



Educar em Revista

ISSN: 0104-4060

educar@ufpr.br

Universidade Federal do Paraná
Brasil

Moreira dos Santos, Elizabeth; Andrade de Oliveira, Egléubia; Cruz, Marly; Leal, Aline; Duque, Aline;
Cunha, Carlos Leonardo

Monitoramento em Promoção de Saúde: uma experiência de capacitação de adultos em um Estado
do Nordeste brasileiro

Educar em Revista, núm. 46, outubