as tentativas de “organizar” redes ideais e abrir-se à possibilidades de pensar a atenção, a gestão à saúde e as redes intersetoriais como redes relacionais e de fluxos instáveis. Redes essas que são produto e produtoras de sujeitos, movidas por desejos, interesses, necessidades, deveres em relação, produzindo subjetividades.

## Referências

- Barros, M. E. B. & Barros, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: R. Pinheiro, M. E. B. Barros & R. A. Mattos. *Trabalho em equipe sob o eixo da*

- integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Cepesc-Abrasco, 2010, pp. 75-84.
- Benevides, R. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, vol. 9, n.º 17, pp. 389-94, 2005.
- Campos, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Duarte, F. & Frey, K. Redes urbanas. In: F. Duarte, C. Quandt & Q. Souza. *O tempo das redes*. São Paulo: Perspectiva. 2008.
- Franco, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos (orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco, 2006.
- Heckert, A. L. C. & Neves, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: R. Pinheiro, M. E. B. Barros & R. A. Mattos. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Cepesc-Abrasco, 2010, pp. 145-60.
- Lourau, R. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- Mendes, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Nilce Helena de Paula Kezh  
Jandira Américo Soares

## Capítulo 6

# AValiação DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA “REDE INTERSETORIAL PARA A PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PROJETO GUARULHOS, CIDADE QUE PROTEGE”

O CASO AVALIADO resulta de um amplo investimento inter-setorial que tem buscado abordar a temática complexa da violência numa perspectiva abrangente, envolvendo múltiplos sujeitos que atuam em diferentes territórios e motivados pelo mesmo objetivo: construir redes para prevenir violências contra crianças e adolescentes.

A partir de uma iniciativa da Secretaria de Educação mobilizada a reduzir os índices de vulnerabilidade à violência alarmantes no município, em especial na periferia, houve investimentos numa ação coordenada com outros setores, em especial a saúde, para desenvolver iniciativas conjuntas no âmbito municipal. Esses dois setores reunidos para debater a questão da prevenção às violências entre crianças e adolescentes e a promoção da cultura de paz elegeram um Distrito Sanitário para iniciar a intervenção diretamente nos distintos públicos envolvidos nos equipamentos escolares – alunos, pais, professores, funcionários da escola, gestores e comunidade do entorno. Os desafios

eram múltiplos e requeriam ações diversificadas tanto no âmbito da formação de professores, elaboração de projetos pedagógicos e atividades em sala de aula quanto ações diretamente vinculadas aos alunos matriculados nas escolas municipais.

O ponto de partida para pôr em movimento os sujeitos dos diferentes setores foi um curso de formação voltado aos coordenadores pedagógicos e professores das escolas do Distrito Sanitário eleito como “projeto piloto”. O desdobramento desse processo foi a implicação dos participantes do curso na constituição de um espaço coletivo mobilizado a constituir redes locais de prevenção às violências. A ideia inicial foi somar-se a outras iniciativas já existentes nos diferentes territórios do município, de operar em redes.

Importante destacar que no caso avaliado o protagonismo não se circunscreve ao setor saúde, embora sua participação e compromisso na articulação com a Atenção Básica, com outros níveis de atenção do sistema e com equipamentos sociais de outros setores confere uma característica singular a essa experiência. Isso porque não faz muito tempo foi promulgada uma portaria cujo foco foi estimular (ou induzir os municípios) a se organizarem e articularem em redes para enfrentamento da violência, tanto no âmbito intrasetorial quanto no âmbito intersetorial, um mecanismo bastante familiar na tradição sanitária brasileira. Compreender as particularidades dessa rede intersetorial, seus avanços, desafios e aprendizados ao longo desse recente processo constituiu o motor para que as autoras desenvolvessem um processo avaliativo durante o curso de avaliação na perspectiva da promoção da saúde.

Apresentaremos o contexto a partir do qual foi realizada a avaliação, destacando alguns indicadores e dados

do município de Guarulhos com a intenção de situar o leitor e contribuir para compreensão dos resultados e análises realizadas. Em seguida, apresentaremos o referencial teórico a partir do qual discutimos a questão da violência como um problema de saúde pública, destacando as implicações dessa problemática na faixa etária de criança e adolescentes. A instituição escolar constituiu o foco das ações iniciais do projeto avaliado, por isso ela foi destacada como um espaço privilegiado para empreendimento de ações promotoras de saúde, da cultura de paz e de prevenção às violências. O percurso metodológico da avaliação tem a função de situar o leitor nas trajetórias vividas pelas pesquisadoras ao longo do processo avaliativo. Finalmente, apresentaremos as análises dos resultados e sua discussão, buscando compreender os avanços alcançados e os desafios que permanecem para os municípios na constituição das redes intersetoriais de proteção à violência entre crianças e adolescentes, podendo informar outras iniciativas e, ou políticas públicas no enfrentamento dessa relevante questão.

#### *Contexto – o município de Guarulhos*

Guarulhos localiza-se na Região Metropolitana de São Paulo, a dezessete quilômetros da capital. O município possui uma área de 341 km<sup>2</sup> e população de 1.244.218 habitantes o que o coloca entre os mais populosos do Brasil, ocupando a décima terceira posição, e a primeira, se excluirmos as capitais.

A cidade faz divisa ao norte com o município de Nazaré Paulista, a noroeste com Mairiporã, ao sul, sudoeste e oeste com São Paulo e Itaquaquecetuba, ao leste com Arujá e a nordeste com Santa Isabel. Com a cidade de São

Paulo, Guarulhos faz divisa com os seguintes distritos: ao norte Tremembé, Jaçanã, Vila Medeiros e Vila Maria; e a leste com Cangaíba, Vila Jacuí, Ermelino Matarazzo, São Miguel Paulista e Jardim Helena.

O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é de 0,78, enquanto o estado tem índice de 0,82 e o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), Grupo 2 – municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais.

A Taxa de Analfabetismo da População de quinze anos e mais em 2010 era de 4,1 e 56,4 da população de 18 a 24 anos tem ensino médio completo. Na grande São Paulo esses índices são respectivamente, de 3,6 e 58,5.

As causas externas, onde figuram os acidentes e as causas resultantes da violência, apresentam declínio desde 2009, mas ainda figuram entre as cinco principais causas de óbito no município. A mortalidade infantil apresenta declínio entre 2005 e 2009, assim como a mortalidade de adulto jovem (PMS, 2010-2013).

O município tem um grande parque industrial que favorece o fluxo migratório e a ocupação desordenada dos espaços urbanos, gerando iniquidades.

Entre as características relacionadas às condições sociodemográficas que interferem na saúde da população o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Guarulhos, elaborado para o período entre 2010 e 2013, destaca as condições de habitação, as invasões às áreas de mananciais e de proteção ambiental, e as condições intensas de tráfego.

A presença do Aeroporto Internacional de Guarulhos e de grandes rodovias federais e estaduais como a Rodovia Fernão Dias, a rodovia Ayrton Senna, a rodovia Dutra e a rodovia Hélio Smith agrava a poluição sonora e do ar.

Apesar de apresentar melhoria nos indicadores, além da magnitude representada pelo tamanho e densidade populacional, Guarulhos é um município com condicionantes de saúde preocupantes e necessita de ações coordenadas da gestão pública, com envolvimento da população, para a solução dos problemas.

O Orçamento Participativo foi introduzido na cidade em 2001 e as Plenárias do Programa Saúde Participativa, em 2005. As últimas tinham como objetivo “promover e qualificar a mobilização e a participação popular e estabelecer um canal de escuta das demandas populares na construção das políticas de saúde”.

O projeto “Saúde Participativa”, realizado a cada dois anos desde 2005, é organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e diversas secretarias e coordenadorias, além de representantes das entidades de classe de profissionais do município. O projeto Saúde Participativa busca identificar as prioridades de cada bairro, registrar reivindicações e debater ideias que servirão para orientar as ações nesse setor no ano subsequente.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, a cidade possui 67 UBS dispostas no seu território. Essas UBS prestam o atendimento na Atenção Básica de acordo com os princípios do SUS, das quais 40 são UBS com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para fins de gerenciamento e planejamento o município encontra-se dividido em quatro Regiões Intramunicipais de Saúde: Centro, Cantareira, São João-Bonsucesso e Pimentas-Cumbica.

*Violência contra crianças e adolescentes:  
uma questão de Saúde Pública*

A violência, embora seja considerada parte da experiência humana, sempre causou impacto negativo, provocando sofrimento, dor, adoecimento e morte. Esse fenômeno pode ser mundialmente verificado de várias formas, e a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo (Dahlberg & Krug, 2006, p. 1164).

As autoras, que vêm conduzindo estudos na OMS sobre violência e saúde desde a década de 2000, reconhecem que embora seja difícil produzir estimativas precisas, o custo da violência para o mundo se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às economias dos países, em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos. Há sobretudo a invisibilidade dos custos causados pelo sofrimento, o que naturalmente não pode ser calculado. Parte do problema relacionado às estatísticas e produção de dados diz respeito ao fato de que um número maior de atos violentos ocorre no âmbito privado, nos lares, locais de trabalho e mesmo em instituições sociais. Muitas das vítimas são crianças ou jovens, as quais apenas recentemente passaram a ser considerados sujeitos de direitos.

De acordo com Minayo (2002, p. 95), a violência pode ser definida pelo “uso da força com vistas à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro, seja este outro um indivíduo, um grupo, um segmento social ou um país”. Com

relação à violência contra a criança e o adolescente, a autora pondera que a violência constitui “todo ato ou omissão dos pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e, ou psicológico à vítima”. Por um lado, isso implica uma transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade e, também, em reconhecer a instauração de um processo de “coisificação da infância”, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (Assis, 1994, apud Minayo, 2002).<sup>1</sup>

Esses conceitos sobre violência contra crianças e adolescentes apenas foram possíveis graças ao reconhecimento desses sujeitos como portadores de direitos de cidadania. Conforme demonstra a autora, foi necessário um amplo movimento social em prol dos sujeitos coletivos, iniciado na Revolução Francesa no final do século XVIII, que começou com a corrente social do feminismo e, posteriormente, a temática da infância e adolescência. A violência contra esses grupos etários acompanha a trajetória humana desde os acontecimentos mais primitivos, sendo também diversas as modalidades pelas quais se expressa dentro das diferentes culturas. Da mesma forma, as vítimas frequentemente se tornam agressoras, evidenciando a complexa trama de relações presentes nesse antigo fenômeno.

Embora a violência tenha estado sempre presente, a humanidade não deve aceitá-la como um aspecto inevitável da condição humana. Juntamente com a violência, houve também setores sociais que investiram ao longo do tempo em ações a fim de preveni-la, coibi-la e, ou puni-la. Nenhum

1 S. G. Assis. Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10 (supl. 1), 1994, pp. 126-34.

deles foi completamente eficaz, mas todos deram contribuições a seu enfrentamento. Pesquisadores, gestores e outras instituições relacionadas à formulação de políticas públicas têm recomendado ampliar as ações intersetoriais em busca de coordenar as intervenções tanto de prevenção quanto de atenção às vítimas.

Concordamos com Minayo (2002, p.98) que considera a violência contra a infância e adolescência “uma forma secular de relacionamento das sociedades, variando em expressões e explicações”. Contudo, seu enfrentamento ou sua superação é uma “condição que se constrói ao mesmo tempo em que conseguimos uma ampliação e aprofundamento da consciência da sociedade e, por conseguinte, um melhor grau de civilização”. No caso brasileiro, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente teve papel central de elevar o *status* desse grupo, compreendendo-o como sujeito, com direito de cidadania dentro dos limites que a maturidade lhe permite.

No escopo deste trabalho, mais do que classificar as diferentes modalidades de violência contra crianças e adolescentes, interessa-nos contextualizar a violência no contexto brasileiro considerando-a como uma questão/problema de saúde pública, fenômeno de difícil apreensão por sua polissemia, polêmica, subjetividade e disputas em cena, múltiplas possibilidades de focar e intervir, exigindo ações de diferentes agentes públicos de modo coordenado. Apenas para esclarecer como pretendemos abordá-la, adotamos uma perspectiva defendida por Minayo (2002, p. 99) que abrange tanto aspectos sociais quanto individuais, já que “os diversos tipos de violência costumam se expressar de forma associada, conformando uma rede onde aquelas que expressam os conflitos do sistema social se articulam nos níveis interpessoais”.

Na área da saúde, tradicionalmente, temos concentrado esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações (Gomes, Silva & Njanie, 1999). A abordagem mais integral e abrangente das situações de violência, articulando ações coordenadas envolvendo distintos setores é bastante recente, de modo particular, no Brasil.

Já não é recente o debate em torno dessa questão, pois desde 1997 a Organização Mundial da Saúde apresentou o tema da violência como um dos principais problemas que afetavam a saúde pública no mundo. No ano de 2002, pela primeira vez, a instituição pronunciou-se de forma mais contundente sobre a violência como um problema de saúde pública, produzindo e divulgando o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug et al., 2002). Naquela ocasião, a OMS recomendou que cada país produzisse seu próprio relatório com o diagnóstico da situação e propostas de ação. No Brasil, esse informe foi produzido em 2005, concomitantemente à publicação do Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência – Portaria MS/GM n.º 737 de 16-5-2001 insere o tema no marco da promoção da saúde, entendendo que cabe ao setor sanitário contribuir para a universalização da cidadania e atuar de modo preventivo tanto em relação às populações mais vulneráveis quanto à população em geral. Nesse sentido, desde então tem havido investimentos e esforços envolvendo setores diversos em busca de uma compreensão mais aprofundada desse complexo fenômeno, tanto em relação aos seus determinantes, quanto no seu diagnóstico e encaminhamentos, na

melhoria de processos de produção de dados para tomada de decisões, como qualificar a notificação de casos, assim como na articulação interdisciplinar, interprofissional e intersetorial para enfrentamento da violência.

Esse desafio mobilizou diversos setores sociais, com especial destaque à educação e saúde, que articularam agendas, programas e políticas em favor de uma política pública intersetorial e integrada pautada na constituição de uma rede de proteção e prevenção à violência contra crianças e adolescentes, como exemplo desse projeto aqui relatado.

*Ações de promoção à saúde na escola  
e prevenção às violências*

No Brasil, não é novidade que a escola seja um espaço de ações e intervenções de cunho sanitário. Desde os anos 1950 há registros de sanitaristas realizando pesquisas para avaliar a saúde dos estudantes e propor medidas educativas, como incluir no currículo informações sobre cuidados de higiene e primeiros socorros, prevenção de doenças transmissíveis e, também, tais avaliações promoveram, com o passar do tempo, o acesso à assistência médica e, ou odontológica no sistema de saúde (Brasil, 2007).

Em geral, a saúde entrava na escola para realizar diagnósticos, identificar problemas e prescrever tratamentos que, não raro, requeriam uso contínuo de fármacos e psicotrópicos, resultando na medicalização dos fracassos do processo ensino-aprendizagem. Aos profissionais da saúde caberia solucionar os “desvios”, os “déficits” relacionados ao comportamento, à (in)disciplina, ou à (in)capacidade de aprender dos estudantes.

Embora se reconheça que esse cenário ainda coexista em parte da realidade do nosso país, esforços vêm sendo

empreendidos para que o encontro entre os setores educação e saúde seja diferente e não implique culpabilização, em geral do aluno. Ao contrário, que as ações intersetoriais geradas por esse encontro operem sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, produzam políticas públicas integradas e participativas nos diferentes níveis – local, municipal, estadual e federal –, e resultem em melhoria da qualidade de vida de sujeitos e comunidades.

A escola pode ser considerada um espaço de relações, um espaço privilegiado para a formação e o desenvolvimento de sujeitos, que contribui na construção de seus valores, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo. No contexto escolar encontram-se pessoas com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, todos importantes para construção de uma escola que produz e promove saúde.

A escola também pode ser vista como espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos se identificam, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável. O território é espaço da produção da vida e, portanto, da saúde. É, também, para Milton Santos (2005) espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico que é construído coletivamente e de forma dinâmica por sujeitos e instituições que ali se localizam e circulam. O território constitui um espaço vivo em permanente construção, caracterizado pela interação e tensão entre os sujeitos individuais e coletivos, a multiplicidade de interesses, disputas, conflitos e, ao mesmo tempo, pela possibilidade da inovação, da criatividade, da solidariedade, da inclusão, da autonomia, da construção coletiva, do estabelecimento de redes e parcerias.

Uma escola pautada por princípios e diretrizes que promovem a saúde reconhece que se trata de um desejo, um anseio, um ideal a ser perseguido constantemente. Tocados por essa motivação é que o projeto aqui avaliado partiu do ambiente escolar para pensar estratégias de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, visando melhorar não apenas o ambiente escolar, mas seu entorno e reverberando nos demais ambientes comunitários, chegando nos alunos e suas famílias.

### *Justificativa da avaliação*

A partir da construção coletiva de “uma escola que queremos”, somada aos dados sobre violência contra a criança e adolescentes do município de Guarulhos, a Secretaria Municipal de Educação, em parceria com a Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) iniciou um projeto em 2010 denominado “Escola que protege: direitos humanos e prevenção de violências contra crianças e adolescentes”.<sup>2</sup> O objetivo foi partilhar com educadores e outros profissionais informações sobre as diferentes formas de violência a que crianças e adolescentes estão submetidos, visando subsidiar as práticas de enfrentamento da violência no contexto escolar e social, tendo o Estatuto da Criança e do Adolescente como eixo norteador.

Esse projeto envolveu grande parte das escolas municipais de ensino fundamental, e desencadeou um processo de ação intersetorial em razão da complexidade da temática que procurava enfrentar. Em pouco tempo os setores saúde, assistência social, segurança pública, além do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente foram

<sup>2</sup> Relato obtido a partir de apresentação realizada no II Seminário do Programa Saúde na Escola, Ministério da Saúde em 2011. Disponível em <[http://www.dergsu.com.br/oficina\\_pedag\\_arquivos/SEMIN%C3%81RIO%20PSECultura%20da%20Paz.pdf](http://www.dergsu.com.br/oficina_pedag_arquivos/SEMIN%C3%81RIO%20PSECultura%20da%20Paz.pdf)>; acesso em 27-1-2014.

convidados a compor o Grupo Gestor Intersetorial. Para o setor saúde, essa aproximação representou uma oportunidade de articular o Programa Saúde na Escola, além de implantar ações que atendiam às diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

Essas iniciativas pautaram a composição do projeto mais amplo, envolvendo as Secretarias Municipais de Educação, Saúde e Desenvolvimento e Assistência Social, bem como o Conselho Tutelar das regiões atendidas, a Guarda Civil Municipal e outros parceiros estratégicos em cada região com maiores índices de violência, constituindo a “Rede Intersetorial para a Prevenção das Violências contra Crianças e Adolescentes: Projeto Guarulhos, Cidade que Protege”.

O objetivo central do projeto foi a integração de ações e de serviços na perspectiva da garantia de direitos de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, com vistas à inclusão escolar e social. A proposta de formação incluiu a realização de encontros formativos nos territórios e a realização de Seminários de Direitos Humanos envolvendo diversas instituições e setores cujo enfoque foi criar e implementar políticas públicas de proteção à violência contra crianças e adolescentes, além da definição e pactuação de fluxos das redes de saúde, educação, assistência social e da área da justiça.

Cabe destacar que o foco das ações é a integração entre as escolas municipais e os equipamentos de saúde, como a Unidade Básica de Saúde, com amplo envolvimento da comunidade escolar, em especial os professores, gestores, pais e alunos. O projeto foi desenvolvido especificamente em três regiões do município, envolvendo um total de seis Distritos Sanitários (São Rafael, Flor da Montanha,

Paraíso/Taboão, Ponte Alta, Presidente Dutra e Água Chata), que compuseram redes locais abrangendo cerca de cinquenta unidades escolares e também Unidades Básicas de Saúde correspondentes nos territórios locais.

### **Objetivo geral**

Avaliar as contribuições do projeto “Rede Intersetorial para a Prevenção das Violências contra Crianças e Adolescentes: Projeto Guarulhos, Cidade que Protege” para o fortalecimento das redes de atenção à saúde e a intersectorialidade.

#### *Objetivos específicos*

- Caracterizar as potencialidades e as dificuldades na constituição de redes intra e intersectoriais.
- Subsidiar as ações dos interlocutores regionais e municipais do setor saúde.

### **Percurso metodológico**

A abordagem metodológica empreendida na avaliação foi qualitativa buscando ampliar a interação entre os gestores envolvidos no projeto e as pesquisadoras. Inicialmente foi realizada uma entrevista com a interlocutora municipal de violência e, posteriormente, com a coordenação para levantar documentos e outras produções do grupo intersectorial. Essa primeira aproximação buscou delinear a linha histórica do projeto e identificar os setores e sujeitos participantes da constituição da rede. A partir desse levantamento inicial foi elaborado um roteiro de entrevistas para a

produção dos dados primários com a realização das entrevistas em profundidade com os atores-chave selecionados a partir da posição que ocupavam na rede.

Foram entrevistados os sujeitos que atuavam diretamente com a gestão da rede no âmbito das secretarias no setor onde atuavam, dentre os quais os interlocutores de violência, coordenador do projeto, diretores das Unidades Básicas de Saúde, consultores contratados para apoiar a implantação do projeto, coordenadores pedagógicos das escolas, representante da assistência e representante do conselho tutelar, perfazendo um total de sete entrevistas em profundidade.

Para a análise dos dados inicialmente foram transcritas todas as entrevistas e realizada a leitura e releitura exaustiva do material coletado. Tomando como base o referencial teórico e pressupostos que orientaram a avaliação, foram estabelecidas categorias analíticas. A partir daí foi construído um quadro de análise que destacou as posições muito ou pouco valorizadas nas falas, trechos mais significativos dos discursos e as impressões e análises iniciais que serviram de base para a análise final. Os resultados da avaliação foram agrupados a partir de categorias que destacam fatores que criam oportunidades e barreiras à constituição da “Rede Intersetorial para a Prevenção das Violências contra Crianças e Adolescentes: Projeto Guarulhos, Cidade que Protege”, os avanços e perspectivas positivas da rede e as dificuldades e desafios para a intersectorialidade.

As entrevistas foram realizadas após a solicitação do consentimento livre e esclarecido de cada um dos sujeitos participantes da pesquisa.

## Resultados e discussão

A primeira questão da entrevista versava sobre o processo de envolvimento do sujeito entrevistado no projeto, a partir de um relato sobre quais foram as etapas até o presente momento. Houve consenso entre os entrevistados quanto ao ponto de partida que emergiu de um curso proposto pela Unifesp e que culminou na proposição de um projeto de natureza intersetorial, como se pode verificar no relato:

Eu não estava naquele momento, mas teve um curso que a Unifesp organizou chamado “Escola que Protege” e, no final, o que dizem é que os professores, os alunos e os atores locais que fizeram o curso perceberam que houve um acesso a informações valiosas, instigantes e preocupantes, que tomaram consciência disso e agora cada um vira pro seu lado, e vai pro seu trabalho como se nada tivesse acontecido? Acho que esse começo foi muito feliz, porque o professor topou provocação e falou com a comunidade escolar: vocês topam? Vamos criar um grupo? Vamos pensar numa ação? E surgiu a rigor, um grupo intersetorial que queria pensar junto como fazer para constituir um trabalho conjunto.

Algumas escolas já estavam mobilizadas a desenvolver um trabalho diretamente para o enfrentamento das violências nas regiões periféricas da cidade, porém de modo isolado e desconectado de um contexto institucional mais abrangente e sem estabelecimento de compromissos comuns com outros equipamentos sociais no mesmo território, como é o caso do relato a seguir:

Em 2008, eu já tinha um trabalho com violência, mas eu ainda não tinha acesso aos outros setores com essa facilidade. Nossa participação foi desde a primeira reunião, fomos incluídas desde o início. Nessa época eu tinha um problema de violência física constituído, que se tratava do aluno que vinha armado, para a escola tentar se vingar, ou para tentar ferir outro aluno. [. . .] Havia uma necessidade muito grande de se fazer essa intervenção e a escola, ela tinha os mecanismos, porque tem uma equipe comprometida, nós tínhamos já o diagnóstico, mas naquele momento o nosso problema era o combate, assim, de impedir que alguma tragédia acontecesse com alguma criança porque era iminente.

A constituição de uma rede leva os sujeitos a, primeiramente, construir uma visão de futuro e objetivos de modo compartilhado, criando vínculos de compromissos e responsabilidades entre os envolvidos com a intervenção. No relato acima, o problema de uma escola pode gerar uma ação mais ampla, de modo que há um mecanismo de identificação e solidariedade entre as instituições, equipamentos e sujeitos envolvidos que se desdobra em resultados que refletem essa ação coletiva.

Um facilitador também desse processo de conformação de redes intersetoriais foi a presença de uma ONG que tem atuado como mediadora das relações entre os setores que atuam no projeto. Inicialmente, essa instituição trabalhava no setor educação, no entanto, com a conformação da rede local e em seguida a criação e composição de novas redes foi-se ampliando e aprofundando a influência dessa instituição no planejamento e intervenção do projeto.

A nossa instituição, o Ibeac (Instituto Brasileiro de Estudos e Apoio Comunitário) tem uma parceria antiga com a prefeitura de Guarulhos na área mais específica de educação inclusiva, questões raciais, de higiene, orientação sexual, com um trabalho de formação com os educadores, primeiro, alguns cursos gerais.

Fomos convidados a participar da formação de educadores, da supervisão de uma primeira rede no [bairro] Pimentas, com encontros mensais e depois continuamos a acompanhar uma outra rede que foi criada a partir dessa.

A compreensão do território foi outra questão percebida pelos entrevistados como relevante, já que tiveram de se debruçar sobre os mapas, redesenhá-los a partir das paisagens, instituições, equipamentos, personagens e outras temáticas que lhes pareceram importantes destacar nos “mapas dos territórios vivos”. Essa questão foi destacada pelos entrevistados, como o relato:

A ideia de reunir pessoas e instituições que atuam num mesmo território em si já é uma coisa boa, um desafio também, porque cada um tem a sua lógica, seu jeito de pensar e de agir sobre o território, nós não temos uma única maneira de ver o que acontece lá e as nossas reuniões também temos que pensar um outro jeito de olhar para esse território que não é meu, nem teu, é nosso. Por isso, achei superimportante a gente trabalhar muito com essa ferramenta de elaboração de um desenho que todos compreendessem de que território estamos falando.

O território passa de quadro estático para espaço onde um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores, interesses e discursos se organizam e reorganizam de maneira específica. Essa perspectiva proposta por Milton Santos (2005) de um “território vivo” ou de “território-processo” reconhece a existência de uma tensão entre os lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial e os pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais. Esse projeto parece corresponder a essas duas dimensões, considerando os setores sociais envolvidos no seu desenvolvimento (saúde, educação, assistência social, justiça, etc.) e seus diversos equipamentos (UBS, hospital, pronto-socorro, Creas, delegacia de polícia, conselho tutelar) atuando ora de modo compartimentado, fragmentado e isolado, ora de modo mais integrado e cooperativo, definindo arranjos organizativos que buscam enfrentar a problemática e acabam por reunir os agentes e as instituições em torno de um objetivo comum, no caso a constituição da rede de proteção à violência contra crianças e adolescentes.

Outra questão que avançou em decorrência do projeto foi a comunicação entre as instituições, e o disparador para isso foi o acesso aos dados e informações do Sinan e outras fontes municipais da área de vigilância epidemiológica. Esses dados, antes restritos ao setor sanitário e com utilização muito pouco divulgada, na perspectiva dos entrevistados, acabou sendo democratizada no âmbito do projeto.

A equipe de vigilância todo ano apresenta dados de violência, então pelo menos os casos que são notificados, nós sabemos quantas crianças e adolescentes por faixa etária foram notificados por violência, o tipo de

violência foi mais grave, onde ocorreu. Esse mapeamento foi importante pra gente identificar que a região estava fragilizada e que deveria ser priorizada. O problema é que essa estatística ficava muito restrita na saúde, na verdade na vigilância à saúde e não era compartilhada com os outros setores.

Eu estou chegando na área de vigilância agora, trabalho na saúde, mas esses dados ficam mesmo com o pessoal da vigilância. [. . .] Só quem está lidando mesmo com essa temática acaba se interessando mais em saber como vai a questão da notificação, da assistência e dos encaminhamentos.

Uma das questões mais relevantes para o projeto e que foi abordada nas entrevistas foi a diversidade de significados do conceito de “rede”, e mais especificamente no âmbito desse projeto, “redes intersetoriais”. A intersetorialidade constitui um dos fundamentos da promoção da saúde e tem desafiado gestores e profissionais que cotidianamente atuam para sua construção. A intersetorialidade remete a um dinamismo, um movimento e uma ação, o que significa mais que um conceito, trata-se de uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com limites da organização setorial na abordagem dos fenômenos complexos de nossa sociedade (Mendes & Akerman, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, intersetorialidade é definida como “modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para intervir nos determinantes sociais” (Brasil, 2008). É uma prática social inspirada nos princípios da corresponsabilidade, cogestão e coparticipação entre os diversos setores e políticas em prol

de um objetivo comum. E se opõe, portanto, a uma forma de gerenciamento do trabalho em saúde que funciona de cima para baixo, que ordena os afazeres por segmentos de especialistas e os conhecimentos que só se comunicam dentro de uma linguagem hierárquica e centralizadora. A inter-setorialidade, portanto, é uma estratégia de enfrentamento a esta cultura organizacional compartimentada, que pressupõe o trabalho em rede, de forma integrada, e pautada pelo exercício da democracia em diferentes setores da gestão da saúde, produzindo efeitos nos modos de ser e de atuar dos trabalhadores, usuários e organizações.

O investimento de diferentes setores da sociedade e das políticas públicas em manter a rigidez da relação: problemas complexos/respostas setoriais/saberes e práticas fragmentados, tem levado a desperdício de recursos, iatrogenias e baixa efetividade na garantia dos direitos de cidadania. Nesse sentido, a inter-setorialidade apresenta-se como a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, como saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” (Moysés et al., 2004, p. 630). A potência transformadora da forma inter-setorial de trabalhar e de construir e implementar políticas encontra-se, portanto, na oportunidade de construir novas sínteses de conhecimento e novas estratégias de ação por meio do diálogo (Mendes & Akerman, 2007). No entanto, os autores consideram que convém sublinhar que a inter-setorialidade não é um fim em si mesmo nem acontece com a simples reunião de ações setoriais específicas. Ela exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis e cogestores, como demonstram os resultados dessa avaliação.

A proposta é intersetorial, tem a participação da educação, da saúde e da assistência. No Grupo de Trabalho Intersetorial e nas reuniões mensais nos territórios participam também a Guarda Municipal, o Conselho Tutelar, então isso tudo fortalece o movimento para consolidação de parcerias.

O relato demonstra que a ação intersetorial partiu do âmbito das secretarias envolvidas diretamente no projeto, mas se abriu para novas instituições e incluiu novos sujeitos na ação empreendida. Mendes & Akerman (2007) recomendam que a ação intersetorial “demanda um amplo processo de inclusão para a apreensão e transformação da realidade, isso necessariamente significa [. . .] o estabelecimento de relações horizontais” (p. 97). Ou seja, a construção da intersetorialidade implica a explicitação das relações de poder entre os distintos atores e organizações sociais, exigindo processos de concertação/ pactuação e não se isentando de conflitos, contradições e problemas.

Nesse processo, cabe aos sujeitos participantes do projeto, sobretudo os responsáveis por conduzir o processo, exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores de processos para que os efeitos das ações interssetoriais sejam potencializados nos territórios e ganhem legitimidade. Com isso, há um ganho em capilaridade das intervenções, assim como uma inversão que parte de “baixo para cima”, ou seja, são configuradas novas redes locais com os sujeitos concretos nos territórios. A inclusão plural de atores e o enfrentamento das práticas e dos saberes fragmentados foram considerados importante potência do projeto avaliado:

Tem várias escolas, tem o Creas, tem o Conselho Tutelar, temo Cras, todos estão com a mesma ânsia no

projeto. Eu acho que no início foi aquela coisa de todo mundo colocar em comum as suas angústias e hoje a gente está num patamar um pouquinho mais avançado, conseguimos pensar conjuntamente, conseguimos dividir tarefas e responsabilidades.

No projeto, os principais espaços de articulação dos agentes envolvidos são as reuniões do grupo gestor, oficinas de trabalho, grupos temáticos, seminários, uma ampla agenda de “espaços coletivos” que buscam discutir, analisar e deliberar sobre o desenvolvimento das ações, demonstrando a importância desses espaços para as articulações e pactuações necessárias à consolidação das parcerias. Há, entretanto, uma consideração presente nas entrevistas sobre o excesso de atividades ligadas ao projeto e dificuldade de articular as agendas para dar conta do acordado.

Há toda uma dificuldade para equacionar a agenda de cada setor. Cada um tem suas agendas muito carregadas, são os mesmos que fazem muitas coisas, então a gente tem toda uma preocupação de planejar o calendário anual pra não correr risco de descumprimento dos acordos por falta de tempo.

Kiss, Schraiber & D'Oliveira (2007) consideram que a intersectorialidade pode ser compreendida como uma estrutura em que convivem atores e suas relações, com seus ideais, quadros discursivos e mapas cognitivos, e de cuja constituição participam ideologias políticas e discursos culturais, que, nas suas convergências e divergências, podem afastar ou aproximar os sujeitos que a integram. Isso significa que as aproximações para constituição de redes podem e devem ocorrer em múltiplas instâncias (gestão,

coordenação de equipes e trabalhadores), visando atuação articulada sobre um objetivo comum. As redes, portanto, são formadas por sujeitos concretos que se reúnem em torno desse “comum”.

No [projeto] “Guarulhos: a cidade que protege” a gente aprendeu que ele é formado de bracinho, perninha e cabecinha, porque são pessoas que compõem a rede e que faz com que ela funcione, são pessoas comprometidas dos diferentes níveis – central, regional e local, que por sua vez se relacionam e constituem outras redes nos seus territórios e serviços.

De modo complementar, vale ressaltar que as redes intersetoriais exigem de seus integrantes não somente a clara indicação de conexões e vínculos entre os fluxos dos processos de trabalho visando complementaridade de ações, mas também a horizontalidade entre os parceiros e a inserção de novos sujeitos como balizador da capacidade integradora resolutive da rede.

Já temos condições de discutir casos, de diminuir passos dos usuários, porque às vezes nós fazíamos um retrabalho, nós não tínhamos conhecimento se a porta de entrada ao sistema de cuidado foi na saúde ou onde. A pessoa já tinha andado da rede, já tinha sido encaminhado para a metade das coisas que nós estávamos mandando de novo até ele voltar ao mesmo ponto. Isso era péssimo, não resolvia nada.

Mais que definir os encaminhamentos e fluxos na rede, a intencionalidade na constituição das redes é fortalecer vínculos e ampliar corresponsabilidades, já que a constituição

das redes como fluxos institucionais (gestão intersetorial) não assegura a efetiva realização de práticas compartilhadas e interdependentes (equipe intersetorial integrada), podendo cada qual tentar contemplar interesses próprios para finalmente encaminhar a situação ao próximo setor.

Nós conseguimos nos desmembrar em miniequipes, então desse encontro maior que a gente tem todo mês a gente conseguiu se desmembrar em outros encontros menores, por exemplo todas as equipes de Nasf e NAB têm um matriciamento no próprio Creas com a equipe de lá para discutir casos de violência.

A tradição sanitaria concebe “redes de atenção” como uma organização com arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os da Atenção Básica devem ser dispersos e os de maior densidade tecnológica têm de ser concentrados. De acordo com Mendes (2011), os serviços de saúde se estruturam numa rede de pontos de atenção à saúde composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente, de forma adequada. Para isso, os desenhos institucionais das redes têm de combinar, com equilíbrio, os elementos de concentração e dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio com critério de acesso aos serviços. Essa visão idealizada das redes, no caso do sistema sanitário, muito se distancia da realidade dos sujeitos concretos tecendo seus fluxos em conexões e desconexões contínuas. As conexões vão produzindo mapas através dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam. “O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões,

desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (Franco, 2006). Exemplo dessa perspectiva pode ser constatada no depoimento a seguir:

A gente aprende muito, desconstrói, reconstrói. . . Num determinado momento a gente definiu nosso objetivo, que era construir um fluxo único para as esferas – saúde, educação e assistência social. Com o tempo a gente foi entendendo melhor o fluxo, porque era complexo, para depois a gente perceber que ele não era o problema. Onde estava a carência? Justamente na interlocução local. [. . .] Ou tem diálogo na ponta que é o que a gente chama de “Núcleos locais de enfrentamento, violência contra a criança e o adolescente” ou não vamos dar conta de cuidar, prevenir e fazer a política pública funcionar em rede.

Os resultados da avaliação mostraram que a constituição da rede intersetorial requer uma mudança no olhar, um modo de pensar intersetorialmente e de funcionar como rede. Nesse sentido, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas acontece pela ação dos sujeitos no cotidiano, quando se colocam em relação com os outros, operando a todo tempo por meio do diálogo, da alteridade, da solidariedade.

Hoje eu percebo que há uma parceria em toda a escola para prevenir violências, encontramos meios de *convivermos* juntos, num mesmo ambiente, sem tanta violência. [. . .] Há o envolvimento de professores, alunos, diretores, funcionários, pais, a comunidade. Não há mais depredações na escola, não há tantos atos

violentos, há problemas do modo de falar, de se comportar mais rebelde de alguns, mas não há ameaça como houve no passado. Isso mudou a visão da escola pública, isso mudou a nossa realidade.

Dentre as diversas sugestões apontadas pelos participantes, a questão da comunicação foi destacada como um dos aspectos que se desenvolveu a partir do projeto, entretanto pode ser melhorada. A comunicação diz respeito a dois aspectos relevantes para a organização e o funcionamento das redes, um voltado à comunicação interna, ou seja, entre os participantes do projeto – os setores envolvidos, as equipes de trabalho, as escolas e outros equipamentos sociais, especialmente as UBS e Creas. Outro aspecto menos valorizado nas entrevistas é a comunicação externa do projeto com instituições e agentes não diretamente envolvidos no processo que, em geral, se dá por meio de mídias e outros recursos. Do ponto de vista da comunicação interna, entre os que desenvolvem atividades diretamente relacionadas ao projeto percebe-se melhora no acesso e intercâmbio de informações relevantes para a tomada de decisões em relação ao projeto. Houve também sugestões explicitando o que poderia melhorar em relação à comunicação do projeto:

Poderíamos fazer um mapeamento do que existe na comunidade, os dias e horários de funcionamento para facilitar localização e atendimento, assim elaborar um guia ou um manual que esteja nas mãos de todos os setores e dos usuários também, disponível na internet, assim facilitaria muito a vida de todos. Acho que seria bem importante pensar num Boletim da Rede, um informativo que envolvesse todos os par-

ceiros, ampliando os canais de comunicação entre os segmentos, setores e pessoas de referência, mas também que servisse de material de divulgação do nosso trabalho.

### Considerações finais

O projeto “Guarulhos cidade que protege” baseou-se em ações que visavam instituir a cultura de paz, criando ambientes protetores que pudessem combater a violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes. Estruturado numa abordagem intersetorial, o projeto possibilitou que os setores Educação, Saúde e Assistência Social trabalhassem de modo integrado no planejamento, na intervenção e na avaliação de ações nos âmbitos local, regional e central. Destaca-se que os aspectos que favoreceram o desenvolvimento das ações intersetoriais foram a disponibilidade dos atores locais para o trabalho em rede; a participação de entidade de suporte e consultoria e, principalmente, o investimento político e apoio institucional para as três secretarias. As ameaças ou fragilidades do projeto constituem, igualmente, os mesmos fatores que o tornam potentes, ou seja, a possibilidade de mudança dos atores locais e do financiamento alocado, a manutenção da parceria com a ONG que apoia o processo, a mudança de governo local. Essa contradição pode mostrar aquilo que o ditado popular diz sobre os modos de perceber e encarar os processos, os problemas, os projetos, a vida: “o copo meio-cheio” ou, seu contrário, “o copo meio-vazio”. No nosso caso em questão, trata-se de reconhecer que tanto numa perspectiva mais otimista, que reconhece a institucionalização de processos como a conformação da Rede, ou numa perspectiva pessimista, que mira para a fragilidade dessa institucionalização,

podemos afirmar que os entrevistados e os sujeitos envolvidos não são mais os mesmos. Foram transformados pelo movimento instituinte das redes intersetoriais, assim como provocaram mudanças em suas instituições e nos setores onde atuam.

## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, pp.15-31.
- Dahlberg, L. L. & Krug, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 11, pp. 1163-78, 2006. Suplemento.
- Franco, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos (orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS, 2006, pp. 459-74.
- Gomes, R.; Silva, C. M. F. P. & Njanie, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: estudo bibliográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 4, n.º 1, pp. 171-81, 1999.
- Kiss, L. B.; Schraiber, L. B. & d'Oliveira, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, vol. 11, n.º 23, pp. 485-501, 2007.
- Mendes, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- Mendes, R. & Akerman, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: R. Mendes & J. C. A. Fernandez (orgs.). *Promoção*

- da saúde e gestão local*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild-Cepedoc, 2007, pp. 85-110.
- Minayo, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: M. F. Westphal (org.). *Violência e criança*, vol. 1. 1.º ed. São Paulo: Edusp, 2002. pp. 95-113.
- Moysés, S. J. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9, n.º 3, pp. 627-41, 2004.
- Santos, M. *Da totalidade ao lugar*. São Paulo: Edusp, 2005.

## Anexo

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Em relação ao projeto Guarulhos cidade que protege, você sabe como o projeto se iniciou e qual foi a sua (do seu setor) participação no início do projeto? Você (seu setor) continuam participando do projeto.
2. Quais pessoas participaram, pensaram a construção do projeto, e quais foram os primeiros atores a iniciarem os trabalhos no sentido da construção do projeto?
3. Em relação às instituições da saúde envolvidas, como você descreveria a participação das três esferas de governo? Ministério da saúde, Estado (central e regional) e município? E da VE Municipal?
4. Quais pontos positivos deste projeto você destacaria, o que facilitou os desdobramentos deste projeto? Ou Quais pontos positivos facilitou ou poderia facilitar a participação da VE municipal desdobramentos deste projeto?
5. Quais pontos negativos você identifica neste projeto? Quais os principais entraves para o desenvolvimento dos trabalhos? Quais principais entraves para a participação da VE municipal no projeto?
6. O projeto tem como objetivo a integração de ações/serviços na perspectiva da garantia de direitos de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, com vistas à inclusão escolar e social, você considera estes objetivos estão sendo alcan-

çados? Como você pensa que poderiam ser alcançados?

7. Quais aspectos você identifica como fundamentais para favorecer a sustentabilidade deste projeto?

8. Você se recorda de algum caso específico que ilustre as situações envolvidas neste projeto?

Daniele Pompei Sacardo  
(elaboração)

## Capítulo 7 RESENHAS

---

**Avaliação do processo de constituição da Rede de  
Atendimento, Proteção e Apoio às vítimas de violência  
na Baixada Santista**

---

MIRIAM E. S. XAVIER HISANO

A AVALIAÇÃO, NESTE CASO, serviu de instrumento para articular a constituição de uma Rede de Atendimento, Proteção e Apoio às vítimas de violência na região do GVE XXV – Santos, tendo em vista que a maioria dos municípios tem apresentado dificuldades para desenvolver ações coordenadas relativas a essa temática.

Há alguns anos as notificações dos casos têm sido feitas pelos municípios e têm requerido constantes processos de capacitações e treinamentos, envolvendo o gestor estadual e outros agentes sociais da região da Baixada Santista. Com o incentivo do governo federal por meio de repasse financeiro destinado à implantação da rede de atendimento às vítimas de violência, alguns municípios empreenderam esforços para articular uma rede ampliada de atenção, que inclui ações de prevenção, promoção à saúde e estabelecimento de linhas de cuidado.

Dos nove municípios que constituem a região, apenas quatro deles articularam suas redes municipais, o que despertou o interesse em avaliar para compreender as dificuldades encontradas na institucionalização das redes, bem como nas necessidades percebidas e as sugestões dadas pelos gestores municipais sobre o papel do ente estadual nesse processo.

Como procedimentos metodológicos, a abordagem escolhida foi a qualitativa por meio de um questionário com questões abertas que versavam sobre a constituição das redes, os fluxos no atendimento, a estrutura física e equipamentos disponibilizados, parcerias intersetoriais, bem como as percepções sobre formação e educação permanente. A coleta dos dados aconteceu durante uma reunião entre os interlocutores; foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido e todos concordaram em participar da pesquisa. Os respondentes foram os interlocutores de violência de seis municípios, trabalhadores responsáveis diretamente pela implantação das políticas de violência nos municípios.

Apesar da amplitude e diversificação das questões, e de as respostas terem sido concisas e objetivas, foi possível identificar alguns núcleos comuns em relação aos equipamentos de saúde referidos pelos interlocutores no âmbito da saúde, como os hospitais, as Unidades de Pronto Atendimento, UBS. De acordo com cada caso e a partir dessas instituições a vítima é encaminhada aos serviços de referência, como Creas, IML, Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher, evidenciando uma necessidade de articulação intersetorial tanto no âmbito municipal quanto no estadual.

O fluxo de atendimento às vítimas variou entres os respondentes, o que é compreensível em razão da diversidade de arranjos institucionais de cada local. Para facilit-

tar a visualização dos sentidos e das conexões dos fluxos entre os equipamentos e modos de circular dos usuários, a autora sugeriu aos respondentes que elaborassem um desenho de como funciona, em geral, a atenção às vítimas de violência por meio de uma representação gráfica/visual. A comparação dos desenhos evidenciou alguns consensos em relação à abordagem no sentido da integralidade da atenção, que envolve ações específicas do campo da saúde, mas também requerem articulações com outros setores, em especial a assistência social e o judiciário. Assim, ao conhecer essas diferentes modelagens, identificar a oportunidade de incluir os municípios no processo de gestão das redes foi uma das questões mais relevantes identificadas ao longo da avaliação. Sobre a articulação, alguns referiram que há um espaço instituído de gestão compartilhada entre os setores, mas que essa prática é ainda incipiente e, portanto, um desafio a ser enfrentado.

Os resultados da avaliação mostraram que o ente estadual tem uma responsabilidade de mobilizar e empreender esforços para articular as redes municipais e constituir uma “rede de redes”, com ampla participação dos municípios nas definições e no estabelecimento das prioridades, na identificação de necessidades, como os processos de educação permanente, e na gestão das redes de atenção às vítimas da violência.

\* \* \*

---

**Avaliação das oficinas e ações no âmbito da vigilância  
de acidentes e violência na região de São José dos  
Campos: construindo redes de proteção**

---

FÁTIMA APARECIDA RIBEIRO  
DÉBORA ASSIS DE OLIVEIRA FURLAN

A AVALIAÇÃO EMPREENDIDA partiu da experiência em desenvolvimento na região de São José dos Campos com a criação do Núcleo Viva a Paz, com vistas à constituição de uma rede intersetorial de proteção à violência, a promoção da saúde e a cultura da paz. Por meio de oficinas de discussão e capacitação, ao longo de quatro anos as autoras buscavam sensibilizar os gestores municipais quanto a essa temática, com especial foco na realização das notificações e ampliação dos espaços e qualidade do cuidado prestado às famílias.

Uma matriz pedagógica foi desenvolvida utilizando-se os dispositivos da humanização, os instrumentos e as proposições da educação permanente e da vigilância em saúde. O processo de implantação da “ficha de notificação” foi tomado como recurso disparador para diminuir a invisibilidade da violência e iniciar a organização de núcleos municipais intersetoriais. O investimento das autoras foi preparar equipes para despertar um olhar sensível para a violência, buscando analisar sua complexidade, compreendê-la e propor ações visando a integralidade da atenção. Os resultados dessas ações parecem muito profícuos, pois houve aumento das notificações, o desenvolvimento de fluxos para orientar as ações em rede intra e intersetorial, além da organização de núcleos em cinco municípios na região do GVE XXVII.

Determinadas a prosseguir investindo em processos de sensibilização/educação permanente/interlocação/articulação entre os entes estadual e os municípios, e percebendo um movimento de desmobilização dos técnicos e gestores municipais após o período de mudança eleitoral, as autoras tiveram como objetivo avaliar as dificuldades e desafios na implantação das redes de proteção às violências, buscando identificar as lições aprendidas e mobilizar os participantes com vistas ao fortalecimento da rede regional. Os dados foram coletados por meio da realização de grupo focal realizado durante uma reunião da Câmara Técnica do Colegiado de Gestão Regional com roteiro de questões que versavam sobre a percepção das responsabilidades do poder público e as ações municipais desenvolvidas para prevenir e assistir as pessoas em situação de violência; as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho; as expectativas em relação à novas iniciativas e projetos; os resultados de capacitações e os impactos nas práticas dos serviços.

Os municípios percebem um papel protagonista do setor sanitário na organização e condução dos fluxos de atendimento aos usuários, bem como na articulação intersetorial, tendo em vista que as vítimas frequentemente recorrem aos equipamentos de saúde no caso de violências e acidentes, sendo que a porta de entrada varia de acordo com a gravidade do caso. Por isso, os fluxos variam em função do local onde se inicia a linha de cuidado às violências, embora os municípios reconheçam a necessidade de estabelecer relações com outros setores, como a assistência social, a polícia, o setor judiciário e a educação para uma abordagem integral.

A discussão do grupo focal possibilitou desencadear reflexões importantes sobre os determinantes sociais da

violência, houve ampla e profunda troca entre os participantes que buscaram refletir sobre o quanto esse tema provoca resistências, é frequentemente evitado e mobiliza preconceitos nos trabalhadores e gestores. Ao longo do grupo focal, os participantes tiveram oportunidade de perceber e significar os modos que essas questões repercutem de forma negativa na invenção de linhas de cuidado às vítimas e de se articular em rede.

Tal articulação passa por ações de caráter assistencial, mas também em iniciativas e políticas públicas para a prevenção das violências, com ênfase nos setores judiciário e educação. Dos policiais se requer movimentos de mudança de ações repressivas para ações preventivas. Das escolas a ampliação de projetos de longo prazo, com investimentos na abordagem de promoção à saúde e da cultura de paz, trabalhando aspectos cognitivos e subjetivos com toda a comunidade escolar, em parceria com os demais setores.

Outro resultado destacado em relação ao fortalecimento das redes de proteção foi a relevância dos processos de comunicação e a necessidade de ampliar os espaços de pactuação entre os setores nos âmbitos municipais e regional. O propósito desses encontros seria analisar os dados epidemiológicos, refletir, planejar, deliberar e avaliar as ações e políticas definidas, buscando estabelecer uma visão comum sobre a problemática e seu enfrentamento. A valorização dos espaços de pactuação no âmbito regional destacou o papel do ente estadual na composição, mobilização e articulação das diferentes redes municipais. Um dos principais objetivos seria a construção de uma “visão comum” da rede regional que contenha as diferenças de arranjos e de dispositivos de cada município e sua rede particular, além de estimular e apoiar a abordagem com-

plementar e sinérgica dos serviços e instituições na produção de linhas de cuidado e proteção às vítimas.

O processo de capacitação dos profissionais para abordagem das situações de violência permanece desafiando gestores do âmbito municipal e estadual, pois implica o desenvolvimento de novas habilidades profissionais para reinventar e superar a tradicional forma de executar as ações de vigilância, tradicionalmente uma prática verticalizada e paralela às ações assistenciais.

\*\*\*

---

## Avaliação do processo de implantação dos Planos de Ação das Redes de Atenção à Violência dos municípios das regiões Rota dos Bandeirantes e Mananciais

---

TANIA GOMES MONTEIRO

O PROJETO AVALIADO insere-se no marco da promoção da saúde, entendendo que o setor precisa contribuir para a universalização da cidadania e atuar proativamente diante dos problemas que tornam a sociedade e os grupos específicos mais vulneráveis. Desde 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência – Portaria MS/GM n.º 737 de 16-5-2001, constitui uma política pública cujo enfoque visava compreender e enfrentar a violência no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida.

A proposta dos municípios nas regiões da Rota dos Bandeirantes e Mananciais foi desenvolver um curso de formação para gestores municipais com o objetivo de capacitar as equipes técnicas municipais na promoção da saúde e prevenção das violências, visando a formação de rede para acolhimento, notificação e atendimento de casos de violência. Esse curso transcorreu entre novembro de 2012 e março de 2013 e teve como público participante profissionais de saúde, em especial da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, da Secretaria de Promoção Social (Creas, Cras), do Conselho Tutelar, da Secretaria da Educação e todos os serviços envolvidos no enfrentamento das violências dos municípios das regiões citadas.

O objeto deste trabalho foi avaliar os efeitos de uma intervenção (capacitação e elaboração do plano de ação) e sua implantação (respostas, dispositivos ou arranjos)

desencadeados a partir da experiência formativa dos gestores, assim como o processo de implantação do Plano de Ação dos municípios da região Grande Oeste de São Paulo no que tange à conformação das Redes de Apoio e Prevenção de Violências. Também procurou-se conhecer os recursos de infraestrutura e técnicos disponíveis em cada município, principalmente os equipamentos de saúde, os fatores que contribuíram para a consolidação das redes municipais e as principais dificuldades relatadas pelos gestores.

A abordagem escolhida para o desenvolvimento dessa pesquisa foi a combinação quantitativa, com aplicação de um questionário com questões fechadas e abertas. Foram sujeitos da pesquisa avaliativa profissionais que compõem a equipe técnica da rede de serviços intra e intermunicipal que participaram do Curso de Capacitação. O questionário foi elaborado e testado com o município de Itapevi, e após ajustes no instrumento original, foram enviados por *e-mail* para cada município/sujeito da pesquisa. As análises foram feitas com o programa Microsoft Excel, numa contagem simples de frequência das respostas dadas. A tarefa de análise implicou, num primeiro momento, a organização do material descritivo, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Esse exercício se desenvolveu de modo que construiu-se, para cada questão aberta, uma narrativa que reunisse as ideias centrais apresentadas pelos respondentes. Cabe destacar, entretanto, que houve um percentual grande de não respostas ou de questões entregues em branco.

Os resultados demonstraram que 40% dos municípios entrevistados, num total de quinze, responderam que possuem local específico para realização de ações de vigilância, ao passo que 13% não possuem um local para essa finalidade. Os comentários dos respondentes sobre a questão

mostraram pouco investimento em recursos materiais e recursos humanos para realizar ações de vigilância em relação às violências. Quanto à existência de um Plano de Ação voltado às práticas de vigilância às violências nos municípios, 27% responderam que inexistente um planejamento a ser seguido. Cabe destacar que essa questão deveria ser respondida positivamente por todos os participantes, na medida em que ao final do processo de capacitação ocorrido no ano 2012 – a partir do qual se desdobrou a avaliação aqui relatada – o resultado foi a elaboração do plano de ação municipal de atenção e prevenção à violência.

Com relação à constituição da Rede de Atenção às Vítimas de Violência, as instituições mais mencionadas que compõem a rede são os prontos-socorros, as Unidades Básicas de Saúde, referidos pela maioria dos respondentes, alcançando 44% das respostas e 60% quando se inclui o Hospital. Isso demonstra que o atendimento emergencial à pessoa em situação de violência tem tido algum acolhimento pela rede do sistema de saúde, como também podemos inferir a existência de um fluxo, ainda que pouco organizado e comprometendo a continuidade da atenção. Além disso, uma das principais dificuldades relatadas na avaliação quanto à implantação e o desenvolvimento do Plano de Ação foi um problema crônico de falta de trabalhadores dedicados às ações nos municípios, o que sobrecarrega quem está diretamente envolvido, comprometendo a qualidade das ofertas. Por outro lado, o apoio direto da gestão, da equipe técnica, o trabalho articulado em rede com instituições governamentais e não governamentais foi reconhecido como importantes facilitadores na constituição das redes.

\*\*\*

---

## Processo de implantação do Programa de Violência e Promoção da Saúde no município de Caraguatatuba

---

CARLA APARECIDA PEREIRA

O PROJETO BUSCOU AVALIAR o processo de implantação do “Programa de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde” implantado no município de Caraguatatuba, local onde se verificam índices elevados de violência em comparação com os demais municípios da região e que tem implementado ações no âmbito dos serviços de saúde, mediante capacitações e sensibilização de profissionais, consequentemente gerando melhor consistência do banco de dados. O objetivo do projeto foi avaliar o processo de implantação e os resultados obtidos pelo Programa, visando a conformação da rede de atenção às vítimas de violências. Além disso, buscou descrever o perfil epidemiológico de violências, a infraestrutura física, os fluxos e os serviços, conhecer a percepção dos gestores do setor sanitário e da assistência social quanto ao trabalho de atenção às vítimas de violências no município e descrever as dificuldades relatadas pelos gestores.

Foram elaborados dois questionários, um com treze e outro com quinze questões direcionados ao Gestor Municipal e aos Gerentes de três Unidades de Atendimento, sendo uma de Referência no atendimento às vítimas de Violência, uma Unidade Básica de Saúde e o Creas (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Ambos os questionários abordaram questões relacionadas ao fluxo de atendimento, à atuação dos profissionais de saúde e ao alcance das propostas. Foram levantadas questões fechadas para identificar o “perfil” dos respondentes, bem como

questões abertas sobre a temática avaliada, buscando possibilitar a livre expressão dos sujeitos pesquisados.

Os resultados mostraram que o primeiro passo dado na implantação foi vencer a desconfiança e o medo dos profissionais de saúde em notificar os casos de violência. Devido ao constante processo de sensibilização, os gestores consideram que há adesão dos profissionais, o que pode ser verificado com o aumento no número de casos notificados desde a implantação do Programa no ano de 2009, com 59 notificações contra os 127 casos notificados em 2012.

Outro resultado constatado na avaliação foi a inadequação das estruturas físicas dos equipamentos que atendem a essa questão, em geral por uma mesma equipe de profissionais que se sentem sobrecarregados para desempenharem essa atividade.

Os dados mostraram alta prevalência de violência entre os adolescentes de dez a catorze anos, e os principais tipos de violência nesta faixa etária foram predominantemente as violências psicológicas e físicas, que somam 87% dos casos. Apesar de os dados gerais mostrarem que os homens jovens são os mais atingidos, predomina no município o sexo feminino, com percentagem expressiva de 69%.

Quanto ao fluxo de atendimento nas Unidades de Saúde, o acolhimento às vítimas de violência é feito mediante consultas médicas ou de enfermagem e mediante visitas domiciliares. Ao se referirem à evolução, relatam a demora na resolutividade e na continuidade do acompanhamento, sendo contornadas essas dificuldades com “persistência e coragem”, além das constantes reiterações das solicitações de contrarreferência. Apesar de algumas dificuldades encontradas, os respondentes relatam que conseguem frequentemente discutir os casos em reuniões internas de cada Unidade e também em reuniões intersetoriais. Isso reflete

uma das melhorias percebidas após a implantação do projeto no município, que foi o estabelecimento de parcerias entre os serviços de saúde envolvidos, os Creas e Conselho Tutelar, o que favoreceu a implementação dos Protocolos de Atendimento e definição de fluxos mais bem adequados às realidades locais.

O principal resultado positivo do programa pode ser confirmado com o aumento no número de casos notificados após a implantação do fluxo de notificação e com a construção de uma rede intersetorial e multiprofissional voltada ao atendimento às vítimas de violência. Apesar de a rede de atenção à violência estar funcionando no município, os profissionais sentem-se sobrecarregados em decorrência da intensa demanda no atendimento em diversas áreas e não só à violência; e também, à insuficiência de profissionais, o que pode estar gerando a demora na resolução e na continuidade do acompanhamento, assim como na contrarreferência. Por outro lado, conseguem frequentemente discutir os casos em reuniões internas e intersetoriais, fortalecendo as parcerias entre os serviços.

\*\*\*

## Capítulo 8

### EFETIVIDADE DOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO OU EDUCAÇÃO PERMANENTE

ESTE TEXTO RELATA A EXPERIÊNCIA de técnicos da gestão estadual em avaliar projetos de capacitação profissional ocorridas nos municípios para o tema violência. Com a dupla tarefa de gerenciar o trabalho e construir pesquisas avaliativas das mesmas intervenções, os autores descrevem experiências que nos conduzem ao cotidiano de trabalho, propõem situações inusitadas e requerem constantemente inventividade dos envolvidos.

Para avaliar capacitações, há necessidade de algumas reflexões: qual a finalidade da capacitação? Qual a abordagem metodológica? Ela é centrada nas condições ou nos atores sociais? Reproduz poderes dominantes? Instala espaços de potencialidades? Contribui para a construção de subjetividades dos envolvidos? É uma oportunidade de aprendizagem coletiva?

**Mas de que educação permanente estamos falando?**

A forma de ensino enraizada em nossa cultura mostra-nos que para construirmos algum conhecimento devemos reduzir o que for complexo para o simples, de forma que

tenha “ideias claras e distintas”, a ponto de separarmos o todo para entender as partes. Como consequência, Morin afirma que temos na atualidade grande quantidade de “hiperespecialistas” em diversos temas que evitam a contextualização dos problemas, mas o nosso tempo necessita de um pensamento que consiga captar relações, implicações mútuas, fenômenos multidimensionais, que dê conta do desafio da complexidade (Morin, 1993).

A questão fica gritante no campo das violências. Para refletir e atuar nesse escopo é imprescindível considerar sua complexidade, as raízes macroestruturais, as questões conjunturais, os problemas de ordem cultural e as relações interpessoais no âmbito público e privado. Exige intervenções múltiplas de diferentes setores da sociedade, não podendo ser compreendido como objeto do setor saúde, mas como um problema da sociedade (Minayo, 1999).

Nesse sentido, espaços de formação ou de ensino precisam propor diferentes modos de pensar a formação de modo que possibilite uma visão ampliada para tomarmos posse de saberes e práticas potencializadores de mudanças (Carvalho & Ceccim, 2006).

A proposta de Educação Permanente em Saúde advém do campo da Educação, nos anos 1930, como forma de reposicionar as pessoas no mercado de trabalho. A ideia fomentadora, segundo Furter (apud Feuerwerker, 2012), é que o homem está em permanente construção, já que suas relações cotidianas produzem conhecimento/sabedoria que interferem na forma que conduz a própria vida. Quando se depara com questões que entende como relevantes, o sujeito mobiliza-se para buscar novos saberes (Feuerwerker, 2012).

A partir dos anos 1980, a Organização Pan-Americana da Saúde, ao perceber que as capacitações tradicionais organizadas verticalmente e dirigidas indistintamente à

diversos públicos tinham baixo impacto, além de constatar que “ninguém muda porque o outro assim deseja”, recomendou que os processos de ensino deveriam partir das necessidades dos trabalhadores e que dialogassem com seus conhecimentos prévios, para isso, sugeriu o uso de metodologias participativas que permitissem a reflexão sobre o próprio contexto (Feuerwerker, 2012).

Para que as construções de práticas inovadoras e democráticas aconteçam, segundo Feuerwerker (2012), é imperativo que o mundo do trabalhador faça parte do processo pedagógico e de aprendizagem, pois só assim será possível compreender e problematizar o próprio agir individual e coletivo. Isso porque se parte do pressuposto que a saúde se produz em ato, ou seja, a produção da saúde só existe durante o próprio ato de sua produção e para aqueles que estão diretamente envolvidos no processo. E se não forem criadas situações nas quais esses profissionais possam refletir sobre seu próprio trabalho não se sentirão incomodados o suficiente para rever suas estratégias.

Diante desse desafio, a função da Educação Permanente em Saúde circula entre diversas necessidades: desde a atualização das práticas; a construção de relações das equipes, além da implicação do setor da saúde e outros setores. Como assinalado por Ceccim (2005, p. 175),

A Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas. Para o setor da saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva.

Entretanto, Merhy (2005) alerta: não podemos cair na armadilha de entender que a eficácia das ações de saúde é motivada pela falta de competência dos profissionais, e conseqüentemente pode ser corrigida com cursos compensatórios. Essa forma de conceber o problema gera gastos enormes sem também gerar os efeitos positivos esperados. Certamente há a necessidade de treinamentos, mas não há separação entre educação em saúde e trabalho em saúde, um produz o outro. Há a necessidade da implicação do trabalhador no agir e produzir cuidado, individual e coletivamente, em si e em equipe, uma pedagogia da implicação. Ou seja, o produto do trabalho em saúde só existe na sua própria produção e para os diretamente envolvidos no processo, isto é, trabalhadores e usuários.

Mais que um “recurso humano”, os trabalhadores da saúde devem ter o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (Ceccim, 2005. Como afirmam Merhy et al. (2006), o trabalhador da saúde está longe de ser uma “caixa vazia”, cada um tem seus valores, concepções, formas de trabalho, e ainda utilizam ativamente “seus pequenos espaços de autonomia para agir como eles acham que é a boa saúde, de acordo com seus valores e / ou interesses” (ibidem, p. 173).

Nessa perspectiva, em 2004 houve a iniciativa do Ministério da Saúde de elaborar orientações e diretrizes para assegurar a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Considerada uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente.

## Sobre o cenário

Em 2001 foi implantada a principal referência legal para enfrentamento da complexidade da violência no campo da saúde, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001). Ela definiu os propósitos, as diretrizes orientadoras e as responsabilidades institucionais para a implementação de programas e ações nessa área. Um de seus principais eixos diz respeito à gestão, com diversas ações, entre elas a “Educação permanente em saúde” (Silva et al., 2010).

No ano de 2005, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na Divisão de Doenças Crônicas, estabeleceu, no âmbito do Centro de Vigilância Epidemiológica, um Núcleo Estadual de Vigilância de Acidentes e Violências, que atua em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Outro aspecto relevante, a partir de 2004, uma das estratégias utilizadas pelo Ministério para o fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde foi a organização da Rede Nacional de Promoção da Saúde (Malta et al., 2011). Para agregar secretarias estaduais e municipais em torno da rede, foram estabelecidos mecanismos de repasse financeiro, por meio de editais e portarias, permitindo pleitear recursos para proposição de ações em seus territórios. Os eixos temáticos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) mais desenvolvidos nos projetos focalizam os temas atividade física e enfrentamento das violências. Quanto ao último tema há forte convergência entre os municípios para oferecer cursos de capacitação profissional para o assunto.

## Início das atividades

Em meio a esse cenário, com o objetivo de “fortalecer as ações desenvolvidas na área de vigilância epidemiológica de violências e acidentes” alguns dos interlocutores regionais da Secretaria de Estado da Saúde foram convidados a participar do projeto “Monitoramento e avaliação de programas e projetos de prevenção de acidentes e violências na lógica da promoção da saúde no Estado de São Paulo”.

Logo no primeiro encontro presencial, tivemos uma situação inusitada: fizemos uma atividade na qual foram levantadas as expectativas e dificuldades dos nossos prováveis pesquisadores. Depois de várias falas que refletiam o desejo por novos conhecimentos, uma das participantes levanta uma questão: “não sei o que estou fazendo aqui, e agora?”.

Depois do susto causado, esclareceu que sabia trabalhar com banco de dados de violência, mas que não sabia onde iria caber toda essa discussão de promoção da saúde, avaliação, metodologia qualitativa e tudo o mais que se discutia nesse primeiro encontro. Depois de algumas conversas, saiu com outra questão: o que os gestores faziam com os dados que tanto ela trabalhava? Precisava ouvi-los, pensou a nova pesquisadora.

A vivência no curso gerou a necessidade de repensar a própria ação, pois deveriam escolher um caso para avaliar. Emergiram várias perguntas que se resumem em: será que os municípios conseguiram, após a capacitação, desenvolver as ações pertinentes? Então, preocupados com a efetividade dos processos de capacitação dos profissionais que atuam em violências, escolheram municípios que realizaram capacitações profissionais do tema nos últimos anos.

Entretanto, ter acesso aos profissionais, aos documentos e, finalmente, aos sujeitos que fizeram parte das capacitações foi bastante complexo. Este momento de buscas trouxe um dado importante para nosso trabalho: como a gestão estadual tem pouca governabilidade sob o que acontece na gestão municipal.

A partir do processo de descentralização, os municípios assumem as principais responsabilidades pela gestão e execução das ações na rede de saúde. Entretanto, na atribuição das competências e atribuições das três esferas de governo, há o que Andrade & Castanheira (2011) chamam de um rol de competências concorrentes que favorecem a constituição de “uma faixa cinzenta de indefinições entre elas” (ibidem, p. 982), especialmente no que diz respeito à gestão estadual. A indefinição do papel das secretarias de estado dificultou sua relação de complementaridade com os municípios, “além de levar a um esvaziamento político e técnico das próprias SES”. “Nesse afastamento na regulação de sistemas regionais, o estado assumiu um papel abstrato e uma das principais consequências foi a fragilização da articulação para melhor funcionamento das redes” (Andrade & Castanheira, 2011, p. 982).

Uma das consequências também diz respeito à forma como o município recebe repasse financeiro para o desenvolvimento das capacitações. Advindo do Fundo Nacional de Saúde, os recursos são transferidos aos fundos municipais e estaduais de forma regular e automática, na modalidade fundo a fundo. Assim o município tem toda a gerência da proposta de educação permanente de seus profissionais.

Nesse sentido, o contato com seus informantes-chave por vários pesquisadores foi considerado uma das fases mais complicadas de seus processos avaliativos:

Dos dezesseis municípios participantes da oficina, foi conseguido contato com apenas onze. . . Depois de muitos contatos por meios diversos, conseguiu-se por etapa abordar os sujeitos em reuniões diversas realizadas no GVE e DRS. Esse processo de abordagem foi a maior dificuldade da pesquisa e durou três vezes o tempo previsto.

Tivemos grande dificuldade de acesso aos representantes dos municípios. Com exceção de um município (onde se encontram os nomes de todos os representantes no *site* da prefeitura), não conseguimos a relação dos representantes municipais.

Depois de escolhidos os casos e estabelecido contato com seus representantes, nossos pesquisadores/trabalhadores queriam saber se os cursos desenvolvidos nos territórios alcançaram os resultados esperados:

Avaliar se a capacitação ofertada obteve resultados positivos e concretos que refletissem na conduta dos profissionais no enfrentamento à violência, bem como na qualidade dos serviços da rede intersetorial ofertados aos usuários.

Conhecer as dificuldades e necessidades para a realização de uma oficina de criação de redes de atendimento/acolhimento das vítimas de violências.

Conhecer a realidade da implantação e efetividade do projeto, junto aos funcionários de saúde e as principais dificuldades encontradas na sua implantação.

Avaliar – com um olhar em Promoção da Saúde, sobre os desdobramentos da Capacitação dos responsáveis técnicos das Vigilâncias Epidemiológicas Municipais.

O passo seguinte foi a construção de suas ferramentas de pesquisas. Nesta fase nossos “alunos” já empenhados em conhecer o que tinha acontecido em cada capacitação, criaram seus instrumentos de coleta, desde roteiro de grupo focal, questionários, roteiro de entrevistas. A oportunidade de levantar questões gerou certa euforia, pois como a chance de perguntar “tudo o que sempre quiseram perguntar e nunca tiveram coragem de perguntar”, tiveram muito trabalho para focalizarem o que era seu objeto de pesquisa e/ou objeto de trabalho.

Fizeram análise dos documentos encontrados das capacitações. Analisaram e compararam seus bancos de dados antes e depois das formações e foram a campo. Depois de longa caminhada para analisar os dados, criaram seus textos sobre suas avaliações. Os resultados são diversos, mas elegemos alguns aspectos para nossa reflexão.

### **Alguns resultados**

#### *Sobre o aumento do número de notificações*

A partir de 2006 instituiu-se a “ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e outras violências” em serviços de referência de violência. Todo profissional de saúde pode notificar violências usando a ficha do Ministério da Saúde. Lembrando que em casos de violência contra criança, adolescente, mulher e idoso a notificação é compulsória. Entretanto sabemos que há muita subnotificação no País. Por isso, é comum na gestão pública a preocupação com o aumento delas.

Deslandes et al. (2011) acrescentam ainda que a notificação da violência permite estimar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços

de assistência, assim como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de redes de proteção.

Uma capacitação avaliada teve o objetivo de aumentar o número de notificações de violência. Uma forma escolhida por nossa pesquisadora para saber se teve bons resultados foi a utilização do banco de dados de lesões autoprovocadas/tentativa de suicídio, por frequência, por faixa etária, segundo os vinte municípios de sua área de abrangência, comparando os dados entre os anos de 2010 e 2012, além de aplicar questionário semiaberto nos participantes da capacitação

Após comparação dos dados, discutiu-se se a capacitação havia gerado algum impacto nos dados analisados. Foi possível então perceber o aumento no número de notificações após a capacitação. Além disso, um dado interessante da pesquisa foi apontar um erro de preenchimento da ficha de notificação: em 2012, dos 216 casos notificados de suicídio, apenas 97 (45%) foram identificados como o agressor sendo a própria pessoa.

Das várias informações da pesquisa, relevamos alguns aspectos trazidos pela pesquisadora que contribuem para aumentar as notificações e qualificação de dados: dificuldade na detecção do problema para posterior notificação: muitas pessoas ainda têm medo de confessar que sofreram algum tipo de violência; não notificação ou comunicação imediata à VE pela unidade de pronto-atendimento (PS); nem todos os serviços querem atender a violência e, sobretudo, diagnosticar que é violência encaminhando os casos para o IML ou delegacias de polícia; casos que acontecem no período noturno e que são atendidos no serviço de referência; e, em alguns casos, essa informação chega tardiamente.

Os achados de nossa pesquisadora estão em consonância com o referencial teórico que discute as principais

dificuldades enfrentadas pelos profissionais para notificação, que sugerem caminhos muito parecidos aos seus achados: esclarecimentos sobre as noções de violência; consequências do ato de notificar; melhoria na infraestrutura; realização de estudos sobre o tema.

### *Sobre o fluxo de atendimento*

As pesquisadoras/trabalhadoras tiveram interesse em avaliar se os profissionais que fizeram capacitação tinham conhecimento do fluxo de atendimento prestado às vítimas de violência e em conhecer o sistema de referência e contrarreferência municipal. Depois de aplicarem questionário semiaberto aos profissionais puderam concluir que “grande parte dos profissionais desconheciam o assunto”.

Segundo a pesquisa, os profissionais não orientam ou encaminham casos de violência por entenderem que não é de sua “competência”; por não quererem se envolver; ou ainda por entenderem que o tema violência é caso de “polícia”. Concluem a pesquisa afirmando que a capacitação realizada no município em questão não cumpriu sua proposta de capacitar os profissionais para que houvesse a reorganização da rede de assistência às pessoas vítimas de violência. Ao final sugerem capacitações que enfoquem a participação e a motivação dos profissionais que trabalham com o tema.

Chama atenção que as pesquisadoras entendem que a capacitação realizada não alcançou o objetivo esperado, e, mesmo assim, sugerem o uso da mesma estratégia para melhoria dos serviços, com um forte detalhe: que se preocupe com a motivação e participação dos profissionais. Mostram a consonância com o referencial teórico sobre Educação Permanente. Ou seja, para um processo educativo ser efetivo, quando direcionado a adultos, é preciso considerar

suas necessidades e dialogar com seus saberes prévios, como proposto por Feuerwerker (2011).

### *Sobre a construção de redes*

O trabalho cotidiano com o tema violência é muito penoso para o profissional de saúde. Exige intervenções múltiplas de todos os setores da sociedade, de forma que todos possam responsabilizar-se pela tarefa de proteção, assim como possa fortalecer os diferentes atores de modo que torne possível a realização de um trabalho conjunto (Vecina & Machado, 2010).

Nesse sentido, a construção de uma rede demanda etapas complexas como a construção de novos olhares para os mesmos problemas, assim como exige a superação do modo de trabalho setorizado e verticalizado. Para tanto se faz necessário estimular o desejo de muitos profissionais para transformar seu universo de ação em um espaço mais colaborativo (Njaine, 2007).

Nossas pesquisadoras almejavam saber se a capacitação tinha alcançado seu objetivo de identificar os desafios para a construção de redes de proteção e desenvolver o planejamento para a implantação de redes nos municípios. Para alcançar seus objetivos aplicaram questionários e analisaram o Banco de Dados do Sinan antes e depois da capacitação. No que diz respeito aos dados quantitativos retirados do Banco de Dados do Sinan, eles apontam aumento significativo nos resultados antes e depois da capacitação.

Entretanto foi observado que o período em que a oficina foi realizada, época de campanha eleitoral e mudança de gestores, influenciou negativamente na proposta. Além disso, os profissionais que participaram da capacitação confirmaram quanto é importante para o projeto o papel do gestor, o que trouxe a discussão de que a rotatividade

de gestores também interfere no alcance da efetividade da capacitação.

Os resultados qualitativos mostraram que todos os participantes estavam satisfeitos com a proposta, sendo enfatizada a necessidade de dar continuidade às discussões sobre o tema. A grande maioria respondeu que a oficina fomentou a construção de redes em seus municípios e todos os entrevistados entendem que há a necessidade de dar continuidade ao processo. A capacitação trouxe benefícios para as ações de intervenção e prevenção de violências para todos, especialmente no que diz respeito a mudanças no olhar, na abordagem e no desenvolvimento das ações.

As análises realizadas por nossas pesquisadoras permitem afirmar que a capacitação foi efetiva, especialmente quando nos aproximamos das discussões teóricas. A construção de redes passa pelo que chamam de mudança de olhar sob o tema. Uma estratégia de educação permanente, segundo Ceccim (2005), considera a detecção e contato com desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho uma das condições indispensáveis para incorporação de novos elementos na prática profissional. São justamente essas reflexões que irão gerar a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

#### *Sobre a solidariedade*

Com o intuito de avaliar se a capacitação refletiu na conduta dos profissionais no enfrentamento à violência, bem como na qualidade dos serviços da rede intersetorial ofertados aos usuários, nossas pesquisadoras fizeram uma rigorosa análise documental que possibilitou acessar os resultados da avaliação da Capacitação, mostrando que o curso foi muito bem avaliado em todos os quesitos propos-

tos, além de também atingir o objetivo de criar um fluxo municipal para o atendimento de vítimas da violência.

Na capacitação, entre outras questões abordadas e trabalhadas, houve forte preocupação com aspectos emocionais dos profissionais como frustração, ansiedade, medo, insegurança ao lidar com a complexidade dos casos.

As pesquisadoras concluem que a capacitação avaliada foi um instrumento que despertou e impulsionou para ações concretas no enfrentamento da violência, o reconhecimento de um problema e um objetivo comum pelos profissionais, além da importância da intersectorialidade e das trocas ocasionadas pela constituição de uma Rede. Como consequência, concluem que o curso contribuiu para a formação do respeito, parceria e solidariedade.

### **Algumas considerações**

As leituras das pesquisas permitem-nos analisar que o curso de avaliação foi um processo que dialogou com um dos principais pressupostos da educação permanente, qual seja: gerar em nossos pesquisadores transformações da própria prática e para que isso acontecesse foi necessário produzir a capacidade de problematizar a si mesmo no agir e as relações de trabalho. Como assinalado por Merhy, um dos maiores desafios da educação permanente é “produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho” (Merhy, 2004, p. 175).

Em nosso processo de capacitação, vimos nossos “alunos” se tornarem pesquisadores/trabalhadores. Curiosos e preocupados, queriam entender a prática cotidiana na qual eles produziam e atuavam. A experiência de avaliar um

curso de capacitação, estando também imersos em um curso permitiu-nos considerar que se tornaram produtores/autores do processo e conquistaram o que Feuerwerker (2012) entende como a grande finalidade da educação permanente: conquistar a possibilidade de tornar-se “produtor/autor” ou “produtor/inventor” do seu mundo do trabalho em especial.

A todo esse movimento, nossos pesquisadores/trabalhadores foram sensíveis a olhar as coisas de outra forma, outro prisma, construindo novos significados e desempenhando o “olhar estrangeiro” proposto por Peixoto (1990):

Aquele que não é do lugar, que acabou de chegar, é capaz de ver aquilo que os que lá estão não podem mais perceber [ . . . ]. Ele é capaz de olhar as coisas como se fosse pela primeira vez e de viver histórias originais [ . . . ]. Contar histórias simples, respeitando os detalhes, deixando as coisas aparecerem como são (Peixoto, 1990, p. 363).

## Referências

- Andrade, M. C. & Castanheira, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saúde e Sociedade*, vol. 20, n.º 4, pp. 980-90, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
- Ceccim, R. B. Réplica. *Interface* (Botucatu), Botucatu, vol. 9, n.º 16, p. 175, fev. 2005.
- Deslandes, S. F.; Mendes, C. H. F.; Lima, J. S. & Campos, D. S. Indicadores das ações municipais para a notificação e o re-

- gistro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 27, n.º 8, pp. 1633-45, ago. 2011.
- Feuerwerker, L. *Micropolítica e saúde: promoção de cuidado, gestão e formação*. Livre-docência. 2012.
- Furtado, J. P.; Passos, E. & Onocko Campos, R. Avaliação de uma rede de serviços de saúde mental – Efeitos da pesquisa. In: R. Onocko Campos & J. P. Furtado. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Ed. Unicamp, 2011, pp. 223-35.
- Merhy, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 9, n.º 16, pp. 161-77, set. 2004-fev. 2005.
- Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M & Ceccim, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, vol. 2, n.º 2, 2006.
- Minayo, M. C. S. & Souza, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol. 4, n.º 1, pp. 7-23, 1999
- Morin, E. *Os problemas do fim de século*. Lisboa: Ed. Notícias, 1993.
- . *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8.ª ed. Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Njaine, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11(Sup), pp. 1313-22, 2007.
- Peixoto, N. B. O olhar do estrangeiro. In: A. Novaes (org.). *O olhar*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- Silva, M. M. A.; Magalhães, M. L. & Malta, D. C. O papel do setor saúde na redução de morbimortalidade por violências e acidentes e a promoção da saúde e cultura da paz. In: M. F. Westphal & C. R. Bydlowski (ors.). *Violência e Juventude*. São Paulo: Hucitec, 2010, pp. 126-148.
- Vecina, T. C. C. & Machado, A.L. Desafios e possibilidades para o enfrentamento da violência: fortalecendo vínculos e construindo redes. In: E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (orgs.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Carmen Lígia Sartorão Miachon  
Ivani Gonçalves de Magalhães

Capítulo 9  
AVALIAÇÃO DA “CAPACITAÇÃO PARA  
PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR  
DE DIVERSOS SETORES DOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS MUNICIPAIS, REALIZADO  
PELO CENTRO REGIONAL DE  
ATENÇÃO AOS MAUS-TRATOS  
NA INFÂNCIA (CRAMI)”

CONSIDERADA UMA QUESTÃO de grande relevância para a saúde pública, a violência transforma os hábitos e comportamentos sociais, a organização dos espaços urbanos e a arquitetura das cidades. Todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta, que se expressa nas relações domésticas, de trabalho, de gênero e de classes.

Isso porque o fenômeno da violência tem causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais, econômicos e culturais, o que reforça a ideia de que o tema não pode ser analisado nem tratado fora da sociedade. Por sua complexidade, as múltiplas formas e níveis de expressão da violência sinalizam que é preciso desenvolver novas estratégias que sejam intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares, buscando intervir nas causas do problema, que estão na própria sociedade. Nesse sentido, a pesquisadora Minayo (2006) afirma que, por ser um

fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de Saúde Pública e nem um problema médico típico, mas ela afeta fortemente a saúde.

A violência é responsável por toda uma transformação nos hábitos e comportamentos sociais, na organização e arquitetura das cidades. São cada vez mais cercas elétricas, muros altos e segurança privada com que a sociedade atual vive para se proteger, sob domínio do medo, e as pessoas, isoladas e privadas de seu direito de ir e vir (Ministério da Saúde, 2008).

Reconhece-se que o fenômeno violência não é uma doença do agressor, nem uma doença da vítima, mas um sério problema social que causa agravos à saúde demandando intervenções de prevenção e de promoção próprias da saúde coletiva: controle de situações de risco, acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e diálogo com os familiares, com serviços públicos e com organizações não governamentais que atuam na implementação de políticas sociais inclusivas e protetivas (Ministério da Saúde, 2002).

Essa reflexão nos remete a pensar sobre redes de proteção social. Uma estrutura em rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode espalhar-se indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Há necessidade de que os componentes da rede: definam coletivamente os objetivos; agreguem as pessoas, grupos ou organizações disponíveis em redor desses objetivos; definam fluxos de acordo com cada tipo de necessidade e gravidade do caso; abdicuem de créditos individuais, pois o mérito é de todo o grupo e o crédito

deve ser de todos; discutam e negociem a condução do trabalho (Whitaker, 1993; Costa, 1999; Turck, s.d).

No ano de 2001, para enfrentamento da complexidade da violência, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Para o desenvolvimento de ações no nível local, foi instituída a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, responsável pela articulação e apoio às ações da atenção básica com ênfase na estratégia Saúde de Família.

Em 2006, o Ministério instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada pela Portaria n.º 687, de março de 2006, que afirma que para o desenvolvimento da promoção da saúde é imprescindível intervir em problemas como “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água”; questões que estão em sintonia com o artigo 3.º da Lei 8.080, de setembro de 1990, documento que institui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro esforço do Ministério da Saúde para enfrentar a complexidade da violência, e também de significativa relevância, refere-se à Política Nacional de Humanização (PNH). Esse marco legal considera fundamentais as mudanças nas profundas desigualdades socioeconômicas, nos problemas de acesso aos serviços de saúde, na desvalorização dos trabalhadores de saúde, na precarização das relações de trabalho, no baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores, na sua pouca participação na gestão dos serviços e no frágil vínculo com os usuários (Brasil-MS, 2003).

Imbuídos desses referenciais teóricos, e pela reflexão sobre a avaliação em promoção da saúde desenvolvida por Sacardo & Mendes – nesta publicação – o trabalho aqui

apresentado refere-se à avaliação da “Capacitação para profissionais de nível superior de diversos setores dos serviços públicos municipais”, realizada pelo Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami), com o objetivo de propiciar a identificação, notificação, acompanhamento e realização de atendimentos e encaminhamentos às crianças, adolescentes, mulheres e homens que se encontram em situação de violência, tornando-os dessa forma mais sensíveis na detecção das pessoas em situação de vulnerabilidade à violência.

### Justificativa da pesquisa

Entende-se por pesquisa um processo sistemático de construção do *conhecimento* que tem como metas principais gerar novos conhecimentos, e/ou corroborar ou refutar algum conhecimento preexistente. É basicamente um processo de aprendizagem tanto do indivíduo que a realiza quanto da sociedade na qual esta se desenvolve.

O Projeto escolhido para avaliação foi contemplado com recursos financeiros do Ministério da Saúde pela Portaria n.º 227 de 9-9-2011, que estabelece o mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de fomentar ações de vigilância, prevenção e redução das violências e acidentes e promoção da saúde e cultura de paz.

Na análise das notificações das violências nos anos de 2007 a 2011 o Ministério da Saúde afirma que houve relativo aumento da notificação da violência em mulheres

com o passar dos anos. A notificação da violência contra crianças e idosos permaneceu em número reduzido. A notificação teve maior incidência em jovens adultas, com a idade entre 20 a 24 anos, e adultas, com idade entre 30 a 34 anos. Ante esses dados apresentados no município de São João da Boa Vista, se dá a importância de avaliar esse Projeto que tem como objetivo qualificar os serviços e profissionais da rede intersetorial ao enfrentamento à violência.

### **O município de São João da Boa Vista**

O município de que fazemos parte e que foi cenário desta pesquisa avaliativa é São João da Boa Vista. Está localizado na região polarizada por Campinas. Ocupa a posição leste, dentro do estado de São Paulo, não longe da divisa do estado de Minas Gerais. As terras do município estão na região da serra da Mantiqueira.

Em 2010, a população do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 83.639 habitantes, sendo o octagésimo quarto mais populoso do estado, apresentando densidade populacional de 162,58 habitantes por quilômetro quadrado.

Sua economia está centrada na agricultura, destacando-se pela produção de milho, café, feijão, e principalmente cana-de-açúcar. Na pecuária, o principal produto é o gado de corte.

Encontram-se instalados na cidade 26 escolas municipais; 13 escolas estaduais e 27 escolas particulares. O índice de alfabetização do município ultrapassa 94% do total de habitantes. A cidade também conta com escolas profissionalizantes e de qualificação profissional, das quais podemos destacar o Senai, o Senac e o Sebrae.

A cidade conta com duas escolas de ensino superior e há também instalado o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFSP-SJBV), que, além de oferecer cursos técnicos e profissionalizantes, também possui cursos de nível superior.

Quanto à rede de Saúde o município conta com seis Unidades de Saúde Tradicional; nove Unidades Básicas de Saúde; um Ambulatório de Serviço Especializado (DST/Aids); um Centro de Especialidades; um Pronto-Socorro; um Laboratório Municipal; uma Unidade de Assistência Odontológica; um Ambulatório de Saúde Mental, um Caps II , um Caps AD, uma Santa Casa de Misericórdia e um Hospital privado da Unimed.

O município de São João da Boa Vista, também é sede do Departamento Regional de Saúde – DRS XIV, tendo como área de abrangência vinte municípios.

### *Os dados de violência do município*

Quadro 1. Tipos de violência do município de São João da Boa Vista

Tipos de violência por ano do município de São João da Boa Vista				
Ano	2009	2010	2011	Total
Violência física	271	288	493	1.052
Violência psico/moral	110	142	217	469
Violência por tortura	3	7	9	19
Violência sexual	12	14	11	37
Violência financeira/econômica		1		1
Violência por negligência/abandono		2		2
Violência por intervenção legal		1		1
Outra violência	1	2	1	4
Violência relacionada ao trabalho	10	8	15	33

Fonte: Tabwin.

Observa-se no Quadro 1 que entre os anos de 2009 e 2011 houve no geral aumento das notificações de violência, sobressaindo a violência física e a violência psicológica

e moral. Ressaltamos que a notificação de violência relacionada ao trabalho no último ano pesquisado cresceu mais que a violência sexual.

Quadro 2. Violência por gênero do município de São João da Boa Vista

Violência por gênero do município de São João da Boa Vista								
Ano	2009		2010		2011		Total	
Gênero	F	M	F	M	F	M	F	M
Violência física	133	138	129	159	227	266	489	563
Violência psico/moral	75	35	85	57	137	80	297	7
Violência por tortura	2	1	5	2	5	4	12	5
Violência sexual	10	2	12	2	10	1	32	
Violência financeira/econômica			1				1	
Violência por negligência/abandono			2				2	
Violência por intervenção legal				1				1
Outra violência		1	2			1	2	2
Violência relacionada ao trabalho	7	3	4	4	1	14	12	21

Fonte: Tabwin.

Observa-se que no Quadro 2 a violência física predomina no sexo masculino, e no último ano pesquisado ela quase dobrou com relação ao ano anterior. A violência psicológica e moral predomina no sexo feminino com aumento significativo no ano de 2011. A violência sexual predomina no sexo feminino e a violência relacionada ao trabalho no último ano pesquisado predominou no sexo masculino.

### Objetivo geral

Avaliar se a capacitação ofertada pelo Crami/Departamento de Saúde de São João da Boa Vista obteve resultados positivos e concretos que refletissem na conduta dos profissionais no enfrentamento da violência, bem como na qualidade dos serviços da rede intersetorial ofertados aos usuários.

## Objetivos específicos

- Identificar o impacto e a contribuição que a capacitação originou na prática;
  - analisar se houve construção formal e fortalecimento da rede intersetorial;
  - identificar pontos que ajudaram os profissionais a se fortalecer psicologicamente para enfrentar a violência.

## Material e método

Trata-se de uma pesquisa de corte qualitativo. Segundo Martins & Bógus (2004), a abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Têm abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades ante a profissão / ante o tratamento / ante as condições de trabalho (Martins & Bógus, 2004).

## Instrumentos de coleta de dados

Utilizamos nesta pesquisa, os seguintes instrumentos:

*Entrevistas:* ocorreram duas entrevistas com a responsável pelo projeto: a profissional psicóloga do Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (Nasf) de São João da Boa Vista. Com o objetivo de se apropriar do Projeto. O

foco central do Projeto é a realização de uma capacitação que consiste em contribuir na formação de profissionais intersetoriais na área da violência e dar o suporte para que possam acompanhar adequadamente os casos. A segunda entrevista também foi com a coordenadora do projeto com o objetivo de realizar a coleta da análise documental.

*Análise documental:* aplicada essa técnica a fim de complementar as informações das ações proposta pela capacitação, obtidas inicialmente nas entrevistas, bem como compreender as várias dimensões do contexto. Para essa técnica realizamos visita ao Nasf onde tivemos acesso às listas de presença, ao material didático utilizado, à bibliografia, a apresentações das aulas em *power point* e relatório da supervisão.

*Grupo focal:* aplicamos a técnica de Grupo focal para obter as informações e realizar as constatações, sem provocar mudanças, objetivando verificar e testar a eficácia da capacitação pelas percepções, expectativas e motivações do grupo. Foram realizados dois Grupos focais a fim de dividir o grupo, uma vez que é aconselhável trabalhar com grupo de no máximo quinze pessoas.

*Observação:* foi utilizada como complemento no momento da aplicação de todos os outros métodos citados anteriormente.

A entrevista foi o primeiro instrumento a ser aplicado e favoreceu a busca das primeiras respostas de nosso objeto de estudo. O segundo instrumento utilizado foi análise documental, na perspectiva de se encontrar informações úteis para o objeto em estudo. Finalmente, a utilização do grupo focal que proporcionou explorar a comunicação entre as pessoas no grupo, a compreensão e avaliação sobre o tema.

### *Participantes do estudo a aspectos éticos da pesquisa*

Participaram dessa pesquisa os profissionais atuantes na ponta dos serviços públicos municipais dos departamentos de Assistência Social, Saúde e Educação, totalizando 25 participantes.

Como se trata de uma avaliação de serviço, esta pesquisa não passou pelo Comitê de Ética, mas todos os participantes receberam as informações necessárias para seu esclarecimento.

## **Resultados**

### *Campo da pesquisa*

A primeira entrevista teve como objetivo identificar o que impulsionou a elaboração do Projeto, bem como conhecê-lo mais detalhadamente e os resultados alcançados até o momento. O passo seguinte consistia na análise documental que inclui listas de presença, material didático utilizado, bibliografia e apresentações em *power point*. E para a realização do Grupo focal foi-nos oferecido espaço na reunião mensal da Rede, para que fizéssemos o convite.

A análise documental permitiu-nos ter acesso aos dados da capacitação e ao perfil dos profissionais participantes. A grande maioria era do sexo feminino (96%) com formações nas áreas da saúde e da educação, principalmente, e esses dois setores eram os que tinham o maior número e uma equivalência de representantes.

O conteúdo programático desenvolvido na capacitação envolvia: Família, Violência Doméstica, Tipos de Família e Atuação do Crami, Reticências Psicológicas e a Postura Profissional e Rede. Os principais pontos abordados na supervisão eram: Desafios do Município ao

Enfrentamento da Violência Doméstica, Informações Relevantes que levam suspeitar da Violência Doméstica, Dinâmica Familiar, Sua Rede de Apoio e Aplicação.

Na entrevista com a gestora pudemos saber que o objetivo geral da capacitação foi “Propiciar conhecimentos aos profissionais que lhes permitam identificar, notificar, acompanhar e realizar os atendimentos e encaminhamentos necessários de crianças, adolescentes, mulheres e homens que se encontram em situação de violência”.

Foi então contratada uma empresa especialista no tema violência para capacitação, supervisão e formação de até trinta agentes multiplicadores no município. Utilizaram-se duas estratégias: a capacitação e a supervisão com duração de doze horas, divididas em três dias aos funcionários capacitados. Também foram considerados produtos da proposta a criação do fluxo municipal para encaminhamento dos casos de violência; monitoramento da rede de atendimento à violência e a realização de duas campanhas anuais de conscientização da sociedade em relação à violência e ao incentivo de denúncias, pelo Setor de Comunicação e Educação do Departamento Municipal de Saúde.

Também tivemos acesso aos resultados da avaliação da Capacitação. Os dados mostram que o curso foi muito bem avaliado em todos os quesitos propostos, e apenas no quesito “duração” houve uma ocorrência das categorias “regular” e “insuficiente”, que não chegaram aos 10%. No que diz respeito à avaliação da supervisão, os dados indicaram também uma avaliação muito positiva em todos os quesitos propostos. Foi alcançado o objetivo de criar um fluxo municipal para atendimento de vítimas da violência, que está em processo de se tornar lei municipal.

Organizamos dois encontros para os Grupos focais. Para isso usamos o convite verbal na reunião da Rede e

por telefone e *e-mail*, que obtivemos pela lista de presença. No primeiro Grupo focal contamos com a presença de dez profissionais e no segundo quinze, e houve três ausências (um representante do Conselho Tutelar, um profissional da Saúde e um da Educação). As datas desses encontros foram sugeridas e pactuadas com os participantes e foram realizadas em uma sala de reunião cedida nas dependências de uma faculdade do município.

Na aplicação dessa técnica, percebemos grande diferença entre os dois grupos, também em sua composição, sendo o primeiro com mais concentração da assistência social e o segundo com maior diversidade de profissionais.

A aplicação da técnica de Grupo focal teve como objetivo verificar a contribuição da capacitação do Crami na prática dos profissionais no trabalho em rede, sabendo-se que essa rede já existia, mas não estava organizada e nem integrada.

Os dados provenientes do Grupo focal foram trabalhados a partir da interpretação dos contextos apresentados, da lógica das falas, relatos de ações praticadas, do conjunto das inter-relações e das reuniões intersetoriais realizadas com mais frequência e mais bem estruturada a partir da capacitação.

A dinâmica do Grupo focal foi direcionada em cinco questões: sobre a capacitação em si, sobre o trabalho em equipe, sobre a organização da Rede, sobre a notificação e as dificuldades e facilidades para a aplicação do que foi aprendido.

Em relação à *capacitação* em si foi colocado pelos participantes que conseguiram observar, detectar as vítimas de abuso e visualizar algumas situações que estavam sendo despercebidas, ficando claro a ampliação do olhar

sobre o tema violência. Na fala de uma assistente social e de uma enfermeira, respectivamente:

deu para ver os dois lados, pudemos nos colocar no lugar de ambos, do agredido e do agressor, foi muito interessante. Pude ter uma visão da doença, do desajuste, do problema, do agressor também, ele não é só o vilão.

Antes da capacitação não tínhamos conhecimento de como era a ação dessas pessoas que têm um transtorno, ou alguma coisa assim, que acaba violentando alguém. E agora a gente conseguiu passar para a nossa equipe, para os agentes comunitários que estão mais próximos dos domicílios.

Percebemos com essas falas que a capacitação proporcionou a ampliação do conhecimento, sendo entendido que a violência está inscrita e arraigada nas relações sociais, não podendo ser considerada apenas uma força exterior que se impõe, mas uma dialética entre vítima e algoz, para compreensão dessa complexa relação.

Sobre o trabalho em equipe percebeu-se no decorrer dos dois Grupos focais, que antes da capacitação não havia trabalho em equipe, nem mesmo dentro de seus setores. Após a capacitação a formação de equipe tornou-se uma realidade, até mesmo no interior dos setores (saúde, educação, assistência social), dessa forma favorecendo o fortalecimento da Rede.

Sabendo-se que a capacitação tinha como objetivo o fortalecimento da Rede e entende-se a *Rede* como uma incorporação de parcerias e interconexões, num trabalho integrado e intersetorial, que viabilizam o encaminhamento, o atendimento e proteção das vítimas da violência e

suas famílias, bem como possibilitar ações de prevenção e o entendimento que essa tarefa é uma “constante construção”. Com os relatos das práticas após a capacitação fica evidente que o objetivo se cumpriu:

Acho que integrou mais todos os departamentos, todo mundo acabou conhecendo como está o outro, o que o outro faz, até onde o outro vai, pois havia uma certa confusão, este é papel de quem? quem vai fazer o quê? Clareou bastante todas essas questões, principalmente a noção de Rede, a informação da necessidade de que precisamos no integrar, a gente fica com a batata quente na mão e para quem eu mando? e ficava para lá e para cá. Ninguém tinha muita noção do que fazer, nem muitas vezes de visualizar, sempre achava que era o outro que tinha que fazer alguma coisa. . .

Conseguimos com essa melhora da Rede, tornar o trabalho mais eficiente, consegue resultados mais rápidos, porque hoje [cita a fala de outra profissional] ela não tem medo de ligar e falar com o Creas ou mesmo dentro do próprio serviço.

Acho que a capacitação favoreceu, foi ter ampliado, a exemplo que eu dei, que nunca tinha ido ao Creas antes, mas depois do curso comecei a ir. Acho que já tinha uma rede, mas ela foi ampliada e fortalecida.

Foi apontada a resistência do Conselho Tutelar se integrar à Rede. Segundo as falas que se seguem:

O conselho Tutelar está ligado ao Departamento de Assistência Social, mas eles têm uma autonomia descrita no ECA, que o poder público não pode interferir

no trabalho deles, eles jogam na minha cara vinte e quatro horas por dia. Então eles fazem o que querem.

As falas mostram que há um hiato entre a ação e a lei que rege o Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar é uma instituição criada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente nos artigos 131 e 140, com a importantíssima missão de zelar pelo cumprimento de todos os direitos garantidos a esses indivíduos em formação. É um órgão permanente, pois deve funcionar vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano, é autônomo porque ninguém pode interferir nas suas deliberações ou influenciá-las, tendo liberdade de ação diante de outros poderes constituídos para decidir, com base no ECA, as melhores medidas para cada situação, e não jurisdicional porque não tem autoridade para julgar nenhum tipo de conflito (Ministério da Saúde, 2002).

O interesse em avaliar o tema *notificação* se deu com o intuito de atentar para a qualificação desse instrumento e conseqüentemente subsidiar o planejamento, o monitoramento e a execução de ações integradas e intersetoriais para redução de morbimortalidade decorrente das violências e, efetivamente, promover a saúde, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida.

A notificação é uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoas, enviada para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de violências. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e de qualquer agressor. A notificação não é e nem vale como denúncia policial, é um instrumento de prevenção aos atos de violências e promoção de proteção.

[. . .] eu percebo que a notificação continua acontecendo, mas de maneira geral está mais gritante, porque está aparecendo cada vez mais notificação. Ainda eu acho que essa notificação, vamos dizer assim, crônica, está ainda um pouco frágil, acho que a unidade precisa melhorar o olhar, porque com certeza ela tem esses casos, quando se discutia casos na capacitação, todos conheciam casos em suas unidades, então tem que notificar. Caso crônico precisa melhorar a notificação, principalmente na unidade, porque caso agudo ele vai para o pronto-atendimento e chega na notificação.

Entretanto, a violência contra as crianças e adolescentes é bastante subnotificada. Um dos motivos apontados diz respeito à dificuldade de identificar o que seja violência:

Mas é o que eu falo, é que normalmente não é simples assim, a família que pratica violência, ela vai tomar cuidado, a criança não vai mostrar a marca, ela vai com blusa cumprida, ela vai faltar da escola. Eu acho que a questão não é, não viu, acho que não deu conta de ver, não foi treinada, não tem esse olhar. Hoje eu já tenho esse olhar, mas é uma coisa que você conquista. É difícil compreender que uma criança que está quietinha num canto e que não dá problema nenhum, identificar como uma criança que está sofrendo violências.

Pesquisa realizada entre maio de 1997 e maio de 1998, coordenada pela Amencar<sup>2</sup>, com o objetivo de caracterizar a violência envolvendo crianças de zero a catorze anos, em Porto Alegre e na região metropolitana, identificou 1.754 casos. Destes, 80% ocorreram dentro de casa. As

situações mais frequentes atingiram crianças de zero a três anos e de nove a doze anos, e apenas 263 vítimas receberam alguma forma de tratamento.

A violência doméstica na adolescência é também muito elevada e os profissionais de saúde precisam estar atentos ao problema em sua prática diária. Um trabalho do Comitê Latino-Americano de Estudos sobre a Violência (Claves), feito com uma amostra representativa de alunos das escolas públicas estaduais e particulares de Duque de Caxias (RJ), mostra que, em 1991, 31,6% dos 1.328 adolescentes entrevistados (onze a dezessete anos), relataram sofrer violência de ambos os pais; 13,6%, apenas violência da mãe, e 7,6%, do pai. No total, 52,8% dos adolescentes afirmam sofrer violência de um ou de ambos os pais. Em relação à violência severa, praticada pelos pais, observou-se um percentual de 12,8%.

Nas estimativas encontradas na literatura internacional, 80% dos abusadores têm idade em torno de quarenta anos, e 70% são homens. Crianças que vivem com apenas um dos pais têm cerca de 80% a mais de riscos de sofrerem maus-tratos e 2,2 vezes mais chances de terem sua educação negligenciada (Ministério da Saúde, 2002).

É importante ressaltar que a notificação de violência se encontra em fase de expansão, nos serviços de saúde e nos municípios. A implantação da vigilância desse agravo depende do número de profissionais capacitados e da existência de serviços que decidem fazer a notificação e estruturação da rede de atenção às pessoas vítimas de violência.

Sobre as *facilidades* para a aplicação do que foi aprendido destacamos que foram abordados e trabalhados aspectos emocionais dos profissionais capacitados tais como frustração, ansiedade, medo, insegurança ao lidar com a complexidade dos casos. É o que segue nas seguintes falas:

O curso também trouxe o aprender a lidar com a própria frustração do profissional. Somos muito imediatistas, temos que dominar a ansiedade.

Antes do curso todo mundo tinha um pouco de receio em falar, em estar identificando alguém, colocar seu nome ali, o nome da unidade, do diretor.

Outro aspecto elencado como elemento facilitador foi o estabelecimento de vínculos significativos entre os participantes da capacitação: “[. . .] se tivesse cada um sozinho batendo a cabeça não aconteceria, teve várias conquistas por força da rede e quando a gente é rede dissolve um pouco o eu”.

No decorrer das falas dos grupos focais percebemos as seguintes dificuldades: nenhuma participação na Rede de outros setores como polícia militar, promotoria, esporte, cultura e lazer, setor privado (ONG, associação de bairros, clubes esportivos, igrejas, outros); fragilidade na integração do Conselho Tutelar a Rede gerando insatisfação; necessidade de suporte psicológico e segurança aos profissionais que estão na linha de frente no atendimento das vítimas de violências; e os serviços públicos do município contam com reduzido quadro de recursos humanos.

## Discussão

Pretendeu-se com este trabalho avaliar os resultados advindos após a capacitação que refletiram na detecção, acolhimento, conduta e acompanhamento dos casos pelos profissionais no enfrentamento da violência.

Alguns aspectos considerados ganhos do processo de desenvolvimento da capacitação foram:

- A criação do fluxo de notificação do município;
- A Vigilância Epidemiológica Municipal programou para o mês de agosto de 2013 um encontro com os profissionais capacitados sobre a importância do preenchimento correto da ficha de notificação e ensinar a operar o sistema Sinan;

- Emergiu uma proposta para que a mesma capacitação fosse aplicada aos profissionais médicos, polícia militar, e o poder judiciário no segundo semestre de 2013;

- Acontecem periodicamente reuniões intersetoriais para estudos de casos, as reuniões não têm uma frequência predefinida, ocorrem de acordo com a demanda. A maioria das vezes acontece mais do que uma vez ao mês, com participantes variados (os que têm o contato com o caso).

Essa capacitação foi o início de um processo de fortalecimento, sustentabilidade e visibilidade para a implementação dessa Rede e terá continuidade com uma próxima capacitação que será voltada para a notificação, profissionais médicos, juizes, promotores e polícia militar e também outros eventos, como um fórum a ser realizado em outubro de 2013, uma vez que a problemática da violência é complexa e dinâmica, necessitando ser sempre priorizada nas políticas públicas.

Entendemos que a capacitação foi um instrumento que despertou e impulsionou para ações concretas no enfrentamento da violência: o reconhecimento de um problema e um objetivo comum pelos profissionais, a necessidade da integração dos setores para o alcance da resolutividade do problema, a troca de conhecimentos e experiências e maneiras construtivas de diálogos para a solução de conflitos entre os pontos da Rede. Com isso, estabeleceu-se um forte vínculo não apenas profissional, mas de respeito, parceria e solidariedade.

Observamos que diante dos aspectos positivos proporcionados pela capacitação, os aspectos negativos são irrelevantes. No material estudado nessa avaliação, a rede de atendimento ao enfrentamento da violência ainda é frágil, mas pelos resultados obtidos concluímos que a capacitação abriu caminhos para diminuição dessas fragilidades.

### Considerações finais

É notória a necessidade contínua de debates e discussão sobre o tema, maior integração entre profissionais, a sensibilização e capacitação permanente de profissionais de todas as áreas oferecendo caminhos para encontrar soluções eficientes e eficazes para o enfrentamento da violência.

A formação e fortalecimento de uma rede de proteção para o enfrentamento da violência dará visibilidade ao problema, permitindo o planejamento de ações com todas as áreas que lidam com esse complexo problema nacional. Temos pela frente muito que trabalhar para modificar tal situação, o que é, sem dúvida, um ato político fundamental para o avanço do processo de cidadania do país.

O grupo dos profissionais capacitados, concluiu que a capacitação por si só não irá resolver os problemas da violência, mas contribuiu para essa reflexão, bem como abertura de novas possibilidades para fortalecimento da rede municipal para enfrentamento da violência. Também sua sustentabilidade para provocar mudanças significativas e duradouras na qualidade de vida da comunidade.

Finalizando, destacamos que uma Rede para ser efetiva e eficiente tem de estruturar-se nos princípios do SUS: atendimento de forma irrestrita à população, garantia de

acesso aos serviços de saúde e atendimento integral aos cidadãos em todas as suas necessidades.

## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar – orientações para a prática em serviço*. Brasília, 2002.
- . *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes – um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, 2002.
- . *Temático Saúde da Família. Painel de indicadores do SUS*, 4. Brasília, 2008.
- . *Temático Saúde da Família. Painel de indicadores do SUS*, 6. Brasília, 2008.
- . *Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz II. Painel de Indicadores do SUS*, 5. Brasília, 2008.
- Martins, M. C. F. N. & Bógus, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, vol. 13, n.º 3, pp. 44-57, set.-dez. 2004.
- Minayo. M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 10 (Supl. 1), pp. 7-18, 1994.

Elisabete Agrela de Andrade  
(elaboração)

## Capítulo 10 RESENHAS

---

**Avaliação – com um olhar em Promoção da Saúde –  
sobre os desdobramentos da Capacitação dos  
responsáveis técnicos das Vigilâncias Epidemiológicas  
Municipais em relação ao Processo de Notificação e  
Análise de Dados da “Vigilância de Violências e  
Acidentes (Viva)**

---

DENISE FILIPPI FERREIRA

ENTRE AS AÇÕES REALIZADAS pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica XXVI – GVE XXVI, da regional de São João da Boa Vista, para intensificar a proposta de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, da Política Nacional de Promoção da Saúde, encontra-se o presente trabalho que buscou avaliar, com um olhar em Promoção da Saúde, os desdobramentos da capacitação dos responsáveis técnicos das Vigilâncias Epidemiológicas Municipais, dessa regional, em relação ao processo de notificação e análise de dados da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

O GVE XXVI – da regional de São João da Boa Vista – vem buscando, mediante participações em reuniões, encontros e fóruns organizados pela Secretaria Estadual de

Saúde sobre Acidentes e Violências e Promoção a Saúde, fomentar nos municípios o olhar para ampliação do processo de notificações no Sinan, possibilitando maior visibilidade dessa questão. Nesse sentido, em abril de 2012, realizou-se uma capacitação para os representantes das Vigilâncias Epidemiológicas dos municípios com o objetivo de estender o universo de notificações, no Sinan, para elaboração do perfil da violência na região e, concomitantemente, sua análise.

Para avaliar se a capacitação dos responsáveis técnicos das Vigilâncias teve bons desdobramentos, a pesquisa teve o cuidadoso trabalho de averiguar os dados de Lesões Autoprovocadas/Tentativa de Suicídio, por frequência, por faixa etária, segundo os vinte municípios de sua área de abrangência, entre os anos de 2010 e 2012. O tema suicídio, como uma importante forma de violência na região, surgiu de forma não programada no decorrer da capacitação. E, com isso, a necessidade de refletir sobre essa realidade por meio dos dados de notificação.

Os resultados da pesquisa mostram que, em 2012, houve um aumento proporcional significativo, maior que 200%, de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, por Lesões Autoprovocadas. Também vimos que se deu pela primeira vez, em 2012, visibilidade aos óbitos por suicídio deflagrados pelas Lesões Autoprovocadas que evoluíram para óbito. Houve, também, uma qualificação do banco de intoxicação exógena ao se resgatar e notificar casos de suicídio por esse meio. Entretanto, por conta desse processo avaliativo, várias revisões de dados foram necessárias, o que possibilitou a identificação de um erro crucial de preenchimento da ficha de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, que pode ter várias origens: desde erro de digitação a uma percepção errônea do que seja lesão autoprovocada. Qual seja: a partir

dos dados de 2012: dos 216 casos notificados apenas 97 (45%) foram identificados como o agressor sendo a própria pessoa. Esclarecendo que, para ser considerada lesão autoprovocada não pode ter sido causada por outros agressores que não a própria vítima.

Concluíram que pensar em prevenção de Acidentes e Violências na lógica da Promoção da Saúde não é uma tarefa fácil. Esse estudo é apenas um primeiro passo em direção a um universo novo de possibilidades dentro desse novo prisma. E com essa nova lente procurou-se ampliar as ações de Vigilância Epidemiológica, discutindo as questões de Violência dentro de uma concepção holística, buscando parcerias intersetoriais e procurando conhecer o nosso território não apenas em relação ao perfil das Violências, mas buscando compreender todo o processo da notificação e seus desdobramentos. O que indica que a Promoção da Saúde é um processo contínuo de reflexão e despertar e que nunca haverá um último passo a ser dado nessa direção.

\*\*\*

---

## Avaliação do projeto da I Oficina “Violências – criando redes e estreitando laços”

---

MARIA IZABEL GOMES MARQUES  
REGINA CLAUDIA GOMES

O ESTUDO DESCREVE o resultado da Oficina de capacitação para criação de redes de atendimento/acolhimento em violências, realizada pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Araraquara no ano de 2012. A pesquisa objetivou identificar os desafios para a construção de Redes de Vigilância, atenção e proteção às pessoas em situação de Violência e desenvolver o planejamento para a implantação de redes nos municípios. O público-alvo da Oficina foram os responsáveis pelas Vigilâncias Epidemiológicas, os apoiadores, interlocutores de Violências e Acidentes dos municípios, conselheiros tutelares, Vara do idoso, Ongs, Creas, Cras, articuladores da Atenção Básica, entre outros.

Tratou-se de uma pesquisa quanti e qualitativa. Foi aplicado um questionário nos participantes da oficina, com perguntas abertas e fechadas. Também foi extraído do banco de dados do Sinan o número de notificações anterior à Oficina e um ano após, para comparação.

A Oficina trouxe benefícios para as ações de intervenção e prevenção de Violências para todos, como a ocorrência de reuniões com os articuladores da saúde do idoso, defensoria pública, universidade, ou a sensibilização dos funcionários e melhoria na qualidade no atendimento, além da interação entre a Educação, Saúde e Conselho Tutelar. No que diz respeito aos dados quantitativos retirados do Banco de Dados do Sinan, os dados apontam alguns resultados positivos antes e depois da capacitação.

A primeira Oficina de capacitação em violências serviu de base para outras que virão e que poderão ser mais exitosas tomando, como parâmetro, os erros e acertos dessa primeira. Ficou fácil observar que os pontos positivos estão no local escolhido para o evento, na escolha dos palestrantes e dos temas das palestras, na didática da oficina e no envolvimento de toda a equipe. Porém, também ficou muito claro que o maior ponto negativo está na escolha da data do evento, o período que antecedia as eleições, foi infeliz o que causou de certa maneira a ineficácia da capacitação, devido ao rompimento de ligação dos profissionais com as instituições.

O resultado dos questionários mostra que os profissionais desejam aprimorar seus conhecimentos e estão dispostos a arregaçar as mangas e buscar melhorias em seus serviços, beneficiando o usuário e melhorando os indicadores. Na comparação dos dados quantitativos ficou nítido o aumento do número de notificações a partir da semana em que foi realizada referida Oficina.

Outro ponto a ser considerado seria a subnotificação e a diminuição do número de notificações meses após o evento, o que sugere que os profissionais de saúde têm de estar sempre em treinamento, capacitação, reciclagem. Isso para que em seu embasamento ele acabe adquirindo o hábito de olhar diferente para a questão do atendimento de violências com consciência de que ele precisa notificar cem por cento dos casos atendidos, melhorando os indicadores, para que o Ministério da Saúde possa conseguir desenvolver as políticas públicas e oferecer um atendimento/acolhimento de excelência para o usuário vítima de violência.

\* \* \*

---

## Avaliação da implantação do projeto de violência municipal – GVE XIV Barretos

---

ADRIANA CRISTINA BARBOSA DE ARAÚJO  
MARIA APARECIDA MIGUELON  
ELIANE RIBEIRO ROSA

O PROJETO AVALIADO ocorreu em um dos municípios da área de abrangência do GVE XIV-Barretos, implantado em 2011 com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Para avaliar a implantação e funcionamento de um projeto, foi aplicado um questionário nos funcionários da secretaria da saúde de um município dessa área. A pesquisa teve como objetivo conhecer a realidade da implantação e efetividade do projeto, as principais dificuldades encontradas na sua implantação e avaliar o conhecimento do profissional de saúde quanto ao fluxo de atendimento prestado às vítimas de violência, além de conhecer o sistema de referência e contrarreferência municipal.

A metodologia de estudo aplicada foi a quantitativa. A aplicação do questionário nos profissionais de saúde foi efetivada *in loco* com as equipes de saúde do Centro de Saúde, Unidade Básica de Saúde e Pronto-Atendimento referência do município para o atendimento de pessoas vítimas de violência.

Os resultados mostraram que os profissionais têm conhecimento apenas das ações relacionadas ao Cras (Centro de Referência em Assistência Social), e que não orientam ou encaminham casos de violência por não julgarem ser de sua “competência”, ou pelo fato de não quererem envolver-se nos casos de “polícia”. No Pronto-Atendimento Municipal, os profissionais conseguiram relatar o fluxo

informal de encaminhamento, pois se trata de unidade notificadora.

Concluíram que o Projeto do município não estava cumprindo a sua proposta, quanto à capacitação dos profissionais de saúde, reorganizando a rede de assistência às pessoas vítimas de violência. O município presta assistência com fluxo não formalizado, não tendo contrarreferência para acompanhamentos psicológico e social, além de não possuir casa de abrigo ou qualquer outra retaguarda de proteção às vítimas, sendo crianças, mulheres e idosos. Os casos são notificados simplesmente no Sistema de Informação tornando a violência visível, sem análise do município, sem desenvolvimento e, ou criação de ações efetivas, sendo grande parte dos casos notificados como de “policia”, não como uma questão de saúde pública. O resultado da avaliação confirma a necessidade de capacitações/treinamentos *in loco* para orientação dos profissionais de saúde que prestam atendimento, com o objetivo de melhoria da participação e motivação desses profissionais no contexto dos assuntos abordados.

\*\*\*

---

**Avaliação dos Conselheiros Municipais do Idoso,  
Representantes da Sociedade Civil, do Município de  
Ribeirão Pires**

---

VANIA CRISTINA MACIEL

A PESQUISADORA TINHA como preocupação a discussão de ações e políticas que contribuem para o envelhecimento saudável, entendendo que, para que se aproximassem de um funcionamento ideal, é necessário discutir a necessidade da participação social. Assim a pesquisadora discute como, ao longo dos últimos anos foram criados diferentes canais institucionais de participação da Sociedade Civil na elaboração de políticas públicas, entre eles os Conselhos Municipais do Idoso.

Seu trabalho propôs-se avaliar a atuação dos Conselheiros Municipais do Idoso do Município de Ribeirão Pires – Representantes da Sociedade Civil – a fim de reconhecer suas dificuldades, desafios e alternativas para seu melhor desempenho na elaboração de projetos, programas e políticas que tivessem a preocupação com o envelhecimento saudável. Visou contribuir nas reflexões do próprio Conselho em seu papel consultivo, deliberativo e fiscalizador nas ações de Promoção de Saúde, no entendimento de suas atribuições e na importância da representatividade.

Tratou-se de pesquisa quantitativa, que utilizou como instrumentos de coleta de dados questionários estruturados além de análise documental. Os resultados da investigação mostraram que a grande maioria é feminina; com número preponderante de aposentados, 40% apresentam curso superior completo ou incompleto. Os resultados também mostraram que no Conselho Municipal do Idoso de

Ribeirão Pires o envolvimento e comprometimento da população nas decisões é incipiente, pois os conselheiros não têm clareza de seu papel no Conselho nem sua função nele, apesar de seus esforços de representação no encaminhamento das demandas.

Essa situação resulta na necessidade de uma reflexão para a reestruturação do colegiado e a conscientização da sua proposta que realmente atenda às demandas da sociedade e as possibilidades de articulação intersetorial. Para isso umas das principais tarefas é o investimento na capacitação de seus integrantes de forma efetiva. Entre os aspectos apresentados pela pesquisa se destacaram pontos como a necessidade de melhor compreender a relação entre o Estado e a sociedade civil, conhecer o papel dos conselhos e de seus conselheiros e a atuação conjunta com o setor público para, a partir disso, desenvolver um trabalho interdisciplinar e intersetorial, no qual o modelo social da Saúde seja considerado um critério fundamental para a Promoção do Envelhecimento ativo. Além disso, considera também necessário que conheçam o funcionamento e a legislação que legitima a existência de Conselho, e a mediação por eles representada para que se apresentem soluções efetivas.

Em conclusão, como a questão do envelhecimento envolve a resolução de vários problemas, especialmente na questão social, econômica, cultural e de saúde, torna-se urgente uma capacitação desses Conselheiros a fim de propiciar instrumentos que definam ações efetivas no envelhecimento ativo.

\*\*\*

## Capítulo 11

# GESTÃO E PROCESSOS DECISÓRIOS EM PROJETOS DE VIOLÊNCIA

A MUDANÇA NO PERFIL DEMOGRÁFICO da população brasileira, com seu envelhecimento provocou uma transformação no perfil epidemiológico aumentando a importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse fato associado à promulgação da Política Nacional de Promoção de Saúde, bem como sua vinculação à Secretaria da Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde (SVS-MS), demandou o investimento da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no trabalho das questões relacionadas à promoção da saúde.

No entanto, a Vigilância Epidemiológica defronta-se com um grande desafio: sua tradição histórica sempre foi o trabalho com doenças de notificação compulsória, que demandam ações de outra dimensão, ou melhor, sua ação sempre se pautou por uma estratégia predominantemente “técnica”, ou seja, atuando sobre os fatores causais: isolando agentes etiológicos, ou isolando comunicantes e/ou vetores das doenças. Predominava o paradigma biomédico.

A introdução ou subordinação da Política Nacional de Promoção de Saúde à SVS-MS traz um novo desafio: a superação do paradigma biomédico para atuar na perspectiva da Promoção que entende ser a saúde o resultado

de um intrincado de fatores que envolvem todas as questões da vida cotidiana de cada um até as mais amplas políticas de Estado, o que se denomina concepção holística de saúde (Westphal, 2007).

Em 2011, a Portaria n.º 104 do Ministério da Saúde torna obrigatória a notificação dos casos de violência sexual ou doméstica, que passam a integrar a “Lista de Notificação Compulsória”, embora não trate especificamente desses casos, mas acaba por abrangê-los, dada sua natureza. Digno de nota: a mesma portaria incluiu artigos tornando obrigatória a notificação em “24 horas de todos os casos graves de dengue e das mortes por causa da doença às secretarias municipais e estaduais de saúde. Também devem ser comunicados todos os casos de dengue tipo 4. As secretarias, por sua vez, devem notificar as ocorrências ao Ministério da Saúde” (Portal Brasil, 2013).

Em que pesem a vinculação da Política Nacional de Promoção de Saúde à SVS-MS e a inclusão da violência na Portaria 104 como integrante da Lista de Notificação Compulsória, o que parece não ter mudado é a concepção teórica subjacente ao processo saúde-doença e, conseqüentemente, a abordagem desses “agravos”, cuja denominação, por si só, denota uma concepção de cunho biomédico que corrobora nosso argumento.

O reconhecimento dos agravos de violência como ações ligadas à saúde é fato muito recente. Até pouco tempo os eventos de violência eram vistos e entendidos como restritos à área da segurança pública e quando muito à assistência social. Ao setor saúde competia o atendimento à vítima; mesmo assim, a maior parte desse atendimento médico no mais das vezes e dado seu caráter especial, era prestado pelos Institutos Médicos Legais e, apenas após o exame de corpo de delito, as vítimas eram encaminhadas

para o atendimento médico “propriamente dito”, que no mais das vezes restringia-se a ações consideradas preventivas: uso de terapias antirretrovirais, imunobiológicos necessários e prevenção de danos, entre outras ações.

Com a introdução dos agravos de violência na Lista de Notificação Compulsória, o setor saúde passa a responsabilizar-se pelo seguimento desses casos, como já faz em relação aos demais agravos dessa Lista. Surge, assim, o desafio de tratar eventos de dimensões amplas que exigem mais do que o modelo médico hegemônico no setor oferece como resposta, isto é, a intersetorialidade, as rede de apoio, os seguimentos diferenciados transformam-se no grande desafio para a Vigilância Epidemiológica e seus técnicos, bem como para os gestores municipais e suas articulações locais.

Trata-se de uma tarefa difícil de realizar em duplo sentido. Por um lado, a premência do desenvolvimento de ações que não modificam essa lógica de atuação, já que durante o processo de tutoria, muitas vezes ouvimos dos participantes frases como a que segue: “não pudemos fazer, porque tivemos que desenvolver ações da dengue”. Por outro lado, e como demonstração do quanto ainda está por fazer, os projetos de enfrentamento da violência não contam com um suporte institucional para as equipes que irão fazer o atendimento/seguimento dos casos, que as fortaleça afetiva e emocionalmente para cuidar das vítimas.

### **Gestão e Processo Decisório**

Devemos lembrar que políticas públicas, que se refletem nos atos normativos expedidos pelos órgãos de governo, na verdade, não se dão no vazio.

No caso específico da saúde, em que pese o disposto na Lei Orgânica da Saúde que estabelece como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde a descentralização, ainda se verifica uma centralidade muito grande no que se refere à concepção das políticas de saúde, como concluem Cohen et alli (2005) em estudo realizado em municípios do estado de São Paulo. Esses autores apontaram que a descentralização, sendo regida pela lógica do financiamento e maior autonomia municipal, somente seria conseguida, entre outros fatores, com maior independência financeira dos municípios. Sabe-se, todavia, que inúmeros municípios brasileiros carecem dessa autonomia, notadamente financeira, dependendo do Fundo de Participação de Municípios e da indução, promovida pelo MS, ao desenvolvimento de projetos passíveis de financiamento em reforço à concretização das políticas sob a forma de programas e convênios.

Sadao (2008) critica a publicação de projetos e programas no nível central de governo que pouco ou nada dialogam com os municípios (governos locais) que serão os verdadeiros executores dos programas. Segundo esse autor, os editais publicados, muitas vezes, não atendem e nem são compatíveis com a diversidade e, ou limitação local, com suas distintas características de território (lembrando aqui que a territorialidade é um dos pressupostos das ações em Promoção da Saúde). Esse autor considera ser esse um grande desafio: o distanciamento entre os formuladores das políticas e os responsáveis por sua execução, quando o que se coloca é “a necessidade de uma negociação e uma possível adaptação às necessidades do lugar” (Sadao, 2008, p. 27).

Parte dessa dificuldade e desse panorama de dependência dos municípios em relação aos poderes federal e

estadual decorre do elevado número de municípios no país, e muitos deles são pequenos e com baixa capacidade financeira, o que os faz reféns de um poder centralizado.

Segundo Sadao (2008), é questionável afirmar que as políticas públicas definidas nas esferas estaduais e, ou federais incluam decisões locais de fato e que as decisões locais, construídas nos municípios consigam transformar-se em políticas públicas.

Os casos empíricos de avaliação desenvolvidos no âmbito deste projeto parecem reforçar essas dúvidas, agregando elementos que decorrem, também, desse processo decisório não inclusivo da esfera local. Assim é que, à distinta priorização dada à notificação de casos de dengue em relação aos casos de violência pela Portaria n.º 104, como indicado mais acima, agrega-se a não priorização pelas autoridades gestoras locais dos projetos definidos fora desse âmbito, fechando um ciclo de desinvestimento nas ações desenvolvidas pela área técnica da saúde em torno do enfrentamento da violência.

Fechado tal ciclo velado de desinvestimento, como poderiam os interlocutores da Vigilância Epidemiológica das GVE desempenhar o papel de suporte às ações locais de enfrentamento da violência? Como envolver os demais setores, quando o setor saúde no âmbito local, que teria função de capitanear um processo de constituição de redes de apoio, ainda luta por legitimar a própria participação nesse processo de enfrentamento da violência? Como liderar, nessas condições de fragilidade, uma modificação na forma de abordagem dos casos na perspectiva da Promoção da Saúde? Esses parecem ser os grandes desafios futuros de alguns projetos.

No que diz respeito à desconsideração das peculiaridades locais provocada por essa lógica de definição vertical descente de programas e projetos, pode-se perceber o im-

pacto negativo disso na ausência de projetos locais em número significativo que, de fato, demandaria aos GVE o desempenho do papel de interlocução. A maior aproximação às realidades locais na definição de propostas dessa natureza poderia constatar um desconhecimento dos dados de violência nos municípios. Em efeito cascata, não saber qual é o quadro da violência em seu município pode não sensibilizar o gestor para a elaboração de um projeto e, na ausência deste, é desperdiçada a oportunidade de instituir uma comissão de acompanhamento das vítimas capaz de produzir atendimentos mais efetivos.

Importante ressaltar como esses processos avaliativos puderam trazer à tona essas dificuldades e essas contradições entre o esperado e o obtido, mesmo quando as metas pareciam ter sido alcançadas.

### Considerações gerais

De maneira geral, pode-se dizer que em muitos momentos o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde gerou um diálogo direto entre o Ministério e os municípios, principalmente quando o órgão federal contempla o financiamento de projetos nos municípios, o que implica uma transferência direta de recursos mediante aprovação dos projetos, processo que se dá numa relação “fundo a fundo”.

De outra parte, o Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado considera que é seu papel capacitar interlocutores de redes de Grupos de Vigilância Epidemiológica e das Regionais de Saúde, bem como realizar pesquisas e outras ações no sentido de ampliar o alcance das ações até agora desenvolvidas, conforme já ressaltamos no texto inicial deste livro (Andrade et alli, 2013).

O que o conjunto dos trabalhos de avaliação nos mostrou no que diz respeito à questão da gestão e dos processos decisórios é que continua predominando, de certa forma, o panorama traçado por Cohen et alli em seu artigo já citado, bem como as características de gestão já apontadas por Sadao (2008): em que pese uma pretensa descentralização da gestão, na verdade, as decisões são, em grande medida, conduzidas pelo poder central, visto que esse é o detentor do financiamento.

Uma avaliação realizada com gestores locais mostrou que eles não conhecem os dados dos seus municípios e dizem que a grande dificuldade para conhecê-los é o fato de os dados estarem na Vigilância Epidemiológica, o que pode demonstrar a existência de certa falta de entrosamento entre as instâncias governamentais no âmbito local, seja para acessar, seja para discutir a questão dos dados, ou indo mais além e abordando a questão sob a ótica da Promoção da Saúde, possibilitando maior entendimento do território e suas características não apenas do ponto de vista de dados.

O Caderno de Atenção em Saúde Mental do Ministério da Saúde traz uma questão muito importante e que talvez deva ser pensada quando se discute a problemática da gestão e dos processos decisórios quando a questão em pauta é a violência: o *território existencial*. Trata-se de pensar não apenas nos usuários, ou no caso específico da violência nas vítimas, mas também na subjetividade dos trabalhadores e técnicos da saúde (MS, 2013).

A questão do profissional da saúde permeou explícita e implicitamente boa parte das avaliações levadas a cabo neste projeto. Em alguns casos, houve o reconhecimento pela própria equipe de sua fragilidade e angústia para dar seguimento ao trabalho e de como se sentiam sobrecarre-

gados e sem suporte para continuar seu trabalho; em outro, a Coordenação Regional reconheceu a fragilidade da equipe e embora não tenha explicitado a que fragilidade tenha se referido, podemos pensar que se trata de uma fragilidade tanto técnica, quanto psicológica para o acompanhamento dos projetos.

Outra avaliação em que as questões do território existencial das equipes podem ter emergido foi no caso dos GVE de Presidente Prudente e Venceslau: a opção por projetos na área de saúde do Idoso, mesmo com conhecimento dos dados e da importância da questão da violência doméstica na região. Os projetos com violência restringiram-se aos acidentes de trânsito e a ações educativas sobre o tema nas escolas.

Essa talvez seja mais uma importante variável a ser considerada para a gestão dos projetos voltados para a questão da violência a serem desenvolvidos e mais um grande desafio para os técnicos da Vigilância Epidemiológica que atuam nas regionais de saúde.

## Referências

- Almeida, M. F. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações a nível Municipal. *Inf. Epidemiol. Sus.*, set. 1998, vol. 7, n.º 3, pp. 27-33.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- . Portal Brasil de Notícias governamentais. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/01/saude-inclui-violencia-domestica-e-sexual-na-lista-de-agravos-de-notificacao-obrigatoria>>; acessado em 20-1-2014.
- Cohn, A.; Westphal, M. & Elias, P. E. Informação e decisão política em saúde. *Rev Saúde Pública*, 2005, vol. 39, n.º 1, pp. 114-21.

- Sadao, Edson I. *Fluxos de ações e processos decisórios na gestão pública local: estudos de casos de projetos e programas inovadores em municípios de pequeno porte populacional*. Doutorado. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2008.
- Westphal, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G. W. S. C et alii. *Tratado de saúde coletiva*, cap. 19. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Ed. Fiocruz, 2007, pp. 635-67.

Eliz Marcia da Silva Vruck  
Maria do Rosario Melo Boin  
Marlene Mendes Silva Damacena  
Lucia Marcia André

Capítulo 12  
ANÁLISE DE DADOS DOS AGRAVOS  
DE VIOLÊNCIA DOS GVE 21  
DE PRESIDENTE PRUDENTE  
E GVE 22 DE PRESIDENTE VENCESLAU  
NOS ANOS DE 2009 A 2012 DO SINAN  
E SUA INFLUÊNCIA NA EXECUÇÃO  
DE PROJETOS NA REGIÃO

**Contexto de avaliação local, regional  
e características socioeconômicas**

OS GRUPOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA de Presidente Prudente e Presidente Venceslau, estão inseridos na 11.<sup>a</sup> Região Administrativa do Estado de São Paulo.

Pertencem à região administrativa de Presidente Prudente, que é composta por quarenta e cinco municípios e está localizada no extremo oeste do estado de São Paulo, na divisa com o estado de Mato Grosso do Sul; essa região, de acordo com dados da Fundação Seade, apresentou, nas últimas décadas, as menores taxas de crescimento do estado, em torno de 0,8% ao ano e é a região com a terceira menor taxa de urbanização. Entre os municípios, esse índice oscila de 26,1%, em Rosana, a 98%, em Presidente Prudente. Ocupando somente 10% do território estadual e concentrando 2,1% da população, apresenta a

segunda menor densidade demográfica do estado (9,6 hab./km<sup>2</sup>). Regionalmente, a menor densidade pertence a Marabá Paulista (3,9 hab./km<sup>2</sup>) e as maiores a Presidente Prudente (superior a 100 hab./km<sup>2</sup>) (Fundação Seade, 2013).

É uma das áreas em que o setor rural mais se sobressai, e a sua economia tem base na agricultura, na pecuária e nas atividades agroindustriais. Apesar de o comércio local ter grande importância tanto na geração de empregos (emprega 42,2% da mão de obra) como na geração de riqueza (responde por 23% do valor adicionado), as atividades de agropecuária e de agroindústrias se destacam na Região de Presidente Prudente (Fundação Seade, 2013).

Com boa criação de gado, é grande produtora de carne bovina, sendo responsável por 18% da produção total do estado e a maior exportadora nacional desse produto, além de ser considerada uma das maiores bacias leiteiras do país. A produção de cana-de-açúcar e de ovos também contribui para formar seu perfil agropecuário (Fundação Seade, 2013).

Apresenta atividade industrial pouco significativa, sendo responsável por apenas 0,4% do valor adicionado e 1,1% do pessoal ocupado da indústria estadual. A fabricação de alimentos e bebidas, com fortes ligações com a criação de gado, é a atividade que mais se destaca. A produção de álcool, com a presença de importantes usinas de cana-de-açúcar, também tem peso na indústria regional. Além desses segmentos, sobressai-se ainda a indústria de confecção de vestuário e acessórios, principal geradora de empregos (Fundação Seade, 2013).

A região administrativa de Presidente Prudente, em relação às demais regiões do estado, é a que apresenta o segundo mais elevado indicador de escolaridade. Principais cidades: Presidente Prudente, Presidente Epitácio, Presidente Venceslau, Martinópolis e Rosana (Fundação Seade, 2013).

Outra questão importante dentro do contexto regional é a existência de onze penitenciárias, um Centro de Detenção Provisória e um Centro de Ressocialização, e nove deles se encontram na área de abrangência do Grupo Vigilância Epidemiológica 22 de Presidente Venceslau e o restante na do Grupo de Vigilância Epidemiológica 21 de Presidente Prudente.

A região de Presidente Prudente apresenta a maior concentração de presídios do Brasil (<[www.jusbrasil.com.br](http://www.jusbrasil.com.br)>). Essa situação pode gerar mudanças no perfil da região, uma vez que junto com os detentos pode ocorrer aumento populacional nas cidades que abrigam presídios e municípios vizinhos a estes, acarretando aumento de gastos além da falta de infraestrutura – educação, saúde, empregos e outros, uma vez que existe a possibilidade de famílias de detentos mudarem para a região com a finalidade de ficarem perto deles. Isso pode ser considerado um importante determinante social, visto que pode interferir no perfil socioepidemiológico da região.

#### *“As cidades carcerárias”*

Estudo realizado por Cescon & Baeninger (2010) sobre a migração para as assim denominadas “cidades carcerárias” foi desenvolvido na região da Alta Paulista e analisou a questão demográfica gerada pela chegada não só dos familiares dos detentos como dos que vêm para trabalhar nos presídios, denominada “inchaço artificial da população”. Embora não se trate da mesma região, a situação é bastante semelhante e podemos pensar os resultados desse estudo para a região administrativa de Presidente Prudente. Aquele estudo analisa como o fluxo demográfico, além do “inchaço artificial da população” também acaba por influenciar outros aspectos da dinâmica urbana como

valor de aluguéis e superlotação de hospitais, por exemplo. (Cescon & Baeninger, 2010).

Aponta, ainda, que essa dinâmica de instalação de presídios favorece a construção de um “imaginário social [. . .] sobre os presídios e seus visitantes” (p. 11). As autoras relatam que ao visitar o campo identificaram que a população local parecia não gostar dos visitantes dos presos, seja os que passavam, seja os que se instalavam nas cidades.

Explicam essa distinção entre os “estabelecidos e os *outsiders*”, denominação utilizada por Norbert Elias e John L. Scotson: os estabelecidos (os que já viviam e que têm uma história em um determinado lugar) tendem a atribuir aos *outsiders* (recém-chegados que se estabelecem em decorrência de determinadas circunstâncias sociais e, ou econômicas) as piores características possíveis, enquanto se atribuem características de uma minoria exemplar. Essa dinâmica social produz estigmas cujas raízes estão para além do preconceito social e que pode gerar violência, à medida que o estigmatizado pode tender a responder a agressivamente à sua alienação do tecido social.

#### *Áreas de Abrangências – GVE Presidente Prudente e GVE Presidente Venceslau*

A área de abrangência dos Grupos de Vigilância Epidemiológica de Presidente Prudente corresponde a 24 municípios, divididos em duas CIR/Colegiados de Gestão Regional: Alta Sorocabana e Alto Capivari; a dos Grupos de Vigilância Epidemiológica de Presidente Venceslau corresponde a 21 municípios, divididos em três CIR/Colegiados de Gestão Regional: Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema.

O município-sede do Grupo de Vigilância Epidemiológica, Presidente Prudente, é também o mais populoso, com

população de 207.610, representando quase metade do total da população da região (436.165 habitantes). Existe um número muito grande de pequenos municípios com população abaixo de 10.000 habitantes, o que torna o trabalho dos técnicos de saúde dos municípios muito personalizado. Se por um lado esse aspecto pode ser positivo, por outro pode tornar-se um fator impeditivo para o desenvolvimento de ações numa área tão “sensível” como é a violência.

Já o Grupo de Vigilância Epidemiológica de Presidente Venceslau abrange uma população de 286.027 habitantes. Dracena é o município mais populoso, com 43.258 habitantes. É composto por 21 municípios, dos quais 12 têm população abaixo de 10.000 habitantes, repetindo o problema já apontado em relação a Presidente Prudente.

## Objetivos

Dessa maneira e tendo em vista a peculiaridade da região na qual estão inseridos os Grupos de Vigilância Epidemiológica<sup>21</sup> de Presidente Prudente e de Presidente Venceslau e a ausência de projetos formais voltados para a violência, optou-se por avaliar a situação de violência nesses Grupos de Vigilância Epidemiológica nos anos de 2009 a 2012, a fim de:

- Conhecer a situação atual do agravo violência na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente, onde estão inseridos os Grupos de Vigilância Epidemiológica 21 e 22.

- Sensibilizar os municípios sobre a importância da notificação e da análise de dados para propor ações em relação à educação, promoção, atendimento dos casos e articulação intersetorial.

- Subsidiar propostas políticas em relação às violências nos municípios.

O projeto foi desenvolvido no período de março a dezembro de 2013.

## **Metodologia**

Foram coletados e tabulados dados do SinanNet – GVE de Presidente Prudente e Presidente Venceslau (2009 a 2012) e estabelecidos os coeficientes de incidência dos agravos, distribuídos ano a ano, município por município, de forma que possibilitasse uma visão da evolução das notificações nos grupos em questão. Para tal utilizou-se também do levantamento de dados de violência do SinanNet através do Tabwin.

Em seguida, foi realizada uma oficina para a definição de técnicas e instrumentos de pesquisa, com o Cepedoc. Nessa oficina, definiu-se que os dados seriam discutidos por meio da estratégia do Grupo Focal com os municípios da região que tem registrado projetos no Observatório de Saúde.

Foram realizadas duas sessões de grupo focal, uma com cada Grupo de Vigilância (Presidente Prudente e Presidente Venceslau), nas quais foram apresentados os dados tabulados e os coeficientes de agravos por município e por ano, e discutidos os resultados, bem como explorados os aspectos dos projetos que estão sendo desenvolvidos no momento em cada um dos municípios.

## **Resultados**

O levantamento dos dados de incidência dos agravos na série histórica considerada mostrou aumento no número de casos notificados em quase todos os municípios dos GVES estudados, desde 2009 até 2012.

Alguns dados chamaram especialmente a atenção como alguns municípios pequenos como Iepê, por exemplo, que em 2012 apresentou um coeficiente de incidência acima de 150 casos/10.000 habitantes, entre outros municípios de pequeno porte populacional que também apresentaram coeficientes elevados, como Nantes (entre 100 e 150 casos por 10.000 hab.). Trata-se de pequenos municípios com população abaixo de 10.000 habitantes, e Nantes tem apenas 2.707 habitantes.

Observou-se também, na fase de levantamento dos dados, que os municípios de Ribeirão dos Índios (GVE de Presidente Prudente) e Marabá Paulista (GVE de Presidente Venceslau) não apresentaram nenhum caso de violência notificado em todos os anos objeto do estudo.

Quanto ao tipo de casos de violência notificados, nota-se que em ambos os Grupos de Vigilância Epidemiológica as mulheres são as maiores vítimas, com predomínio da faixa etária de 20 a 34 anos, seguida pela de 35 a 49 e por último as de 15 a 19 anos. A região apresenta baixo número de casos na faixa etária acima de 80 anos e mais, o que pode não corresponder à realidade; os casos mais frequentes são de violência física, seguida pela violência psico-moral, os casos ocorrem predominantemente na residência e em vias públicas. Os casos mais frequentes de violência notificados em Presidente Prudente são de suicídio ao passo que em Presidente Venceslau são mais frequentes os casos de violência doméstica (cometida pelo cônjuge). Enquanto em Presidente Prudente a maior parte dos casos é encaminhada para internação hospitalar, na GVE de Presidente Venceslau os encaminhamentos, em sua maior parte, são feitos para a atenção básica, embora as delegacias comuns sejam os locais que mais frequentemente recebem as vítimas, isso em ambas as regiões.

Em Presidente Prudente predominam os casos de suicídio, seguidos dos casos de agressão física. Na região de Presidente Venceslau são mais frequentes os casos de agressão física; na maior parte dos casos, estão envolvidos apenas um agressor, quase sempre do sexo masculino que não fazem uso de bebida alcoólica antes da agressão.

Esses resultados pareceram demonstrar a importância dos casos de violência doméstica, tanto na região de Presidente Prudente, como na de Presidente Venceslau e ao mesmo tempo apontam como importante aspecto a questão do suicídio, principalmente na região de Presidente Prudente.

Não obstante esse perfil epidemiológico, a existência dos presídios e toda a complexidade social que sua presença na região traz, não está registrado no observatório da saúde nenhum projeto referente à violência nessas regionais. Esses resultados foram discutidos com os técnicos dos municípios, para avaliar o conhecimento que eles podiam ou não deter desse panorama e procurar, assim, entender o porquê da escolha por projetos relativos à questão dos idosos, que são os desenvolvidos na região.

Nos grupos focais realizados, na regional de Presidente Prudente participaram representantes dos seguintes municípios: Presidente Prudente, Rancharia, Iepê, Nantes e João Ramalho; o município de Presidente Prudente desenvolve um trabalho de capacitação de familiares cuidadores de idosos, com periodicidade de turmas duas vezes ao ano, primeiro e segundo semestre e este curso é de vinte horas semanais/quatro horas dia, no Centro de Referência do Idoso. Os monitores do curso normalmente são profissionais envolvidos nas áreas: de enfermagem, psicologia, assistência social e fisioterapia, contando com parceiras do Creas (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) e Delegacia do Idoso.

Presidente Prudente está se preocupando em montar uma Rede de Atenção à Saúde do Idoso. As notificações do SinanNet são realizadas também pela Delegacia do Idoso e independente do recurso financeiro o município continuará com esse Projeto. Anualmente é realizado no dia primeiro de outubro (Dia Internacional do Idoso), um Fórum Municipal do Idoso, aberto ao público.

Os técnicos dos municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes e Rancharia, após a apresentação dos dados estatísticos em relação ao agravo violência, não se mostraram surpreendidos por terem alto índice de notificação e relataram terem um bom trabalho de intersectorialidade com o Conselho Tutelar, Delegacias, Hospitais e Unidades Básicas, ainda que esse trabalho não se constitua em um projeto formal, mas são ações que dizem desenvolver no seu cotidiano. Esses municípios, por comporem a CIR do Alto Capivari, tomaram conhecimento dos dados em apresentação do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Presidente Prudente na reunião da CIR da Alta Sorocabana.

O grupo Focal realizado com técnicos do Grupo de Vigilância Epidemiológica<sup>22</sup> de Presidente Venceslau que compreende os municípios de Caiuá, Junqueirópolis, Mirante do Paranapanema, Nova Guataporanga, Presidente Venceslau mostrou que na região há no município de Presidente Venceslau um projeto de violência que abrange trabalho contra a violência à mulher, ao idoso, a criança e ao adolescente, mas esse projeto está focado na questão de educação contra a violência no trânsito, já tendo em atividade no município um local específico chamado “Mini Cidade do Trânsito”; possui, ainda, trabalho de intersectorialidade com Lions Club, Polícia Militar, Secretaria de Esportes, Polícia Rodoviária Federal e Estratégias de Saúde da Família nos programas de Bolsa Família e Secretaria da Assistência Social.

Em Presidente Venceslau desenvolve-se, ainda, um trabalho de capacitação de familiares cuidadores de idosos, que foi iniciado em junho de 2013, na Semana de Prevenção de Quedas em Idosos cujos monitores do curso, e a exemplo do que ocorre na região de Presidente Prudente, normalmente são profissionais envolvidos nas áreas: de enfermagem, psicologia, assistência social e fisioterapia, contando com parceiras do Creas e Delegacia do Idoso.

O município de Junqueirópolis trabalha com Projeto voltado para área de educação contra a violência no trânsito; em Mirante do Paranapanema há um Projeto voltado para a área de violência infantil com ênfase na educação para o trânsito com palestras nas escolas, que envolve palestras do Corpo de Bombeiros e autoridades do município como: Promotores de Justiça que orientam a comunidade sobre: Primeiros Socorros, Direção Defensiva, e Direitos e Deveres no Trânsito.

Em Caiuá e Nova Guataporanga surgiram relatos parecidos informando que trabalham somente com notificações que chegam ao conhecimento deles através de Conselho Tutelar, Cras, Saúde Mental, realizando palestras esporádicas e com temas previamente definidos pela equipe conforme necessário.

### **Considerações finais**

A partir do trabalho desenvolvido foi observado que apesar de alguns Projetos estarem registrados no Observatório da Saúde, ainda existem subnotificações de casos de violência e apesar de não existirem Projetos formais, em alguns municípios as notificações são realizadas porque há um entrosamento existente entre as Secretarias Municipais e os vários órgãos também envolvidos.

O Grupo de Vigilância Epidemiológica local trabalha com o agravo violência apenas com a rotina das fichas de notificação compulsória do SinanNet, não obstante seu conhecimento da incidência dos agravos serem altos na região, notadamente no que diz respeito à violência física doméstica, tendo a mulher como maior vítima.

Nota-se que os encaminhamentos dados ainda mantêm a violência no lugar da “segurança pública”, visto que a maioria dos casos são encaminhados para as delegacias de polícia comuns, seja pela ausência de delegacias da mulher, seja pelo entendimento de que violência ainda é caso de polícia e não uma questão de saúde.

Os profissionais entrevistados nos grupos focais pareceram demonstrar certa resistência em trabalhar com a questão da violência, visto que, embora afirmando conhecer a situação da violência na região, optaram por projetos mais voltados à questão dos cuidadores dos idosos, prevenção das quedas em idosos, e os poucos projetos voltados à violência parecem restringir-se à prevenção de acidentes de trânsito.

Verifica-se, dessa forma, que a política de vigilância da violência, instituída no plano federal pelo Ministério da Saúde, pode, muitas vezes, nos municípios e nos níveis locais transformar-se em outra coisa muito diferente dos objetivos primeiros.

Trata-se, aparentemente, neste caso, apenas do estabelecimento de mais uma rotina de vigilância epidemiológica, ainda que voltada para um agravo não transmissível, mas quase que seguindo os trâmites de outra doença de notificação compulsória. Os técnicos entrevistados mencionam uma intersetorialidade com outros órgãos envolvidos, mas sem explicar detalhadamente como isso se dá. A vítima de violência parece mais um caso como outro qualquer cujo final é ou alta ou óbito.

Essa resistência pode ser devida aos aspectos que foram levantados neste texto e que se relacionam à questão dos presídios na região; podem vincular-se, ainda, à própria natureza do agravo “violência”, que, diferente dos demais, implica o envolvimento maior do técnico, que trabalhando em um pequeno município pode sentir-se vulnerável para trabalhar com essa questão sob um novo ângulo ou nova abordagem e pode, ainda, tratar-se da descoberta desse novo lugar da violência na área da saúde.

Por esse motivo, ações de avaliações são importantes, pois ajudam a refletir essa realidade e a compor e levantar novas variáveis que possam indicar novos caminhos a seguir na construção desse novo paradigma da promoção da saúde.

## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18-5-2001.
- . Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006.
- Dahlberg, L. & Krug E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup.), pp. 1163-78, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>>.
- Fundação Seade – IPRS 2010 – Primeiros resultados. Edição 2012: ano de referência das informações 2010. Disponível em <[http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/iprs/primeiros\\_resultados.pdf](http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/iprs/primeiros_resultados.pdf)>.
- Portal Cidades Paulistas. [Site da Internet]. Disponível em <[www.cidadespaulistas.com.br](http://www.cidadespaulistas.com.br)>; acessado em 20-10-2013.

Lucia Marcia André  
(elaboração)

## Capítulo 13 RESENHAS

---

**Avaliação do impacto do banco de mortalidade (SIM)  
por causas externas – violência e acidentes de trânsito nos  
municípios do CGR de Araras segundo a gestão municipal**

---

LUCIANA CRISTINA D. F. DE GODOY

O PROCESSO DE GESTÃO EM SAÚDE envolve práticas relacionadas ao planejamento, que por sua vez, requer análises sobre o contexto e a situação sanitária, – ou perfil socio-sanitário e epidemiológico – dos territórios onde se pretende intervir. Compõe os fundamentos da tradição sanitária a produção de dados e evidências que visem amparar gestores e formuladores de políticas públicas a decidirem sobre as propostas e respostas para o enfrentamento dos problemas identificados.

Ao longo do tempo, crescentes investimentos têm sido feitos no desenvolvimento de recursos e ferramentas que auxiliem o processo de tomada de decisão; dentre eles, destacam-se os sistemas de informação em saúde. Reconhecendo a importância desses instrumentos para orientar as ações dos gestores do sistema e dos serviços de saúde, bem como os desafios de incorporá-los nos processos de trabalho

e de gestão em saúde constituiu a principal motivação para a realização desse estudo avaliativo.

Dentre a multiplicidade de dados produzidos pelo SUS em suas atividades cotidianas, a autora destacou o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) por conter os dados de mortalidade por causas externas – violências e acidentes de trânsito, e focalizou a região de abrangência do município de Araras, procurando identificar e conhecer as percepções e a utilização das informações geradas por esse sistema pelos gestores que compõem o Colegiado de Gestão Regional (CGR). A avaliação foi sendo desenhada a partir do pressuposto de que há uma produção de dados e de informações bastante complexa e trabalhosa por diferentes entes da federação que, entretanto, têm sido pouco utilizada para subsidiar o planejamento das ações e políticas locais.

Para elucidar e precisar o objeto de estudos, foram apresentadas as diferenças conceituais entre “dado”, “indicador” e “informação”. Para a autora, *dado* seria qualquer registro ou indício relacionado a atividade ou evento, os quais passam a ser *indicadores* quando indicam parâmetro para comparação que, por sua vez, podem ser considerados *informação* mediante uma transformação analítica, implicando um processo de organização, indexação, classificação, condensação e interpretação. A força e o valor da informação, isto é, do dado analisado, dependem da qualidade e fidedignidade com que ele é gerado. Por isso, a necessidade de capacitar, envolver e responsabilizar os trabalhadores que os produzem não só em relação à importância da atividade que desempenham, impactando positiva ou negativamente as informações sanitárias, como principalmente na atribuição de sentidos para essa prática/função.

Por meio de abordagem combinada quantitativa e qualitativa, o estudo buscou conhecer a percepção dos

gestores do CGR da região de Araras quanto à utilização dos bancos de dados de mortalidade por causas externas – violências e acidentes de trânsito no processo de gestão dos sistemas locais. A análise quantitativa circunscreveu-se à apresentação dos dados obtidos por meio do SIM – GVE XX – Piracicaba, ao passo que a análise qualitativa baseou-se em entrevistas realizadas com gestores participantes do CGR de Araras. Inicialmente, os sujeitos entrevistados foram apresentados aos dados de mortalidade do seu município entre os anos 2006 e 2012, possibilitando uniformizar o modo de abordagem da problemática investigada.

Apesar do número reduzido de entrevistados – apenas cinco gestores – os resultados das análises possibilitaram reflexões importantes sobre o modelo de gestão predominante na região partindo da análise do uso da informação em saúde, e permitiu também identificar oportunidades para o gestor estadual desenvolver seu processo de trabalho a partir da avaliação empreendida.

As respostas à questão sobre o quadro epidemiológico das principais causas de morte por violências e causas externas surpreendeu devido ao desconhecimento dos dados pelos gestores municipais. A justificativa para isso foi que essas informações ficam sob responsabilidade da vigilância epidemiológica do município. Entretanto, ainda que a organização das secretarias municipais de saúde reproduzam organogramas que contribuam mais para a fragmentação do que para a integração das áreas técnicas e das ações e que nem sempre os secretários municipais de saúde são os que participam das reuniões do CGR, o desconhecimento dos dados sobre mortalidade evidenciam a burocratização do modo de produzi-los e de utilizá-los.

---

**Avaliação do projeto “Ações de Vigilância em pessoas vítimas de Violência” – GVE XIV(Grupo de Vigilância Epidemiológica) DRS V (Departamento Regional de Saúde de Barretos), composto por dezoito municípios**

---

ADRIANA CRISTINA BARBOSA DE ARAÚJO

MARIA APARECIDA MIGUELON

ELIANI RIBEIRO ROSA

Na regional de Barretos foi feita uma avaliação com o objetivo de conhecer a realidade da implantação e efetividade de um projeto em andamento. A pesquisa foi realizada com os funcionários de saúde e visava conhecer as principais dificuldades encontradas na sua implantação e avaliar o conhecimento do profissional saúde quanto ao fluxo de atendimento prestado às vítimas de violência, bem como conhecer o sistema de referência e contrarreferência municipal.

A aplicação do questionário com os profissionais de saúde foi efetiva, *in loco* com as equipes de saúde do Centro de Saúde, Unidade Básica de Saúde do Distrito de Marcondesia e Pronto-Atendimento (referência do município) para atendimento de pessoas vítimas de violência.

Muitos entrevistados relataram ter conhecimento apenas das ações relacionadas ao Cras (Centro de Referência em Assistência Social) e os profissionais relataram não orientar ou encaminharem casos de violência por não ser de sua “competência”, ou por não querer se envolver por se tratar de caso de “polícia”, bem como o gestor responsável pelo Projeto na ocasião, relatar desconhecimento dele. Esses resultados chamaram a atenção do Grupo de Vigilância Epidemiológica da região, por serem inesperados.

Todavia, no Pronto-Atendimento Municipal, os pro-

fissionais conseguiram relatar o fluxo informal de encaminhamento e as autoras explicam o resultado por tratar-se de unidade notificadora e por ser essa a unidade responsável por preencher a Ficha de Notificação a ser encaminhada para Vigilância Epidemiológica Municipal e encaminhamentos para os serviços de referência para os casos de violências sexuais que necessitem de encaminhamento e acompanhamento médico e sorológico, ao passo que as ações realizadas pelo Cras e o apoio psicológico são de contrapartida municipal, não sendo utilizado o repasse do Ministério da Saúde para as ações de vigilância para as violências.

As autoras concluíram que o Projeto do município em questão não estava cumprindo a sua proposta, notadamente quanto à capacitação dos profissionais de saúde, reorganizando a rede de assistência às pessoas vítimas de violência.

O município presta assistência com fluxo não formalizado, em relação às vítimas de violência sexual, através de protocolos (antirretroviral) com fluxo já preestabelecido de referência para acompanhamento sorológico e tratamento medicamentoso quando necessário, mas não há contrarreferência para acompanhamento psicológico e social; não há casa de abrigo ou qualquer outra retaguarda de proteção às vítimas, sejam crianças, mulheres ou idosos.

Os casos são notificados simplesmente no Sistema de Informação tornando a violência visível, porém sem análise do município, sem desenvolvimento e/ou criação de ações efetivas, sendo grande parte dos casos notificados como casos de “polícia”, não como questão de saúde pública.

Por essas razões, as autoras apontam a necessidade de capacitações/treinamentos *in loco* para orientar os profissionais de saúde que prestam atendimento, com o objetivo de melhoria da participação e motivação desses profissionais no contexto dos assuntos abordados.

---

**Avaliação de Programa e projeto de prevenção de  
acidentes e violências na lógica da promoção da saúde  
no estado de São Paulo – Projeto “Saúde Sim, Violência  
Não” – Município de Lençóis Paulista**

---

SELMA CRISTINA BUENO DE NARDI

O tema desta avaliação foi a formação de redes. A autora propôs a avaliação uma vez que apesar de toda mobilização dos setores envolvidos, legislativos, executivo e judiciário, além dos incentivos para formação de redes, incrementos financeiros para promoção da saúde por parte do Ministério da Saúde percebeu haver uma crescente necessidade de aumentar a atenção para os agravos ligados às situações de violência, que mostram a importância de que trabalhos com enfoque intersetorial sejam propostos e incentivados.

Considerou, ainda, que esse tipo de agravo pode ser caracterizado – erroneamente – tanto pela pessoa agredida quanto pelo agressor como sendo culpa do próprio agredido. Atribuiu esse fato a uma possível falta de entendimento do agredido em reconhecer a violência que vem sofrendo, muitas vezes por conceitos pessoais. Portanto, essa forma de julgamento pode prejudicar o bom atendimento em todas as áreas envolvidas, visto que o agredido, além de vítima, pode culpar-se pela ocorrência.

A partir dessa reflexão, as redes de atendimento intersetoriais, segundo a autora, seriam importantes para quebrar o círculo da violência, uma vez que poderiam fortalecer cada indivíduo que sofre a agressão, esclarecendo questões até mesmo internas que podem estar subjacentes à submissão velada.

O projeto avaliado, “Saúde Sim, Violência Não”, tinha como meta a criação de uma rede de atendimento, e visava “ampliar o acesso as informações e minimizar os agravos causados pela violência sexual, abuso, violência doméstica, alcoolismo e drogas como causadores de violência e acidentes de trânsito”.

A avaliação voltou-se aos profissionais envolvidos e seu objetivo específico foi verificar se após processo de capacitação e implantação do projeto eles passaram a compreender a importância do acolhimento e do encaminhamento adequado às pessoas que sofrem violência, incluindo a assistência à família, conforme previsto no projeto original. A autora procurou, ainda, fortalecer os laços entre os setores, verificar o conhecimento da rede, as sugestões individuais, entender do ponto de vista dos envolvidos se o projeto contribuiu ou não para o controle da violência no município, além de avaliar o envolvimento dos serviços e dos próprios atores; classificar os aspectos positivos e negativos que permeiam este e os desafios para atingir o objetivo comum, além da retaguarda e liberdades decisórias nos processos.

Ao descrever a articulação entre os gestores dos diversos setores municipais e estaduais nas da saúde, educação, assistência social, conselho de direito e tutelar, segurança pública e organizações da sociedade civil envolvidas na luta contra a violência, como propunha o projeto, notou-se, em primeiro lugar a ausência de setores. Apenas compareceram os setores de educação, saúde (vigilância epidemiológica, saúde mental, Rais-mulher, Pronto-Socorro e coordenador ) e sociedade civil; nesse sentido, a avaliação de rede foi prejudicada por faltar relatos da Secretaria de Segurança Pública, IML, Hospital, Delegacia, Promotoria da Justiça e Cidadania, Cras e Cres.

Independente da implantação do projeto, o atendimento às pessoas que sofriam violências já ocorria no município, mas esse atendimento se dava de forma estanque e segmentada. Com a proposta do projeto foram realizadas duas capacitações e todos os setores foram chamados pela Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de fortalecer vínculos; com a verba do Ministério da Saúde foram feitas cartilhas de orientação, distribuídas em todas as residências do município, além de *outdoors*, rádios e agentes de saúde divulgando as questões de violência de casa em casa. Todavia, em que pese o fato de cada um dos participantes ter se conhecido nessas capacitações, quando avaliado o projeto, os fluxos desenhados demonstraram que não havia ainda um pensamento homogêneo sobre onde deveria acontecer o primeiro atendimento e sua sequência com o objetivo de fortalecer a pessoa vítima de violência, mostrando que essa atenção ainda se dá de forma estanque e segmentada, pois um ator não faz referência do que acontece com a pessoa que encaminhou para atendimento até a finalização do caso, o que parece demonstrar falta de retroalimentação de informações da assistência em rede.

O atendimento primário descrito em muitos desenhos revelou que os serviços de urgência e emergência e as Delegacias foram os primeiros lembrados quando se fala de atendimentos às pessoas que sofreram violência, serviços não considerados como local de promoção da saúde, resultando em enfoque mais centrado no atendimento e não voltado para melhorar a condição de saúde.

Também foi observado que o tema Violência ainda é conceitualmente tratado como “problema de polícia”, uma vez que na maioria dos fluxos propostos, a delegacia aparece como primeiro local de atendimento, em detrimento do apoio psicossocial que deveria permear todo atendimen-

to, desde seu princípio, quando visto sob o enfoque da promoção da saúde.

A área da educação não se reconheceu em nenhum momento da dinâmica, mesmo considerando que se propôs um caso de atendimento à mulher em situação de violência, a educação, na proposta da construção de redes tinha o papel de fundamental na identificação e encaminhamentos dos casos de violência.

O Serviço Social, no projeto, teria o papel de identificar pessoas que sofrem com a violência, mas apareceu como um dos últimos serviços para onde as pessoas seriam encaminhadas.

Existe um projeto municipal para em breve ofertar um local para atendimento da mulher em situação de violência dentro da Unidade de Pronto-Atendimento Municipal, mas não um local de atendimento único, em que a pessoa possa receber todos os atendimentos, principalmente em caso de violência sexual, sem que a pessoa tenha de ficar se deslocando em vários pontos, explicando várias vezes a história ocorrida, gerando constrangimento da superexposição.

---

## Experiência de Implantação de um Grupo Regional para Gestão da Violência – Região de Marília

---

ISABEL APARECIDA STEFANO  
SHIRLENE DA SILVA TEIXEIRA  
SILVA CAMPASSI

No caso da Regional de Saúde de Marília, foi criado, em setembro de 2012, um Grupo Regional para Gestão da Violência, buscando a elaboração do Plano Regional de Gestão de Violências e a criação de uma Política Regional que envolvesse todas as áreas técnicas do DRS IX-Marília (Materno Infantil, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência, Vigilância Epidemiológica, CDQ Humanização, Articuladores da Atenção Básica) além da busca ativa para a articulação, o envolvimento e a participação intersetorial e dos atores relacionados à Delegacia da Mulher, Diretoria da Ação Social, Diretoria de Ensino e representantes da população, entre outros. Esse grupo foi montado a partir da Elaboração do Projeto Regional de Gestão da Violência cujas ações estão em desenvolvimento.

A região de Marília é composta por municípios de pequeno porte (70% deles têm menos de 10.000 habitantes). Segundo os técnicos da região, esse é um fator bastante sério não só para a notificação como para o atendimento à vítima da violência, visto que o próprio técnico está sujeito à violência e retaliações pessoais, como o próprio grupo gestor reconhece.

Não se pode deixar de lembrar que essa região do estado concentra alguns presídios, e a cidade de Marília abriga uma unidade com acentuada superlotação: de acordo

com dados de 2011 da Secretaria de Administração Penitenciária, tal unidade com capacidade para quinhentos detentos, abrigava 1.149.

O projeto de avaliação desse grupo buscou conhecer as características de formação desse Grupo Regional, seus objetivos, a rede de apoio e os resultados preliminares obtidos com sua construção por meio de questionário aplicado aos participantes do grupo condutor do Projeto.

Os técnicos do GVE da região consideraram importante essa avaliação como um instrumento para reflexão sobre os diferentes papéis, os objetivos a serem perseguidos, sobre a viabilidade e a expectativa de resultados das ações a curto, médio e longo prazo e para a busca de alternativas para implementação do Projeto que envolve nesse momento as áreas de Promoção da Saúde, Saúde do Adulto, Idoso, Saúde da Mulher, as Vigilâncias e demais áreas técnicas do DRS IX de Marília.

Para realizar a avaliação, foram enviados dez questionários por meio eletrônico aos participantes das oficinas, dos quais seis foram devolvidos respondidos.

O resultado dessa avaliação mostrou que o grupo percebe-se fortalecido por essa iniciativa dos Técnicos do DRS e GVE, porém não observou que suas ações sejam uma prioridade institucional; sentem necessidade de levar o tema nas discussões das Câmaras Técnicas e Colegiados com a finalidade de sensibilizar a gestão e facilitar o trabalho das equipes.

Apesar de suas limitações institucionais e territoriais (no sentido da territorialidade), segundo os resultados obtidos, o Grupo Regional conseguiu estabelecer-se e construir objetivos de ação por meio de uma oficina de elaboração de projetos; o grupo entendeu, ainda, que a oficina para elaboração de Projetos de Promoção da Saúde e Prevenção

das violências realizada em agosto de 2012, para atender a Portaria MS 22 de 9-8-2012, cumpriu seu objetivo de instrumentalizar os municípios para a elaboração de seus projetos, visto que dos vinte e dois municípios participantes, dezenove tiveram seus projetos aprovados. A oficina trouxe a necessidade de aproximação com o tema, o compartilhamento de dados e a percepção das fragilidades das equipes municipais para lidarem com um problema tão complexo.

Notou-se como foi importante o critério estabelecido para a avaliação dos técnicos da região: como conseguiram elaborar os projetos e tê-los aprovados, isto é, como apesar das fragilidades das equipes municipais para lidarem com o problema, os projetos foram encaminhados e hoje estão em execução, em que pese as dificuldades encontradas.

---

**Projeto de promoção da saúde no município de Ouroeste do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXX de Jales (SP) contemplado com recursos do Ministério da Saúde**

---

SARA SUZANA APARECIDA CASTARDO DÁCIA

O projeto de promoção à saúde implantado no município de Ouroeste não havia sido avaliado tanto do ponto de vista da aplicação dos recursos recebidos como dos resultados obtidos. Por esse motivo, surgiu o interesse e a necessidade de pesquisar a correta aplicação dos recursos recebidos e o grau de satisfação dos usuários e gestores em relação à participação no projeto visando à promoção e a qualidade de vida, e verificar se o objetivo foi atingido, considerando-se ações realizadas no projeto.

O projeto avaliado tinha como objetivos promover a sensibilização acerca dos tipos de violência (autoprovocada, intrafamiliar comunitária e coletiva) e sua natureza (violência física, psicológica, sexual e negligencia); promover a articulação entre os serviços de saúde, educação, serviço social e segurança, implantando protocolos de atendimento dos casos de violência contra criança, mulher e idoso; definir funções e responsabilidades de cada setor no intuito de estabelecer a integralidade das ações e continuidade do atendimento às vítimas; promover meios para facilitar uma visão crítica dos profissionais para que pudessem identificar possíveis casos na sociedade; propiciar a conscientização sobre a importância da notificação e encaminhamento ao órgão competente de todos os casos para a programação de ações futuras e análise da situação existente; promover o conhecimento da comunidade sobre tipos de violência e sua natureza, além de orientar sobre as

atuações das entidades perante os casos. Eram ainda seus objetivos aprimorar o serviço de detecção, notificação e acompanhamento de todos os casos e violência doméstica sexual e ou outras, através da integração dos serviços de Saúde, Educação, Conselho Tutelar, Polícia (civil e militar) e comunidade do município de Ouroeste e Arabá.

Foram avaliados os seguintes aspectos do projeto: sua implantação, os recursos aplicados, a intersetorialidade, o envolvimento da equipe técnica, a estrutura, processo e resultados. Num segundo momento foram realizadas entrevistas semiestruturadas, objetivando avaliar o grau de satisfação dos usuários SUS (vítimas ou não da violência) na participação e inserção no Projeto de Promoção da Saúde.

Os resultados esperados da avaliação diziam respeito não a uma redução significativa nos indicadores de saúde, por ser o projeto recém-implantado no município avaliado, mas à possibilidade de identificar a satisfação dos usuários na melhoria dos aspectos de saúde tais como: melhoria na disposição, na reeducação, relacionamento interpessoal e outros aspectos que os usuários possam relatar durante a avaliação do projeto. Como um dos objetivos do projeto era notificar e não ter subnotificação, a autora concluiu que a intenção era notificar para tratar, com a intersetorialidade, o que, no seu entendimento ocorreu.

Os resultados obtidos demonstraram que houve notificações após o projeto, e que, portanto, esse objetivo foi atingido, pois houve a exposição das notificações que até então eram silenciosas. Além disso, pretendia-se notificar para tratar a vítima; em sendo assim, após o projeto, houve a notificação e em 2012 o número exato foram 79 casos novos notificados e tratados.

De acordo com a avaliação do município que integra a Rede de Promoção da Saúde, o projeto propiciou o co-

nhecimento da realidade local e a forma de o gestor efetuar seu trabalho, pois está desenvolvendo as ações com a articulação com outros órgãos, bem como com o tratamento da vítima da violência, embora a autora ressalte que não encontrou evidências que demonstrassem que isso estivesse ocorrendo.

De outra parte, parece estar sendo importante enquanto forma de estabelecer um canal direto entre outros setores por meio do qual é possível obter todas as notificações úteis para a qualidade dos serviços oferecidos, o que auxilia no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde primeiro em relação aos profissionais envolvidos no projeto e segundo a qualidade de vida e promoção de saúde em seu município.

Dessa forma, com a efetivação de políticas públicas voltadas para este segmento, o que se espera, segundo a autora, em futuro próximo com a adesão de mais municípios que poderão refletir na melhoria dos seus trabalhos, é uma diminuição dos gastos do SUS em relação às enfermidades e mortes evitadas, que certamente pode ser objeto de pesquisas futuras.

## Capítulo 14

### MOTIVOS DE ADESÃO E MUDANÇAS OCORRIDAS NA VIDA DOS USUÁRIOS DO PROJETO CAJA+SAÚDE EM CAJAMAR (SP)

CRIADO PELA CONSTITUIÇÃO DE 1988, e alicerçado no conceito ampliado de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, apesar dos progressos, apresenta lacunas assistenciais que refletem na qualidade de vida da população, entre elas a desvalorização de medidas para promover saúde e para prevenir os riscos de adoecer.

O modelo de atenção à saúde baseado nas ações curativas e centralizado no cuidado médico se mostra insuficiente para fazer frente aos novos desafios sanitários, com a diminuição dos problemas agudos e a ascensão das condições crônicas e seus fatores de riscos (sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, etc.), exigindo providências do Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

O redirecionamento do modelo de atenção teve início em 1994 com o Programa de Saúde da Família, hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ganhou reforço, em 2004, com a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), se fortaleceu com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, que propugnava entre seus objetivos “promover a qualidade de vida e reduzir a

vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (Brasil, 2006).

A PNPS nasceu com eixos prioritários: promoção da alimentação saudável e de atividades físicas, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável.

Com o propósito de estruturar a Promoção da Saúde no SUS, o Ministério da Saúde criou mecanismos de repasse de recursos financeiros aos estados, municípios e distrito federal, para implementação e fortalecimento de projetos que priorizassem ações específicas da PNPS.

No estado de São Paulo, a Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde, tem entre suas incumbências ações de vigilância e promoção da saúde. Entre as instituições que a integram está o Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac” (CVE) com seus 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE).

O Grupo de Vigilância Epidemiológica IX – Franco da Rocha (GVE IX) está localizado no município de Franco da Rocha, na Região Metropolitana de São Paulo, também chamada de Grande São Paulo, denominação dada ao conjunto de 39 municípios (entre eles a capital) do estado de São Paulo.

O Departamento de Saúde da Grande São Paulo – DRS 1 distribui estes 39 municípios em seis Regiões de Saúde. A Região de Saúde Franco da Rocha – abrangência do GVE IX – é formada pelos municípios de Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã. Tem população de 516.809 habitantes, área geográfica de 728 km<sup>2</sup> e densidade populacional de 705,28 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

O município de Cajamar, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), é constituído por três distritos: Sede (Cajamar), Jordanésia e Polvilho. Tem população estimada em 64.114 habitantes, área de 131.332 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 488,18 hab./km<sup>2</sup>, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,728 (escala de 0 a 1).

Tem o quarto IDH entre os cinco municípios da Região de Saúde Franco da Rocha, mas se enquadra na faixa de alto desenvolvimento humano, que é quando o valor fica situado entre 0,700 e 0,799. É o 409.º entre os 645 municípios do estado de São Paulo, e o 1.081.º IDH entre os 5.565 municípios brasileiros (Pnud, 2013).

Na versão 2012 do Índice Paulista de Responsabilidade Social – Região Metropolitana de São Paulo (2008-2010), Cajamar está classificado entre os municípios bem posicionados na dimensão de riqueza (indicadores agregados de riqueza e escolaridade crescentes), mas com deficiência em um dos indicadores sociais (queda na longevidade).

Segundo dados da Prefeitura, ele está localizado a uma distância de trinta quilômetros da capital (marco 0 – Praça da Sé). Tem acesso pelas rodovias Anhanguera (SP-330), dos Bandeirantes (SP-348) e Edgar Máximo Zambotto (SP-354). Seus limites são Jundiaí (ao norte), Franco da Rocha e Caieiras (a leste), a capital São Paulo (a sudeste), Santana de Parnaíba (ao sul) e Pirapora do Bom Jesus (a oeste).

Abriga várias indústrias (alimentos, cosméticos, metalurgia e química) das quais provém a principal fonte de renda da população.

Cajamar conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas pelo modelo de atenção tradicional (e uma delas abriga também Pronto-Atendimento 24 horas e Clínica de Especialidades), oito Unidades organizadas pela

Estratégia de Saúde da Família (ESF), para atendimento ambulatorial pelo SUS, e um Polo da Academia da Saúde (Portaria n.º 3.164 de 27-12-2011). No ano de 2012 o atendimento de Saúde da Família atingiu 56,49% da população (informação pessoal).<sup>1</sup>

De acordo com o Mapa da Saúde 2012<sup>2</sup> (em fase de elaboração),<sup>3</sup> da Rede Regional de Atenção à Saúde 03 – Franco da Rocha (RRAS 03),<sup>4</sup> Cajamar vem apresentando aumento progressivo de envelhecimento nos últimos anos (2005-2011) chegando ao índice de envelhecimento de 28,42% em 2011 (proporção de pessoas de sessenta anos e mais por cem indivíduos de zero a catorze anos).

As doenças e agravos não transmissíveis, especialmente as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), representam a principal causa de mortalidade no município. Indicadores de mortalidade produzidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-GVE IX Franco da Rocha) mostram que só em 2012 as DAC foram responsáveis por 31,36% do total de óbitos, seguidas pelas Neoplasias com 18% e as Causas Externas com 15,68%.

Diante desse cenário, o município de Cajamar apre-

1 Diretoria de Saúde de Cajamar. Mensagem recebida por <adm.saude@cajamar.sp.gov.br> em 8-10-2013.

2 Instituído pelo Ministério da Saúde, pelo Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, Mapa da Saúde é a “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema”.

3 Mapa da Saúde 2012. Em fase de elaboração pelo Grupo Técnico da Região de Saúde Franco da Rocha.

4 De acordo com a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, Redes Regionais de Atenção à Saúde são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” num determinado território.

O território da RRAS 03 coincide com o da Região de Saúde Franco da Rocha: municípios de Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã.

sentou proposta e recebeu incentivo financeiro do Ministério da Saúde para ampliar suas ações de promoção da saúde visando hábitos alimentares saudáveis e inserção de práticas corporais/atividades físicas na promoção e recuperação da saúde dos adultos e idosos criando, em 2010, o Projeto Caja+Saúde (Portarias n.º 3.060 de 9-12-2009 e n.º 4.074 de 17-12-2010).

Em mapeamento da situação da “Promoção da Saúde”, na Região de Saúde Franco da Rocha, para fins de identificação de estratégias de fortalecimento e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS, realizado de novembro 2011 a fevereiro 2012, pelo GVE IX – Franco da Rocha, o município de Cajamar informou sobre a existência do referido Projeto.

Durante o Curso de Formação para Avaliação em Promoção da Saúde 2013, promovido pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo em parceria com o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis (Cepedoc), com objetivo de apoiar os interlocutores regionais no acompanhamento dos projetos desenvolvidos pelos municípios, o Projeto Caja+Saúde foi escolhido como objeto de análise.

Além da divulgação da PNPS, estão entre as responsabilidades da gestão estadual apoiar e estimular seus municípios na implantação de ações de promoção da saúde, bem como avaliar o seu desenvolvimento (Brasil, 2006).

Nesse sentido, mais que um instrumento para conhecer o impacto das ações na população atendida, a avaliação mostra sua importância ao possibilitar a construção de evidências que não somente justifiquem, mas contribuam para o aprimoramento destas ações (Malta et al., 2008).

Dessa forma, esta pesquisa buscou verificar os motivos de adesão às atividades bem como as mudanças que

ocorreram na vida dos usuários do Projeto Caja+Saúde após um ano de participação regular.

## Método

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa nove indivíduos de ambos os sexos, todos usuários do referido Projeto, que foi escolhido porque, tendo iniciado em 2010, de forma sustentável, continuava em desenvolvimento nesse município e estava cadastrado, desde 2012, no Observatório de Promoção da Saúde do Estado de São Paulo.

Para integrar a pesquisa a pessoa deveria estar participando há mais de um ano do Projeto, tempo estabelecido como viável para uma possível percepção sobre as mudanças ocorridas em suas vidas e, também, para caracterizar aderência ao projeto.

De acordo com a proposta de ação apresentada ao Ministério da Saúde o Projeto Caja+Saúde, iniciativa do Departamento de Nutrição, da Diretoria de Saúde do município de Cajamar, nasceu em razão das mudanças na dinâmica sanitária – com doenças do aparelho circulatório e degenerativas predominando entre as causas de óbitos e o aumento na prevalência de condições crônicas na população maior de quinze anos, em particular os portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – associadas ao aumento progressivo do índice de envelhecimento populacional, o que mostrava a necessidade de investir na melhoria da qualidade de vida.

Ele está baseado em duas das principais influências sobre a saúde, que são a alimentação inadequada e a inatividade física, e busca intervir no estilo de vida das pessoas

no sentido de estimular escolhas saudáveis obtendo assim mudanças de comportamento que auxiliarão na manutenção de sua saúde.

Ações dos eixos temáticos práticas corporais/atividades físicas e alimentação saudável da PNPS já aconteciam no município por meio de projetos independentes e com número reduzido de participantes: Projeto Caminhada, desde 2006, semanalmente, com munícipes e profissionais das UBS, e o Projeto da Cozinha Experimental, desde 2008.

A necessidade de expansão das ações para as três grandes áreas do município (Parque São Roberto, Polvilho e Jordanésia), de capacitação da equipe de saúde e investimentos em materiais educativos e equipamentos para maior alcance da população, inclusive integração com a ESF, levaram à busca por financiamento mediante acesso às Portarias do Ministério da Saúde (n.º 3.060 de 9-12-2009 e n.º 4.074 de 17-12-2010) e parcerias com a Diretoria de Esporte e a Universidade Paulista (UNIP) (Curso de Gastronomia).

No formato atual, com palestras para promoção e conscientização da alimentação adequada, grupos para a prática de atividades físicas, oficinas educativas na “Cozinha Experimental”, campanhas informativas nos meios de comunicação local, atendimento com clínico geral e nutricionistas, aplicação de questionários de consumo alimentar e qualidade de vida, o Projeto foi implementado a partir de fevereiro de 2010.

Seu objetivo geral é a inserção da prática da atividade física e alimentação saudável na promoção e recuperação da saúde de adultos e idosos residentes no município de Cajamar. Os objetivos específicos são promover saúde e qualidade de vida; proporcionar à população a prática de atividades físicas com orientação adequada; reduzir a prevalência de doenças e agravos não transmissíveis em

adultos e idosos; permitir a integração de diversas ações de saúde, tanto de prevenção quanto de recuperação; auxiliar na construção de uma cidade saudável; aumentar o consumo de verduras e frutas e reduzir o consumo de alimentos ricos em açúcares, gordura e sódio.

Além da equipe do Setor de Nutrição (duas nutricionistas e uma estagiária), o Projeto conta com profissionais das Unidades de Saúde (enfermeiros, psicólogos, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem), recebe colaboração de profissionais de educação física, da Diretoria de Esporte, e nutricionistas e estagiários de universidades parceiras.

Ao ingressar (e após oito meses de inserção no Projeto) os participantes são submetidos à avaliação médica e nutricional, respondem a um inquérito alimentar e, se necessário, realizam exames bioquímicos. Depois, passam a praticar atividades físicas ocidentais (caminhada, ginástica, alongamento) e orientais (tai-chi-chuan, yoga, lian gong), de acordo com indicação profissional, um dia por semana, no período da manhã, durante uma hora. Também participam de atividade física lúdica, um dia por semana, por uma hora, em uma das Unidades de Saúde.

Semanalmente, são realizadas, nas Unidades de Saúde de participantes, palestras sobre alimentação saudável e doenças crônicas relacionadas a dietas inadequadas e inatividade física. Já as oficinas educativas são realizadas na “Cozinha Experimental”, na Unidade Básica do Polvilho, uma vez ao mês, onde eles participam na preparação e degustação de pratos saudáveis.

As atividades são abertas à comunidade e o acesso é livre podendo a entrada e a saída acontecerem a qualquer tempo, sempre com registro de frequência. Os grupos específicos são fechados, compostos por um número determinado e com duração previamente estabelecida. De janeiro

de 2012 a setembro de 2013 foram atendidos 4.703 municípios,<sup>5</sup> nas diversas atividades.

Os resultados esperados são redução da prevalência de sobrepeso e obesidade; redução das taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); melhoria no hábito alimentar; aumento da prática de atividade física; atendimento global à saúde e estruturação do Programa de Prática de Atividade Física e Alimentação Saudável.

Em maio de 2013, foi encaminhado ofício ao secretário de Saúde de Cajamar informando sobre o Curso de Formação para Avaliação em Promoção da Saúde, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde (SP) em parceria com o Cepedoc, cuja principal atividade era a avaliação de um projeto municipal relacionado ao tema.

Autorização concedida, a coleta de dados se dividiu em duas etapas. A primeira, nos meses de julho e agosto de 2013, consistiu de duas visitas ao município para reunião com os coordenadores do Caja+Saúde para esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa bem como para obter informações sobre a criação e o desenvolvimento do Projeto.

Durante as visitas foram realizadas leituras dos documentos relacionados ao Projeto (cópia da proposta de ação, reportagens, materiais educativos utilizados nas palestras, atas), consulta aos livros de frequência e discussão com os responsáveis sobre o perfil do público-alvo (adultos e idosos residentes no município de Cajamar).

Esta etapa, que também pode ser considerada uma espécie de planejamento e apropriação do contexto local, foi fundamental para conhecer a organização e o funcionamento do Projeto, bem como para delimitar o objetivo, o instrumento e o tipo de abordagem da pesquisa.

<sup>5</sup> Divisão de Nutrição da Diretoria de Saúde de Cajamar. Mensagem recebida por <nutricao.cajamar@gmail.com> em 2-10-2013.

Na segunda etapa, nos meses de agosto e setembro de 2013, foram realizadas mais três visitas, duas na UBS do distrito de Jordanésia, e uma na Unidade do distrito de Polvilho, para participar de palestras sobre alimentação saudável, da oficina na “Cozinha Experimental do Mês de Agosto” e para observar a execução de exercícios físicos.

O Projeto aconteceu em sete Unidades de Saúde, das quais três são organizadas pelo modelo tradicional (UBS) e quatro pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta pesquisa envolveu usuários das três unidades de modelo tradicional.

No dia da Oficina na Cozinha Experimental a coordenadora do Projeto apresentou a pesquisadora para o grupo com breve exposição sobre a pesquisa e sua importância. Após o que, cada usuário foi abordado individualmente e convidado a participar como voluntário da pesquisa.

Mostraram-se receptivos, porém, pelo fato de serem transportados para o local da atividade de ônibus cedido pela Prefeitura, com horário, previamente determinado, para retorno à Unidade de Saúde “ponto de encontro”, localizada em outro bairro, somente foi possível realizar entrevistas com três voluntários que não dependiam do transporte municipal.

Questionados, todos informaram que só poderiam ser encontrados dentro de quinze dias, em outra UBS, onde se reuniriam para caminhada, porque na semana seguinte o grupo sairia em excursão para o museu.

Após vinte e um dias, mais seis voluntários foram entrevistados na UBS. Todos se lembraram da pesquisadora demonstrando a mesma disponibilidade do primeiro encontro.

Todas as nove entrevistas foram realizadas de forma individual, pela autora da pesquisa, e ocorreram na mesma

sala das atividades (após o término) ou na sala de espera da Unidade de Saúde.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro com dados de identificação, sociodemográfico e condição de saúde, para delineamento do perfil dos participantes, e entrevista com duas questões norteadoras: Por que você participa do Projeto Caja+Saúde? O que mudou em sua vida com a participação no Projeto Caja+Saúde?

Essa técnica foi escolhida por possibilitar o esclarecimento imediato das questões e por independender do nível de escolaridade do entrevistado.

As entrevistas tiveram duração média de dezoito minutos e foram gravadas, no formato de áudio (MP3), após consentimento, por escrito, dos voluntários. A coleta de dados foi finalizada quando as informações começaram a ficar repetidas, sem acréscimo de nenhuma novidade.

Depois, foi realizada a sua transcrição, na íntegra e, a partir das questões norteadoras, foram identificadas duas categorias analíticas divididas em subcategorias com base nos temas que se mostraram mais relevantes nas falas dos entrevistados.

Para preservação da identidade dos voluntários, conforme acordo estabelecido por ocasião das entrevistas, eles foram identificados por letras maiúsculas do alfabeto oficial da Língua Portuguesa.

## **Resultados e discussão**

A amostra foi composta por três homens e seis mulheres. A prevalência do sexo feminino não é rara em estudos populacionais devido à maior longevidade das mulheres em relação aos homens. No município de Cajamar o número

de mulheres, em todas as faixas de idade a partir dos quarenta anos é superior ao de homens, assim como no Brasil (IBGE, 2010).

Em relação à faixa etária, seis entrevistados apresentaram idade igual a sessenta anos ou mais – considerados idosos de acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) – e três tinham entre 49 e 59 anos. Apesar da diferença de faixa etária, o maior número foi de idosos e a média de idade de 69 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria (sete) era casada havendo ainda viúvo e divorciado. Entre casados, os idosos eram maior número. Já na ocupação profissional, predominavam inativos profissionalmente (aposentados), mas também foram identificadas desempregadas e donas de casa.

A respeito da escolaridade foi constatado que a maior parte tinha ensino Fundamental I Completo (quatro anos de estudos). A renda familiar mensal que prevaleceu foi de dois a quatro salários mínimos (SM), tendo o salário mínimo, na ocasião da coleta de dados, o valor de R\$678,00.

Todos os entrevistados residiam no município de Cajamar, em três bairros distintos. E quanto ao compartilhamento da moradia, o maior número morava somente com o cônjuge. Os demais, em outras combinações familiares com filhos, netos, nora ou irmão.

Sobre a saúde geral, predominou a classificação “boa” e, embora não tivesse sido perguntado, referiram doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, artrose, problemas de coluna) e depressão. Comparando a saúde geral naquele momento em relação a um ano antes, a maior parte informou estar “muito melhor” ou “um pouco melhor”.

O deslocamento para o local das atividades não constituiu barreira visto que informaram residir entre cinco e trinta minutos de distância (percorridas na maior parte a

pé) das Unidades de Saúde onde aconteciam as palestras semanais e do ponto de encontro para as atividades físicas.

Ainda sobre o deslocamento, a exceção ficou para as oficinas educativas na Cozinha Experimental, à qual chegavam transportados por ônibus cedido pela Prefeitura.

Foi verificado que o gosto por participar dos Grupos de Caminhada levou grande parte dos entrevistados a ingressar no Grupo de duas Unidades de Saúde localizadas no mesmo distrito.

O diálogo do setor Saúde com outros setores responde aos princípios da Promoção da Saúde (Brasil, 2006) e para o Caja+Saúde a construção intersetorial ocorreu através de parceria com as Diretorias de Esportes, Evento e Lazer e do Desenvolvimento Social.

O tempo médio de participação foi de três anos e sete meses o que demonstrou regularidade. É interessante ressaltar que, apesar de o Projeto – no modelo atual – ter sido implementado em 2010, a maior parte dos entrevistados informou que participava das atividades físicas e oficinas educativas quando ainda eram pequenos projetos, independentes, que depois passaram a fazer parte do projeto maior denominado Caja+Saúde.

Perto do quarto ano de funcionamento o Projeto mostrou ter sustentabilidade, fundamento da Promoção da Saúde (Brasil, 2006), ao ter seus temas incluídos nos instrumentos de gestão municipal (planos orçamentários e financeiros) garantindo assim sustentação financeira e continuidade.

### **Categoria de motivos: identificação dos motivos para adesão às atividades do Projeto Caja+Saúde**

Ações de promoção da saúde têm como objetivo proporcionar que as pessoas possam viver mais e com qualidade.

Porém, em uma cultura que prioriza o tratamento em detrimento da prevenção de doenças e da promoção da saúde, mostra-se de grande importância conhecer os motivos que levam à adesão estas ações.

1. *Subcategoria – Adesão por indicação/orientação de profissional de saúde (médico, psicólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta)*

Porque grande parte das ações de promoção da saúde é oriunda do setor saúde, vinculadas à assistência regular, não é incomum que a maioria das adesões ocorra por indicação/orientação de profissional de saúde como apontaram os entrevistados:

Tá a [. . .] que é a psicóloga lá de baixo [Unidade de Saúde] falou pra mim. Ela que é a psicóloga da gente lá falou que era pra eu fazer. (A)

Tomei, tomei conhecimento foi lá no posto. A gente ia lá pra fazer, medir pressão, aí a enfermeira convidou a gente pra ir pra caminhada pra participar. Participei porque falaram que era bom né, pra gente [. . .]. Participar, fazer atividade pra não entrevar os nervos, né. (B)

[. . .] eu marcava consulta e passava no médico, aí ele marcou no grupo pra medir pressão [grupo de caminhada], foi indicação médica. (C)

[. . .] isso aí foi há uns seis anos atrás quando eu comecei a fazer fisioterapia [. . .] aí ele [o fisioterapeuta] ficava me aconselhando [. . .]. Até que um dia eu me desprendi, ficou sem fisioterapeuta aqui, que que eu fiz? Entrei no grupo [grupo de caminhada]. (D)

[. . .] aí eu vim fazer a primeira consulta aqui, aí me informaram. A enfermeira [. . .] disse: tem um grupo

de caminhada aqui, se quiser me dê o número de telefone que tá de férias, mas na hora que começar eu lhe aviso. Aí dei o número da casa da minha filha. Ela avisou que ia começar e eu vim e tô até hoje assim [. . .]. (I)

Observa-se nos depoimentos que integrantes de várias categorias profissionais realizaram orientação/aconselhamento relacionados à atividade física, porém o destaque ficou com o profissional de enfermagem.

Esses resultados diferem do estudo de Santos et al. (2012) no qual o aconselhamento foi realizado predominantemente por médicos (93,9%), com conteúdo voltado à alimentação saudável associada à prática da atividade física (48,9%).

## *2. Subcategoria – Adesão por influência de amigos que já participavam das atividades*

É comum, também, que sejam atraídos para participar das atividades por influência de amigos ou conhecidos já aderidos às ações e que perceberam benefícios relacionados a elas:

Eu tomei conhecimento deste projeto pela cabeça dos outros. Me deram aqueles conselhos, aí disseram que era para fazer isto, aí eu peguei, botei na cabeça, e mais os colega que me falaram também. (A)

Então eu comecei há seis anos atrás no outro embaixo [outra Unidade de Saúde], né. Ai depois, aí eu vim pra qui através de. . . ah. . . esqueci o nome dela, uma amiga me chamou, aí eu vim pra cá. Lá foi outra amiga também que convidou, né, que ela fazia, né, caminhada, aí chamou seis anos atrás. (G)

É que vinha fazer consulta aqui, então as pessoas que fazia caminhada, fazia ginástica me informou tudo direitinho. Faz mais de quatro anos já. (E)

Embora positiva, a adesão às atividades por incentivo de alguma pessoa de seu relacionamento foi referida pela minoria dos entrevistados. Resultado semelhante foi observado por Conceição et al. (2011) que analisou os motivos de ingresso e permanência em um programa de atividade física para idosos no estado de Santa Catarina onde a indicação geral por amigos, vizinhos e, ou família ficou entre os motivos menos citados (8,9%).

### **Categoria de mudanças: identificação das mudanças que ocorreram na vida dos usuários do Projeto Caja+Saúde após participação continuada por, no mínimo, um ano**

Bons hábitos alimentares combinados com atividade física regular são fundamentais para melhorar as condições de saúde da população, e os integrantes da pesquisa conseguiram perceber mudanças neste e em outros aspectos de suas vidas.

Todos relataram que a participação no Caja+Saúde proporcionou mudanças positivas em suas vidas, tanto físicas como psicológica e social, sendo o que motivava a permanência no Projeto.

Ações com ênfase na alimentação e em atividades físicas estão entre as sete áreas temáticas priorizadas pela PNPS.

Apesar de vinculadas ao comportamento pessoal, tanto a alimentação como a atividade física dependem de fatores culturais, econômicos e sociais. É do âmbito da Pro-

moção da Saúde pensar não só nos estilos de vida, mas na determinação social da saúde (Brasil, 2006).

### *1. Subcategoria – Melhora na saúde física*

O bem-estar físico foi a mudança mais referida pelos entrevistados. A disposição gerada pelas atividades físicas, a diminuição das dores corporais, ter aprendido quais alimentos se deve comer, a perda de peso e a melhora no sono refletiram positivamente no desempenho nas atividades diárias:

Menina, mudou muita coisa. Mudou que eu pra mim fiquei mais novo. Fiquei mais novo na saúde. [. . .]. Minha saúde era, não era tão boa [. . .] Agora já tô melhor. [. . .]. Tinha um problema assim de pressão, né. Agora ela tá bem boa. (A)

A gente tem a pressão alta, a gente vai fazer caminhada, quando volta ela já tá normal, abaixou, é bom também né? [. . .]. E a gente tá fazendo as atividades porque é bom né, é bom pra gente. Fortaleceu os nervos, né. Melhorou, né. [. . .]. Eu faço esforço de caminhar porque melhora a pressão, né, melhora os nervos da perna, né. (B)

A participação aqui interferiu sim. Interferiu para o bem, entendeu? Mudou que, que nem no caso, com os exercícios, [. . .] eu me sinto melhor [. . .]. No dia que eu faço exercício eu me sinto melhor. [. . .]. Eu tenho uns problemas de tendinite [. . .]. Tá me dando uma boa qualidade de vida porque eu estou exercendo estes exercícios sabe? (D)

Depois que comecei fazer caminhada, né, me sinto bem, né. O corpo ficou mais manero, não sinto tantas dores. Ficou mais leve o corpo, né. Não sinto tanta

dor, durmo melhor. O gesto da gente aprender mais coisas, né, com elas [nutricionistas], aprender o jeito de a gente se alimentar melhor, né. [. . .] meu colesterol tava muito alto, só baixou com a caminhada. [. . .]. Eu tava com as banhas muito esquisito. O peso tava enorme. Perdi peso. Depois que peguei aqui foi que eu perdi peso. (G)

[. . .] Melhorou também porque a gente sempre tá andando, fazendo caminhada e fica mais disposto. (H)

Eu melhorei muito. Minha pressão, minha pressão lá no X [estado natal] eu não saía do hospital com minha pressão alta. E aqui, depois que cheguei aqui, eu, minha pressão muito pouca vez eu fui no Pronto-Socorro com pressão alta. Nunca precisou de eu, eu viver lá como lá no X [estado de origem], toda semana eu tava no hospital, pressão alta. E aqui não. (I)

Essa melhora na saúde física também foi constatada por Castellano et al. (2012), ao estudarem uma população com dezesseis idosas participantes, regularmente, há mais de seis meses, da modalidade de ginástica funcional, do programa Quero Mais Saúde, no segmento do Gerenciamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em uma cooperativa médica de Uberaba, Minas Gerais, onde todas relataram melhoras no condicionamento físico e na saúde geral.

## *2. Subcategoria – Melhora na saúde mental*

Diminuição dos sintomas depressivos bem como das perturbações na cabeça, definidas como “pensamentos ruins”, foram importantes mudanças apontadas pelos entrevistados:

Ah, mudou muita coisa [. . .]; quando eu cheguei aqui em 2006 eu tinha depressão, [. . .] tinha um pranto de choro, que eu chorava à toa, qualquer coisa tava chorando. [. . .] Aí tive conversando com ela [a psicóloga] muito, aí entrei no grupo de caminhada, acabou. Conversando com as amigas, tinha as amigas, a gente conversava no grupo de caminhada e aqui tam-bém [nas palestras]. E aí, eu cabou este negócio meu. (I)

Mudou porque se não tivesse neste ramo que eu peguei aí de vocês, era capaz de ter até morrido. Ficava perturbado, né. Aquilo [pensamentos ruins] fica perturbando a pessoa. Isso aí mudou muito porque eu participo disto daí [Projeto Caja+Saúde]. Pra mim eu fiquei novo de cabeça. [. . .] E eu participando disto daí, me esqueço. Pra mim fiquei novo. Só pensava coisa ruim. [. . .] É. Eu pensava de ir embora porque não tinha ninguém por mim. Aí, aí foi que eu peguei esta camaradagem do povo, né. [. . .] Fiquei bom. (A) Tem hora que eu me sentia [. . .] depressiva assim, mas agora eu fico contente porque como que fala? Eu tô viva, né? Participando aí mais o pessoal. (D)

O processo de envelhecer é comumente seguido por perdas (morte de cônjuges, de outros entes queridos, de amigos; aposentadoria; diminuição da capacidade física; isolamento social) e tais eventos podem contribuir para afetar a saúde mental.

Na pesquisa de Rizzolli & Surdi (2010), melhoria da qualidade de vida, no que diz respeito à saúde mental, também estava entre os motivos apontados pelos idosos que frequentavam Grupos de Convivência que ofereciam várias atividades entre elas palestras e exercício físicos.

### 3. *Subcategoria – Mudanças relacionadas à socialização*

O fato de conhecer novas pessoas, aumentar o contato social, construir amizades, ter um local para distração e interação social, ter um compromisso marcado para sair de casa e da rotina de afazeres domésticos, foi, depois da saúde, a mudança mais significativa referida pelos entrevistados:

[. . .] Conheci, peguei bom conhecimento que eu não tinha do povo que participava comigo. Eu não conhecia ninguém, né. Aí eu peguei este conhecimento tudo. Pra mim foi grande isto aí. Maior da vida. (A)

Acho que mudou bastante. Pelo jeito da gente ir nas palestras, tem que ir porque tá marcado. [. . .]. Porque quando a gente não ia [nas palestras] ficava mais em casa, né. Agora tem as reuniões, você mais anda do que fica em casa. É bom, distrai a gente, né? É bom que distrai. [. . .] Conversa assim com gente estranha que a gente às vezes nunca viu, vai mudando, né? Só, em casa só cuidando do serviço da casa, não dá. Agora a gente conversa com bastante gente. [. . .]. Distraí um pouco, né? Melhor do que ficar em casa. (C)

Eu adoro participar. Por quê? Porque eu me sinto mais feliz. [. . .]. Mais é que agora a gente tem, supor assim, né, tá meio triste, a gente sai, encontra com nossos colegas, então já é uma base da gente se encontrar, e já se alegrar. Aí em casa não. [. . .] Gosto de tá no meio do pessoal, né. Todos. E eu gosto de fazer amizades assim, né. [. . .]. Me sinto bem em participar, dar opinião, levar uns puxões de orelha de vez em quando. (D)

[. . .] aí entrei no grupo de caminhada, acabou [depressão]. Conversando com as amigas, tinha as amigas. A gente conversava no grupo de caminhada e aqui também [nas palestras]. E aí acabou este negócio meu. (I)

A análise dos relatos revelou a importância da integração social/socialização proporcionada pela frequência às atividades do Caja+Saúde. O Projeto, além dos estímulos e orientações adequados para promoção de hábitos saudáveis e mudanças de estilo de vida, exerce um papel de relevância social uma vez que os locais e os momentos das atividades também funcionam como espaços de convívio social. Conviver com pessoas que estão experienciando a mesma fase de vida proporciona uma identificação que pode gerar, além de novas amizades, sensação de bem-estar e de acolhimento tão importantes neste momento de vida.

Esses resultados vão ao encontro dos verificados em estudos anteriores. Na pesquisa de Rizzolli & Surdi (2010), “ter um espaço no qual possa realizar diferentes atividades e, ao mesmo tempo, conversar e sorrir e estar com outras pessoas”, foi relatado pelos idosos como sendo um ponto positivo.

Para Conceição et al. (2011), “a convivência e o relacionamento social” tiveram destaque como fatores para continuidade no projeto de atividades físicas do programa de extensão do Grupo de Estudo da Terceira Idade, da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Já na investigação de Castellano et al. (2012), “um dos pontos importantes para idosos é a convivência com pessoas da mesma geração, propiciando vínculos de amizade”.

As mudanças desta categoria não foram mencionadas apenas pelos idosos, mas também por quem tinha idade inferior a sessenta anos, fato que pode estar menos associado à questão do envelhecimento e mais por serem inativos profissionalmente, sem oportunidade de interação com outras pessoas que não sejam da família.

#### *4. Subcategoria – Mudanças relacionadas aos hábitos alimentares*

Ter uma alimentação saudável auxilia na prevenção e recuperação de doenças e porque, realizada de forma inadequada, a alimentação pode promover doenças, é essencial estar atento aos hábitos alimentares para obter mais qualidade de vida.

As oficinas na Cozinha Experimental, bem como as palestras educativas, buscam estimular mudanças de comportamento em relação à alimentação e os participantes da pesquisa mostraram que estavam assimilando as orientações:

O gesto da gente aprender mais coisas, né, com elas [nutricionistas], aprender o jeito de a gente se alimentar melhor, né. [. . .] meu colesterol tava muito alto [. . .]. Eu tava com as banhas muito esquisito. O peso tava enorme. Perdi peso. Depois que peguei aqui foi que eu perdi peso. (G)

Eu comecei entender mais alguma coisa, explicação que eles [nutricionistas] faz, explicação de alimento, essas coisa. O que pode fazer, e mais coisa que a gente toma atitude e coisa assim. [. . .]. Ocê tem que saber comer, alimentar de acordo, mastigar bem e não enguli o monte inteiro, não comer muito e sempre fazer digestão. [. . .]. Um passar pra o outro. Ela [nutri-

cionista] passa pra nós o alimento que não deve fazer, e o que nós têm que fazer. Aguardar pra quando chegar na sua casa cê fazer aquilo que o cê pegou aqui, então é isto que nós têm que guardar. (H)

Ah, é bom demais porque a gente come muita coisa que não deve, às vezes é porque não tem uma orientação, e elas [nutricionistas] orienta tudo, leva a gente pra Cozinha lá do Polvilho. Aqui eles [equipe de profissionais], eles faz muito bom com a gente. Eu não falto. (I)

Rizzolli & Surdi (2010) também observaram mudanças nos hábitos alimentares de idosos mediante o aprendizado sobre alimentação proporcionado por palestras educativas em Grupos de Convivência.

Analisar os motivos de manutenção (aderência) às atividades do Caja+Saúde não era objetivo deste estudo, mas os dados revelaram que as mudanças/melhoras percebidas com a participação nas atividades tornaram-se fatores fundamentais para continuação no Projeto.

Resultado semelhante foi obtido por Castellano et al. (2012) cujo estudo apontou “que os benefícios advindos da prática com bem-estar nas várias dimensões, favorecem a permanência”.

Ainda sobre a aderência, é importante ressaltar que o relacionamento e o vínculo estabelecidos com os profissionais das Unidades de Saúde, dos quais recebem a atenção individual necessária na fase de vida em que se encontram (Minas Gerais, 2006), também contribuíram para manutenção da frequência as atividades do Projeto:

[. . .] temos o médico também [. . .] que sempre que a gente precisa ele está né, sempre presente na vida da

gente, tá cuidando da gente. [. . .]. Tamos agora com a enfermeira [. . .] participando aí. Não é só ela, todas, são todos legais. (D)

[. . .] Ah, eu já acostumei minha filha, não fico sem, já acostumei. Ah, as pessoas são muito boa e ajuda muito a gente sabe. [. . .]. Tem as professoras boa aqui. (E)

[. . .] e aqui também por causa do atendimento das pessoas que são muito gentil com a gente, muito prestativa. [. . .]. Nunca fui maltratada por ninguém aqui, nunca mostraram cara assim ruim pra mim, todo, tudo que eu pergunto me respondem com atenção [. . .]. Tudo pra mim aqui é ótimo. (I)

Além de aproximação com os profissionais, o atendimento acolhedor proporciona vinculação com a Unidade de Saúde favorecendo a aderência às atividades.

No momento desta pesquisa, informações referentes a avaliações anteriores não estavam disponíveis por causa da ocorrência de problemas internos com arquivamento de dados.

Este estudo conta com uma importante limitação que foi o uso de amostragem por conveniência em razão das restrições de tempo e recursos humanos.

A realização desta pesquisa, durante o Curso de Formação para Avaliação em Promoção da Saúde, motivou a aproximação da autora com o município, além de acrescentar conhecimento sobre os temas a fim de melhorar o desempenho na Interlocação Regional para Violências e Promoção da Saúde ampliando, assim, a participação nos projetos municipais.

## Considerações finais

Os resultados apontaram dois motivos para adesão às atividades do Caja+Saúde e o principal deles foi a recomendação/orientação de profissional de saúde, de diversas categorias. A influência de amigos ou conhecidos que já participavam das atividades foi o segundo motivo citado para iniciar nas atividades do Projeto.

A melhora no estado da saúde física foi a mudança mais importante reconhecida pelos entrevistados após frequência regular por no mínimo um ano nas atividades. A promoção da saúde mental, a integração/ampliação do contato social e novos hábitos alimentares apareceram igualmente como mudanças significativas em suas vidas.

Foi possível verificar, também, que os benefícios advindos com a manutenção nas atividades foram fatores essenciais e determinantes para continuarem participando. Agregado a esses fatores ficou a avaliação positiva sobre os profissionais cujo acolhimento aos entrevistados apareceu como facilitador para aderência ao Projeto.

A maioria dos pesquisados referiu doenças crônicas não transmissíveis tendo sido essa a causa para receberem indicação/orientação de profissional de saúde para participarem do Caja+Saúde.

Pode-se concluir que o Caja+Saúde vem sendo uma experiência positiva para os usuários entrevistados e, nesse sentido, de acordo com o que foi relatado, o objetivo de promover saúde e qualidade de vida está sendo atendido.

## Referências

- Brasil. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.
- . Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29-6-2011. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>; acesso em 19-9-2013.
  - . Lei n.º 8.080, 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 União*, Brasília, 20-9-1990. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>; acesso em 19-9-2013.
  - . Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3-10-2003. Disponível em <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=237486>>; acesso em 19-9-2013.
  - . Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 29-3-2006. Seção 1, p. 71.
  - . Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em <[www.saude.org.br](http://www.saude.org.br)>; acesso em 19-9-2013.
  - . Portaria n.º 3.060, de 9 de dezembro de 2009. Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal para incentivo à implantação, à implementação e ao fortalecimento e/ou continuidade das ações específicas da Política Nacional

- de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família no ano de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10-12-2009. Seção 1, p. 77.
- . Portaria n.º 4.074, de 17 de dezembro de 2010. Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estadual, Municipal e do Distrito Federal, a ser alocado no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), para o desenvolvimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21-12-2010. Seção 1, p. 74.
  - . Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 31-12-2010. Seção 1, p. 89.
  - . Portaria n.º 3.164, de 27 de dezembro de 2011. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao incentivo para construção dos Polos da Academia da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29-12-2011. Seção 1, p.40.
- Cassiolato, M. & Guerresi, S. *Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação*. Brasília: Ipea, 2010 (Série: nota técnica, 6).
- Castellano, S. M.; Paulo, T. R. S.; Souza, A. G. D.; Santiago, L. B. & Simões, R. *Ginástica funcional no programa quero mais saúde: motivos de adesão e permanência dos clientes atendidos numa cooperativa médica de Uberaba/MG*. Coleção Pesquisa em Educação Física, São Paulo, vol. 11, n.º 5, pp. 55-62, 2012. Disponível em <<http://www.fontouraeditora.com.br/periódico/vol-11/vol11n5-2012/vol11n5-2012-pag-55a62/vol11n5-2012-pag-55a62.html>>; acesso em 3-10-2013.
- Coelho, H. D. S. (Resp.). *Projeto Caja+Saúde: a inserção da prática da atividade física e alimentação saudável na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos adultos e idosos residentes no município de Cajamar-SP*. Cajamar, 2009.

- Conceição, J. C. R.; Krug, R. R.; Gonçalves, E. & Mazo, G. Z. Motivos de adesão e permanência em um programa de atividade física para idosos. *Revista Digital*, Buenos Aires, n.º 159, ago. 2011. Disponível em <<http://www.efdeportes.com>>; acesso em 2-10-2013.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade). *O estado dos municípios 2008-2010: Região Metropolitana de São Paulo. Índice Paulista de Responsabilidade Social Versão 2012*, São Paulo, pp. 38-39, 2013. Disponível em <<http://www.ipsipivs.seade.gov.br>>; acesso em 26-8-2013.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>; acesso em 26-8-2013.
- Malta, D. C.; Castro, A. M.; Cruz, D. K. A. & Gosh, C. S. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Santa Catarina, vol. 13, n.º 1, pp. 24-27, 2008. Disponível em <[http://sbsfs.org.br/revista/artigos.php?id\\_revista=5](http://sbsfs.org.br/revista/artigos.php?id_revista=5)>; acesso em 3-10-2013.
- Minas Gerais (estado). Secretaria da Saúde. *Atenção à saúde do idoso*. Belo Horizonte, 2006.
- Observatório de Promoção da Saúde. Disponível em <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve\\_observatorio.html](http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_observatorio.html)>; acesso em 26-6-2013.
- Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Disponível em <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/paginas/Default>>; acesso em 23-8-2013.
- Prefeitura de Cajamar (São Paulo). Disponível em <<http://www.cajamar.sp.gov.br/v2/>>; acesso em 24-5-2013.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). *Atlas Brasil 2013*. Disponível em <[www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)>; acesso em 22-11-2013.
- Rizzoli, D. & Surdi, A.C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, vol. 13, n.º 2, pp. 225-34, 2010. Disponível em <<http://revistaunati.uerj.br/pdf/rbag/v13n2/v13n2a07.pdf>>; acesso em 2-10-2013.
- Santos, R. P.; Horta, P. M.; Souza, C. S.; Santos, C. A.; Oliveira, H. B. S.; Almeida, L. M. R. & Santos, L. C. Aconselhamento

- sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Rio Grande do Sul, vol. 33, n.º 4, pp. 14-21, dez 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000400002&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400002&Ing=pt&nrm=iso)>; acesso em 3-10-2013.
- Secretaria de Saúde (São Paulo). Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/>>; acesso em 26-8-2013.
- Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM). Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>; acesso em 23-9-2013.
- World Health Organization(WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. Disponível em <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>>; acesso em 23-8-2013.
- .10 facts on noncommunicable diseases. Disponível em <[http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/index.html)>; acesso em 2-10-2013.

Douglas Roque Andrade  
(elaboração)

## Capítulo 15 RESENHAS

---

**Efeitos da prática de atividade física nos usuários do  
projeto “Agita Monções” ante a autoestima,  
autocuidado e reintegração social**

---

EDVÂNIA LOURDES DO CARMO  
MARIA APARECIDA PAVARINO TEIXEIRA  
SANDRA MARIA DA SILVA  
SANDRA REGINA LOURENÇO GOMES  
SONIA MARIA OLHAS GOUVÊA  
WALKIRIA HELENA ALVES

O PROJETO “AGITA MONÇÕES” que enfatiza uma melhora na qualidade de vida e longevidade da população idosa foi escolhido para ser avaliado neste trabalho de conclusão do I Curso de Formação para Avaliação em Promoção da Saúde por se tratar de um projeto cujo início se deu pelo financiamento, pela Portaria 184/2010 do Ministério da Saúde e foi premiado no IV Fórum de Promoção da Saúde de São Paulo.

O município de Monções, onde foi avaliado o projeto, está localizado no interior do estado de São Paulo, distante 543 quilômetros da capital, pertence ao Departamento

Regional de Saúde – DRS XV de São José do Rio Preto, ao Colegiado de Gestão Regional de Votuporanga e à Rede Regionalizada de Atenção a Saúde (RRAS-12), conta com população de 2.132 habitantes, segundo o IBGE de 2010. O município tem área de 104,2 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 19,21.

O objetivo deste trabalho foi verificar as alterações na qualidade de vida percebidas pelos usuários e profissionais de saúde do projeto de promoção de atividade física “Agita Monções”. É um estudo exploratório de natureza qualitativa.

A amostra dos usuários que estavam presentes no dia da visita à Academia de Saúde de Monções foi aleatória. O roteiro de entrevista foi elaborado com base nos objetivos do estudo, com uma única questão aberta: Você percebeu alguma mudança na sua vida participando do grupo de atividades físicas? Quais? E algumas questões que permitissem caracterizar o perfil dos participantes.

A reunião do grupo focal foi realizada na Unidade de Saúde da Família. Foram oito profissionais que participaram do grupo focal: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico e três agentes comunitários de saúde. O encontro foi dividido em três etapas sendo a primeira delas a abertura na qual foram dadas as boas-vindas aos participantes, explicada a finalidade da reunião, explicitada a importância da participação de todos os membros e realizada a apresentação dos participantes. A segunda etapa foi desenvolvida com a aplicação do roteiro de discussão em relação à pergunta norteadora: na percepção de vocês, quais são os benefícios percebidos para os usuários do projeto Agita Monções? Na terceira etapa realizou-se o fechamento da técnica com uma síntese do que foi abordado durante a reunião, solicitando aos

membros participantes que fizessem observações sobre o tema. O encontro foi gravado e posteriormente transcrito.

Assim, tanto em relação à entrevista com os usuários como com o grupo focal foi feita uma seleção de expressões-chave que foram ao encontro dos estabelecidos (autoestima; autocuidado e reintegração social), em seguida foram agrupadas e quantificadas pelo número de vezes que cada expressão aparecia. As ideias centrais que emergiram a partir da leitura das entrevistas foram relacionadas com mudanças no: estilo de vida, hábitos alimentares, saúde, autoestima e nas relações sociais e interpessoais.

Concluiu-se que o projeto teve ótima aceitação pelos usuários que incorporaram as atividades físicas na sua vida cotidiana com significativa assiduidade, trazendo vários benefícios relacionados a mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares, nas condições de saúde, na autoestima, no autocuidado e nas relações sociais e interpessoais, as quais foram percebidas pelos usuários e pelos profissionais da equipe de saúde.

Diante desses resultados, fica evidente a necessidade que o DRS e o GVE têm papel fundamental no processo de incentivar os gestores e equipes de saúde dos municípios da região no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e sua avaliação, não apenas objetivando diminuir os riscos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, mas aumentando as chances de melhoria da qualidade de vida da população.

---

**Avaliação do Projeto de Promoção de Saúde de  
Cosmópolis Modalidade prática corporal – atividade  
física “Exercita Cosmópolis”**

---

CLAUDIA VEGA  
MÁRCIA PACOLA  
SILVIA SIMÕES TEIXEIRA NICOLAU

A Política de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde de Cosmópolis constitui uma estratégia fundamental para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. O desejo político somado ao anseio da população para um modelo de atenção voltado para a Promoção de Saúde, manifestado pela IX Conferência Municipal de Saúde 2009, a Secretaria de Saúde de Cosmópolis propôs, em parceria com as Secretarias de Governo e Comunicação, Educação, Promoção Social e os Departamentos de Cultura e Esportes, a Consolidação da Política de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde mediante Ações, Projetos e Programas envolvendo ações estratégicas inter-setoriais. As ações desta Política estão contempladas no Plano Municipal de Saúde quadriênio 2009-2012 e no Plano Plurianual – PPA 2010-2013 e foram norteadas pelas principais diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (MS), pelo que foi pactuado no termo de compromisso de gestão e no Sispacto, pelas necessidades identificadas por vários atores da comunidade e pelos principais problemas apontados pela análise diagnóstica e perfil epidemiológico do município.

A análise do perfil epidemiológico de Cosmópolis, somada à prioridade do desenvolvimento da Prática de Atividade Física pela Política Nacional de Promoção da

Saúde, justificaram as ações da Diretriz “Incentivar a Atividade Física no Município” da Política de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde de Cosmópolis. Dentro deste contexto o Projeto “Exercita Cosmópolis” se insere e foi o foco deste projeto de avaliação.

O Projeto Exercita Cosmópolis é destinado à população do município em geral, escolares da rede municipal e estadual, grupos de usuários da saúde com agravos específicos e profissionais da saúde, sendo cada ação do projeto voltada para um público-alvo e território específicos (escolas, espaços públicos, unidades de saúde e praças públicas).

É um projeto que visa à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, iniciado em 2006, com a realização de caminhadas com os pacientes do Caps e atividades físicas chinesas em dois outros locais. A partir de 2009, mediante projeto apresentado e financiado pelo Ministério da Saúde, o projeto foi implementado, sendo desenvolvido atualmente em todas as unidades do município. É coordenado pelo Núcleo de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde Comunitária com o apoio das Secretarias de Esportes, Cultura, Governo e Comunicação, Promoção Social e Segurança Pública e Trânsito demonstrando ser uma ação intersetorial. Aborda os temas atividade física/prática corporal e alimentação saudável.

As atividades desenvolvidas pelo projeto eram: Caminhada; Lian Gong, Xiang Gong; Tai Chi Chuan; Tai Chi Chi Gong; Exercícios para Saúde; Avaliação Física; Ginástica Localizada, atingindo atualmente cerca de quinhentas pessoas que participam delas rotineiramente. Além dessas, por meio do Projeto Boquinha, que trabalha com os alunos das escolas de ensino infantil e ensino fundamental I e II os temas alimentação saudável e atividade física.

O Grupo do DRS 7 – Campinas, a partir da apreensão do contexto em que o projeto foi constituído, realizou duas reuniões com os responsáveis no município para discutir o processo avaliativo. Destaca-se que os usuários foram envolvidos no processo avaliativo desde o início das atividades. Ficou definida a aplicação de questionários aos trabalhadores de quatro Unidades de Saúde. Além dos trabalhadores, usuários participantes e não participantes de cada uma dessas unidades também responderam ao questionário. As questões para a entrevista estavam alinhadas a duas questões avaliativas: sobre a adesão ou não dos trabalhadores da área da saúde ao projeto e as mudanças percebidas pelos usuários. A aplicação dos questionários foi feita pelos responsáveis do projeto e a tabulação e análise dos resultados foi feita pelo grupo do DRS7 – Campinas. No total foram aplicados 72 questionários, 31 para trabalhadores e 41 para usuários.

A aplicação de instrumentos de avaliação pelos responsáveis de um projeto deve ser sempre discutida, pois pode influenciar o padrão de resposta pelos avaliados. Quanto mais a avaliação for parte integrante do processo de construção de uma ação, projeto, programa ou política, somado à participação dos envolvidos (responsáveis, profissionais e usuários) menor é a probabilidade de ela ser lida como uma punição.

Após a aplicação dos questionários e no início da análise a equipe do DRS 7 percebeu que alguns questionários não tinham a identificação da UBS a que pertenciam. O grupo conseguiu realizar a tabulação do questionário, porém não conseguiram finalizar a análise e discussão dos dados coletados. É bastante comum que nesse momento do processo avaliativo os envolvidos tenham receio e maior dificuldade em proceder a análise dos dados em função da

pouca proximidade com análises quantitativas ou qualitativas. Considerando as análises preliminares que o grupo conseguiu atingir até o fim do curso, abaixo são apresentados alguns resultados.

Os trabalhadores tinham clareza sobre os objetivos do projeto avaliado e que o início se deu através de um grupo de caminhada ou da divulgação pela Secretaria da Saúde. A maioria não participava do projeto alegando falta de tempo ou falta de recursos humanos na unidade. Por outro lado, poucos citaram ter participado de curso de capacitação e disseram não encaminhar os pacientes por desconhecimento acerca do projeto. Apresentam, como itens das facilidades do projeto, grande número de demanda de hipertensos e diabéticos e a localização da unidade. Como dificuldades foram citadas a falta de espaço físico adequado, falta de funcionário específico e engajado nas atividades, e a maioria não conseguiu indicar as dificuldades vividas no projeto, fato que poderia indicar que ele é visto como um projeto de tratamento mais do que de promoção. Sugerem como mudanças mais informações para os funcionários. Sobre os benefícios do projeto para a equipe citaram maior integração, melhora da saúde física e mental, prevenção de doenças e valorização. Para o território, maior vínculo e maior acesso e para os usuários o fortalecimento das relações, bem-estar físico e mental e saúde e lazer. De modo geral perceberam que essas atividades podem contribuir com a equipe apesar de relatarem dificuldades na participação.

Entre os usuários participantes do projeto, a maioria ficou sabendo por amigos ou parentes, citaram como pontos fortes do projeto o local, as atividades oferecidas, comunicação e socialização; como sugestões de melhorias citaram mais divulgação, aparelhos, mais profissionais, mais

atividades. Perceberam com melhoria na qualidade de vida a diminuição das dores e melhora na saúde física e mental. Entre os usuários que não participavam do projeto foram citados o desconhecimento, dificuldade com o horário das atividades e falta de convite.

Este trabalho apresentou como destaques o envolvimento dos interessados na avaliação (profissionais de saúde das UBS) desde o início no processo de avaliação e o interesse em ouvir tanto os usuários que participavam como os que não participavam do projeto. Ao rever o processo de avaliação e os resultados iniciais as equipes da Regional e do município poderiam rediscutir os instrumentos e o processo avaliativo para um novo ciclo de coleta de dados, sugerir algumas ações como melhor divulgação do projeto entre os trabalhadores da saúde, incluir o tema atividade física na educação continuada, assim como avaliar soluções para as barreiras apresentadas para a participação dos profissionais, e a maior adesão dos usuários em suas respectivas unidades básicas de saúde.

## POSFÁCIO

GOSTARIA DE INICIAR ESTAS CONSIDERAÇÕES recorrendo a Bachelard (1977, p. 122), para quem “um método científico é aquele que procura o perigo”. Faço isso pensando, sobretudo, em duas questões distintas e convergentes em relação à produção de conhecimentos, e com a modéstia que a situação certamente requer; refiro-me à produção dos conhecimentos que nos são hoje necessários.

A primeira delas diz respeito aos riscos decorrentes do apego a soluções previamente encontradas e acumuladas, que tendem a ganhar certa autonomia em relação à situação presente gerando, assim, toda ordem de atitudes indolentes que apenas reproduzem *ad æternum* nossas certezas e, também por isso, nossos lugares de distinção e poder.

Atribuo a Bachelard (Ibidem, p. 149) uma dose quiçá demasiada de complacência ao identificar apenas na segunda metade da vida dos cientistas a chegada de “um tempo em que o espírito prefere o que confirma seu saber àquilo que o contradiz; em que ele prefere respostas a questões”. Penso que somos desde pequenos inseridos nesse mundo “científico” de concentração no campo das respostas. Qual será a resposta certa, qual será a resposta verdadeira ou falsa, o que responde a essa pergunta e assim por diante.

Entretanto, tal advertência, reconhecimento, serve apenas a meu interesse em destacar uma exposição indistinta, de todos nós, a riscos, no caso os de uma atitude arrogante e, ou, preguiçosa. Esse autor não requer alguém que se levante em sua defesa e, pelo contrário, é a contundência dos exemplos que apresenta o que nos desafia o tempo todo.

Basta para tanto, segundo penso, voltarmos a seu exemplo sobre a máquina de costura. Diz ele que essa máquina “se racionalizou quando se abandonaram as tentativas de imitar o gesto da costureira, calcando a costura em novas bases” (Ibidem, p. 104). Seu argumento trata, como se pode perceber facilmente, não da busca por responder como uma máquina poderia reproduzir a arte do coser tradicional, mas de uma nova pergunta quanto a que processo poderia realizar esse coser.

Identifico, sinto-me representado e me comprometo com o esforço de reflexão realizado por Sacardo & Mendes (2014), nesta publicação, que segue essa trilha aberta e proposta de se perguntar de modo diferente sobre a avaliação. Creio que o conjunto de perguntas lançadas por essas autoras pudesse ser amalgamado e reduzido a uma única questão: qual é o significado de avaliarmos?

Sim, penso que essa seja uma nova forma de perguntar sobre a avaliação. Uma forma de enfrentar o perigo na construção de conhecimentos. Pretendo voltar a isso, mas, antes, preciso apresentar a segunda questão que corroborara a produção desse processo nesses termos.

Para isso, retomo a demanda lançada por Bachelard (1977, p. 25) aos cientistas: “Mostrem-nos, sobretudo, as ideias vagas, as contradições, as ideias fixas, as convicções sem prova [. . .] a fuga dos projetos, as intuições inconfessadas”. Apenas um expoente do “novo espírito científico” que começou a ganhar corpo em meados do século

XX poderia arriscar-se a essa tarefa de solapar o mundo de certezas que mantinham separados os sujeitos cientistas de seus objetos de investigação.

Ainda hoje, e por toda parte, encontramos um pouco de resistências a essa ideia de incluir a experiência do pesquisador quando deixa seu laboratório ou campo de pesquisa, ou de considerar essa experiência quando adentra seu campo e laboratório.

Mesmo para aqueles entre nós, que não percebem a objetividade científica como o obstáculo epistemológico que caberia a nós e ao nosso tempo suplantar, parece que ao final de um processo de investigação persiste a expectativa de podermos “falar” sobre nossos objetos sem falarmos a respeito de nós mesmos.

Nesse caso, já não se trataria de uma atitude indolente, mas do recurso, consciente ou não, a diversas estratégias de esquivações e ocultações, todas elas tendendo à produção de álibis poderosos o bastante para manter-nos desenraizados ou descomprometidos com nossas produções.

Não preciso de muito esforço nem tampouco muita coragem para reconhecer nas provocações de Bachelard (1977), que destaquei há pouco, nossas ideias vagas sobre como formar profissionais da saúde na avaliação e a ideia fixa de fazê-lo na perspectiva participativa para obter os melhores resultados, ainda que essa perspectiva pudesse estar atravessada por contradições, como as definições prévias do formato do curso ou do tempo para o seu desenvolvimento, por exemplo.

Da mesma forma, entretanto, reconheço como presente desde o início do processo de formação uma intuição de que, a bem da verdade, a qualificação desses resultados como “os melhores” só se daria em razão de sua aproximação tanto quanto possível da realidade tal como vivida

pelos participantes desse processo. Isto, como se pode facilmente perceber, equivale à tentativa de compreender a(s) realidade(s) mais do que à tentativa de explicá-la(s).

Assim, penso chegar ao ponto de convergência desses dois tipos de questões/riscos – de indolência e de ocultações – que levam o método científico a correr perigo. Tal ponto corresponderia à instalação de uma “razão abstrata” (Maffesoli, 1998), que é aquela que se autonomiza e se desenraiza em relação à experiência, ou ao propriamente vivido, no afã de tudo, e de uma vez por todas, explicar, isto é, de uma racionalidade que se perde em racionalismo, de uma produção de conhecimentos que se perde em cientificismo.

Ora, é disso que temos estado tentando nos afastar, e o digo pensando no grupo de pesquisadores que se envolveram nesse processo, ainda que apenas a mim caiba a responsabilidade por essa interpretação e pelas reduções que ela pode conter. Buscamos o perigo, como de resto parece ser a lógica da pesquisa, mas também da avaliação e da intervenção. E enfrentamos os riscos mediante o emprego de uma “razão sensível” (Maffesoli, 1998), voltada para a experiência e sua descrição e na qual ocupam um lugar de prestígio a interpretação e a intuição.

O que poderia condizer a isso nada mais é do que uma explicitação de como saímos ao final desse processo, o que aprendemos ao longo dele e como nos vemos nele e por ele implicados. Penso que é isso, também, o que os textos precedentes deixam como legado.

De minha parte, pretendo fazer o mesmo, mas é preciso contextualizar o lugar a partir do qual vislumbro as condições que tornam possível fazê-lo. Em tal lugar vejo-me mobilizado e implicado pelo desafio de refletir sobre a promoção da saúde, suas potencialidades e suas fragilida-

des. Vejo-me na condição de (co)proponente, (co)inventor e (co)coordenador desse processo de formação. Vejo-me, em contato apenas indireto, com as experiências dos casos de avaliação tanto quanto das experiências de tutoria a esses casos. Vejo-me, por fim, envolto pela empatia e simpatia em relação aos textos produzidos, que pude finalmente ler, sem ter vivido os desafios de coproduzi-los.

É também esse contexto ao que recorro para voltar ao tema do significado de avaliar a que me referi. É na ordem dessa questão da produção de um sentido para tal empreitada que uma atitude reflexiva sobre a própria experiência pode demonstrar seu vitalismo na produção de conhecimentos que se pretenda compartilhar. A despeito das idiossincrasias – das quais não temos, e que também não pretendemos, nos afastar – se constituírem como desafios quando estamos situados no campo da saúde coletiva, da saúde pública e da promoção da saúde, elas são, ao mesmo tempo, um elemento capaz de cumprir o papel de divisor de águas na definição dos modos de produzir saúde.

Ou bem acreditamos que a saúde é alcançada em razão do grau de aproximação ou de distanciamento de padrões que validamos a partir das evidências que perseguimos e construímos e, assim, nos empenhamos em considerar o esforço ou negligência dos sujeitos para alcançar tais padrões. Ou bem acreditamos que a saúde pode ser alcançada mediante a instituição de novas formas de vida (Canguilhem, 1995) e, assim, temos de considerar o desafio de lidar com as diferenças como possibilidades para nós, o que nos retira, de certa forma, da zona de conforto da (re)afirmação de nossos saberes e pressupostos como profissionais de saúde responsáveis.

Para o primeiro caso, quase não precisamos dos sujeitos – pois temos as evidências científicas – e as idiossincrasias

passam a ser uma questão a corrigir com o tempo e com as mais adequadas técnicas de comunicação e convencimento. Já no segundo caso, em que resta sempre uma dimensão subjetiva da saúde, as idiosincrasias ganham um estatuto de expressões da pluralidade humana que demandam uma atualização constante das relações de atenção e cuidado que se estabelecem.

Ora, essa é certamente uma questão complexa e difícil, mas penso que não se pode simplesmente “varrê-la para debaixo do tapete”. Ela nos implica. Ela nos compromete.

É bem verdade que não parece ser o caso de aqui aprofundar essa discussão. Entretanto, é importante reforçar sua pertinência e persistência. Ela estava já nas escolas médicas da Antiguidade de “Cnido” e “Cós” e se prolongou até o presente na convivência, em grande parte litigiosa, dos modelos etiológicos do processo saúde-doença de cunho ontológico ou de cunho relacional (Laplantine, 1991).

Vejo na cômoda situação de escrever como posfácio, que deve dizer aquilo que não foi dito antes, a possibilidade de localizar nessa questão os aprendizados a que cheguei com esse processo e que julgo pertinente comunicar. Idiosincrático, por certo.

Penso que estivemos o tempo todo tangenciando a questão da autonomia, mas talvez não tenhamos sido ousados o bastante para nominá-la.

Ela foi indicada no referencial teórico da promoção da saúde e da avaliação em promoção da saúde, pois a área, de certa forma, já se tem acostumado a mencioná-la. Ela apareceu subliminarmente na discussão de temas correlacionados como os processos decisórios em contextos de descentralização política e administrativa, da construção de subjetividades nos processos de trabalho e do empoderamento relativo aos processos da educação permanente.

Apesar de todas essas ocorrências, gostaria de destacar uma passagem na qual ela parece mais gritantemente falar, tendo permanecido, contudo, em silêncio. Refiro-me ao meticuloso, cuidadoso – e, agradavelmente relatado – processo de avaliação da atividade física realizado por Salomão (2014), nesta publicação, e de modo particular à passagem presente nesse texto que discute a forma como os usuários/participantes ingressam nos grupos de atividade física estudados.

Os resultados empíricos observados pela avaliadora reproduzem de modo equivalente os resultados obtidos em outros estudos já publicados que ela toma como referenciais para suas análises. Tais resultados indicam que a forma predominante de adesão aos projetos decorre de uma mobilização e convencimento levada a cabo por profissionais da saúde e em especial por profissionais da enfermagem.<sup>1</sup>

Chama a atenção que a indicação/convite/convencimento que mobiliza a adesão realizada por outros usuários que já participam dos grupos se estabilize em patamares percentuais bastante inferiores, a despeito da avaliação positiva amplamente majoritária que esses usuários realizam relativamente aos benefícios obtidos com sua participação nos grupos.

É uma pena não podermos saber se sujeitos que gostam de participar dos grupos de atividade física não recomendam – ou recomendam pouco – que seus amigos também o façam ou se os amigos dão menos atenção ao que esses sujeitos dizem do que dão aos profissionais de saúde.

Penso que minhas dúvidas sobre essas duas possibilidades dizem respeito a uma mesma coisa. Parece persistir

<sup>1</sup> Tomamos esses dados em consideração e não o dado mais genérico de “ficar sabendo por amigos e parentes” apresentados na experiência avaliada em Cosmópolis, com resenha nesta publicação.

a ideia que nem todos estariam “autorizados” a falar sobre a produção de saúde. Não importa o quão bem a atividade física faça às pessoas que participam dos grupos, talvez não caiba a elas recomendar essa forma de cuidado à saúde a seus pares. Da mesma forma que talvez seus pares não esperem que de pessoas como eles mesmos possam vir as mais adequadas recomendações de cuidados à saúde.

Estariamos diante de um hábito, quiçá um vício, de depositar nossas esperanças apenas naquilo que é a especialidade de cada um? Diante de uma realidade de impotência dos sujeitos na produção da própria saúde? Diante de uma situação de prepotência dos profissionais na decisão quanto à saúde dos usuários? Ou estamos todos esvaziados de potência, o que manteria em silêncio a questão da autonomia que subjaz a essa situação?

A questão da autonomia remete diretamente aos sujeitos saudáveis ou adoecidos, mais do que às doenças de que são acometidos ou experimentam, o que contribui de modo ímpar para uma distinção entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças, cuja discussão foi apresentada por Andrade et al. (2014), nesta publicação, tanto quanto para romper a inércia no uso de estratégias meramente prescritivas e moralizadoras para se atingir a “boa” saúde.

Talvez estejamos ocupados demais com as doenças e com os riscos de adoecer. Talvez não seja mera coincidência ter me deparado ainda hoje com um calouro da escola de Medicina na qual leciono e ter-lhe por fim solicitado sua autorização para fotografar a camiseta que vestia. Eu não podia me enganar ao transcrever o texto nela impresso que me desafiava. Em meio a logotipos de diversas instituições ligadas à saúde pude conferir os dizeres: “Trauma não é acidente. É uma doença e tem prevenção”.

De fato, tudo parece corroborar para a manutenção do foco na doença. Segue sendo um grande desafio passar da prevenção das doenças à promoção da saúde. E é certamente um desafio ainda maior fazê-lo no âmbito da vigilância à saúde e do controle de doenças, que sedia o campo das ações de promoção da saúde, acumulando, assim, responsabilidades tão distintas.

Antes que alguém se equivoque que reproduzo aqui aquilo que se propôs superar quando estabelecemos o referencial teórico para este processo de formação, isto é, “o senso comum segundo o qual a avaliação é associada ao controle e, frequentemente, destaca apenas os aspectos negativos de quem ou daquilo que está sendo avaliado” (Sacardo & Mendes, 2014), relembro que estou falando de meu aprendizado.

Acredito saber agora mais do que sabia antes sobre o que devo focar para dar uma chance à promoção da saúde mostrar o melhor dela mesma. Acredito, também, que podemos chegar muito longe, mesmo quando partimos e trilhamos caminhos clivados de contradições, como penso que fizemos. Assim, espero cumprir a função de dizer o que não foi dito antes: parabéns a todos que se envolveram diretamente na experiência relatada neste livro! Espero poder estar com vocês mais vezes.

## Referências

- Andrade, E. A.; André, L. M. & Westphal, M. F. Promoção da saúde: desenvolvimento e princípios. In: J. C. A. Fernandez & M. A. Moraes. *Monitoramento e avaliação de programas e projetos de prevenção de acidentes e violências na lógica da promoção da saúde no estado de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 2014, pp. 25-55.

- Bachelard, G. *Epistemologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.
- Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. 4.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- Laplantine, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Maffesoli, Michel. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- Sacardo, D. P. & Mendes, R. Avaliação em promoção da saúde: fundamentos para uma prática inclusiva. In: J. C. A. Fernandez & M. A. Moraes. *Monitoramento e avaliação de programas e projetos de prevenção de acidentes e violências na lógica da promoção da saúde no estado de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 2014, pp. 56-86.
- Salomão, N. S. Motivos de adesão e mudanças ocorridas na vida dos usuários do projeto Caja+Saúde em Cajamar – São Paulo. In: J. C. A. Fernandez & M. A. Moraes. *Monitoramento e avaliação de programas e projetos de prevenção de acidentes e violências na lógica da promoção da saúde no estado de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 2014, pp. 278-306.

TÍTULOS PUBLICADOS NA COLEÇÃO “SAÚDE EM DEBATE”  
ATÉ DEZEMBRO DE 2009

- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello  
*Ensaio Médico-Sociais*, Samuel Pessoa  
*Medicina e Política*, Giovanni Berlinguer  
*O Sistema de Saúde em Crise*, Carlos Gentile de Mello  
*Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*, José Carlos de Souza  
Braga & Sérgio Góes de Paula  
*Saúde nas Fábricas*, Giovanni Berlinguer  
*Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente*, Laura Conti  
*Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde*, Ivar Oddone  
et al  
*Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauru*,  
David Capistrano Filho (org.)  
*Os Médicos e a Política de Saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Desigualdade*, César G. Victora, Fernando C. de Barros  
& Patrick Vaughan  
*Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo*, Carlos Augusto Monteiro  
*Saúde do Trabalhador*, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano  
Filho  
*A Doença*, Giovanni Berlinguer  
*Reforma Sanitária: Itália e Brasil*, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury  
Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Educação Popular nos Serviços de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos  
*Processo de Produção e Saúde*, Asa Cristina Laurell & Mariano Noriega  
*Trabalho em Turnos e Noturno*, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth &  
Frida Marina Fischer  
*Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte:  
Uma Alternativa em Saúde Pública)*, Danilo Fernandes Costa, José Carlos  
do Carmo, Maria Maeno Settini & Ubiratan de Paula Santos  
*A Saúde das Cidades*, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida  
*Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social*, Cristina Possas  
*Saúde Não se Dá, Conquista-se*, Demócrito Moura  
*Planejamento sem Normas*, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias  
Merhy & Everardo Duarte Nunes  
*Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Bra-  
sil*, Cristina Possas  
*Tópicos de Saúde do Trabalhador*, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha  
Gomes & Sérgio Colacioppo  
*Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais*, Joan-Ramon Laporte  
et al.  
*Educação Médica e Capitalismo*, Lília Blima Schraiber  
*Saúde Loucura 1*, Antonio Lancetti et al.

*Desinstitucionalização*, Franco Rotelli et al.  
*Programação em Saúde Hoje*, Lilia Blima Schraiber (org.)  
*SaúdeLoucura 2*, Félix Guatarri, Gilles Deleuze et al.  
*Epidemiologia: Teoria e Objeto*, Dina Czeresnia Costa (org.)  
*Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera*, John Snow  
*Hospital, Dor e Morte Como Ofício*, Ana Pitta  
*A Multiplicação Dramática*, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky  
*Cinco Lições Sobre a Transferência*, Gregorio Baremlitt  
*A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Saúde Infantil*, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora  
*Juqueri, o Espinho Adormecido*, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel  
*O Marketing da Fertilidade*, Yvan Wolffers et al.  
*Lacantroças*, Gregorio Baremlitt  
*Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital?* Lea Beatriz Teixeira Soares  
*Minhas Pulgas*, Giovanni Berlinguer  
*Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços*, Nelsina Mello de Oliveira Dias  
*Epidemiologia — Economia, Política e Saúde*, Jaime Breilh  
*O Desafio do Conhecimento*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*SaúdeLoucura 3*, Herbert Daniel et al.  
*Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Maria do Carmo Leal et al.  
*Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde*, Emanuel de Kadt & Renato Tasca  
*A Saúde Pública Como Política*, Emerson Elias Merhy  
*Sistema Único de Saúde*, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos  
*Reforma da Reforma*, Gastão Wagner S. Campos  
*O Município e a Saúde*, Luiza S. Heimann et al.  
*Epidemiologia Para Municípios*, J. P. Vaughan  
*Distrito Sanitário*, Eugênio Vilaça Mendes  
*Psicologia e Saúde*, Florianita Braga Campos (org.)  
*Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde*, Giovanni Berlinguer  
*Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, Maria E. X. Kalil (org.)  
*Mario Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical*, Franca Ongaro Basaglia  
*Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico*, Neury J. Botega & Paulo Dalgalarrodo  
*O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade*, Lilia Blima Schraiber  
*O Limite da Exclusão Social. Meninos e Meninas de Rua no Brasil*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sus*, Neiry Primo Alessi et al.  
*Ruído: Riscos e Prevenção*, Ubiratan de Paula Santos (org.)

*Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*,  
Ilara Hammerty Sozzi de Moraes  
*Saúde Loucura 4*, Gregorio Baremlitt et al  
*Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*, Paulo Capel Narvai  
*Manual de Saúde Mental*, Benedetto Saraceno et al.  
*Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida*, Maria Inês  
Nogueira  
*Saber Preparar Uma Pesquisa*, André-Pierre Contandriopoulos et al.  
*Pensamento Estratégico e Lógica da Programação*, Mario Testa  
*Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*, Sueli G. Dallari  
*Inventando a Mudança na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et al.  
*Uma História da Saúde Pública*, George Rosen  
*Drogas e Aids*, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos  
*Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, Ricardo Bruno  
Mendes Gonçalves  
*Epidemiologia e Emancipação*, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres  
*Razão e Planejamento*, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gon-  
çalves & Emerson Elias Merhy  
*Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*, Maria Cecília de  
Souza Minayo (org.)  
*Da Saúde e das Cidades*, David Capistrano Filho  
*Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças*, Paulo Marchiori Buss &  
María Eliana Labra  
*Aids: Ética, Medicina e Tecnologia*, Dina Czeresnia et al.  
*Aids: Pesquisa Social e Educação*, Dina Czeresnia et al.  
*Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte*, Ana Cristina d'Andretta  
Tanaka  
*Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana  
no Município de São Paulo*, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo  
(orgs.)  
*Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha*, Maria da  
Penha C. Vasconcellos (coord.)  
*Medicamentos, Drogas e Saúde*, E. A. Carlini  
*Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*, Jorge Antonio Zepeda  
Bermudez  
*Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde?* José Augusto Cabral  
de Barros  
*Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial  
(IDA) no Brasil*, Regina Giffoni Marsiglia  
*Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*, Carlos Augusto Monteiro  
(org.)  
*Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*, Ana Maria  
Canesqui  
*O "Mito" da Atividade Física e Saúde*, Yara Maria de Carvalho

*Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios*, Aurea M. da Rocha Pitta  
*Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão*, Maria Lúcia Magalhães Bosi  
*Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*, Lilia Blima Schraiber, Maria Ines Baptistela Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)  
*Nutrição, Trabalho e Sociedade*, Solange Veloso Viana  
*Uma Agenda para a Saúde*, Eugênio Vilaça Mendes  
*A Construção da Política Nacional de Medicamentos*, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)  
*Ética da Saúde*, Giovanni Berlinguer  
*A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde*, Silvio Fernandes da Silva  
*Reabilitação Psicossocial no Brasil*, Ana Pitta (org.)  
*SaúdeLoucura 5*, Gregorio Baremlitt (org.)  
*SaúdeLoucura 6*, Eduardo Passos Guimarães (org.)  
*Assistência Social e Cidadania*, Antonio Lancetti (org.)  
*Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia*, José Ricardo de Mesquita Aires  
*Ciências Sociais e Saúde*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Agir em Saúde*, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)  
*Contra a Maré à Beira-Mar*, Florianita Coelho Braga Campos & Cláudio Maierovitch  
*Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial*, Ana Marta Lobosque  
*Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva*, Aluísio G. da Silva Junior  
*Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social*, Nilson do Rosário Costa  
*A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*, Gilberto Hochman  
*O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*, Ines Lessa (org.)  
*Malária e Seu Controle*, Rita Barradas Barata  
*O Dengue no Espaço Habitado*, Maria Rita de Camargo Donalísio  
*A Organização da Saúde no Nível Local*, Eugênio Vilaça Mendes (org.)  
*Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco*, Alice Itani  
*Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*, Laura Feuerwerker  
*A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo*, Luis Jacintho da Silva  
*Malária em São Paulo: Epidemiologia e História*, Marina Ruiz de Matos  
*Civilização e Doença*, Henry Sigerist

*Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)

*A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho*, Eleonora Menicucci de Oliveira

*Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*, Loren Galvão & Juan Díaz (orgs.)

*A Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança) — Tomo 1 “Um Olhar Analítico” — Tomo 2 “As Vozes dos Protagonistas”*, Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Llanos C. (orgs.)

*Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde*, Ediná Alves Costa

*Sobre a Sociologia da Saúde. Origens e Desenvolvimento*, Everardo Duarte Nunes

*Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*, Ana Maria Canesqui (org.)

*Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*, Eymard Mourão Vasconcelos

*Um Método Para Análise e Cogestão de Coletivos*, Gastão Wagner de Sousa Campos

*A Ciência da Saúde*, Naomar de Almeida Filho

*A Voz do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril*, José Carlos “Cacau” Lopes

*Da Arte Dentária*, Carlos Botazzo

*Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó*, Aparecida Linhares Pimenta (org.)

*Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas*, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel

*Saúde Loucura 7*, Antonio Lancetti (org.)

*Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil*, José Serra

*SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade

*A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)

*Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas*, Silvio Fernandes da Silva

*A Cor-Agem do PSF*, Maria Fátima de Souza

*Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*, Maria Fátima de Souza

*A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*, Angelina Harari & Willians Valentini (orgs.)

*Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*, Emerson Elias Merhy

*Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados*, Laura Feuerwerker

*Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas*, Jadete Barbosa Lampert

*Os Sinais Vermelhos do PSF*, Maria Fátima de Sousa (org.)

- O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica*, Rosana Onocko Campos
- Saúde Paidéia*, Gastão Wagner de Sousa Campos
- Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica*, Kenneth R. de Camargo Jr.
- Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas*, Marcos Drumond Júnior
- A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*, Arthur Hyppólito de Moura
- Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica*, Djalma Agripino de Melo Filho
- O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*, Emerson Elias Merhy et al.
- Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica*, Madel T. Luz
- Acolher Chapecó: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho*, Túlio Batista Franco et al.
- Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*, João José Neves Marins
- Proteção Social. Dilemas e Desafios*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)
- O Público e o Privado na Saúde*, Luiza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)
- O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade*, Maria Solange Gomes Della-roza & Marli Terezinha Oliveira Vanucchi (orgs.)
- A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*, Gustavo Tenório Cunha
- Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*, Sérgio Resende Carvalho
- Saúde e Desenvolvimento Local*, Marco Akerman
- Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro*, Maria Maeno & José Carlos do Carmo
- A Espiritualidade do Trabalho em Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
- Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva*, Rogério Carvalho Santos
- As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura*, Marilene Cabral do Nascimento
- Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon
- Tratado de Saúde Coletiva*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)

*Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática*, Paulo Rosenbaum

*A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade

*Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos*, Ana Maria Canesqui (org.)

*Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas*, Ana Luísa Zaniboni Gomes

*SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde*, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)

*SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública*, Vânia Barbosa do Nascimento

*Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre. . .*, Gastão Wagner de Sousa Campos

*Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral*, Anamaria Cavalcante Silva

*A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde*, Nelson Filice de Barros

*O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde*, Gustavo Nunes de Oliveira

*As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP*, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)

*Avaliar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP*, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)

*O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise*, Lília Blima Schraiber

*Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde*, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa Sandoval Schmidt & Fabio Zicker (orgs.)

*Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações*, Sandra Abraão Chaim Salles

*Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero (orgs.)

*Saúde Comunitária: Pensar e Fazer*, Cezar Wagner de Lima Góis

*Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade*, Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benevides

*Saúde, Desenvolvimento e Território*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Mangeon Elias (orgs.)

*Educação e Saúde*, Ana Luiza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)

*Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS*, Solange L'Abbate

*Infância e Saúde: Perspectivas Históricas*, André Mota e Lilia Blima Schraiber (orgs.)  
*Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*, Sérgio Resende Carvalho, Sabrina Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)  
*Medicina e Sociedade*, Cecília Donnangelo  
*Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva*, Eduardo L. Menéndez  
*Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira  
*A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família*, Tulio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)  
*Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS*, Charles D. Tesser (org.)  
*Saúde e História*, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria  
*Violência e Juventude*, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski  
*Walter Sidney Pereira Leser: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública*, José Ruben de Alcântara Bonfim & Silvia Bastos (orgs.)

SÉRIE “LINHA DE FRENTE”

*Ciências Sociais e Saúde no Brasil*, Ana Maria Canesqui  
*Avaliação Econômica em Saúde*, Leila Sancho  
*Promoção da Saúde e Gestão Local*, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)  
*Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Conhecimento*, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros



[...] Buscamos o perigo, como de resto parece ser a lógica da pesquisa, mas também da avaliação e da intervenção. E enfrentamos os riscos mediante o emprego de uma “razão sensível”, voltada para a experiência e sua descrição e na qual ocupam um lugar de prestígio a interpretação e a intuição.

— Juan Carlos Aneiros Fernandez



ISBN: 978-85-8404-016-2

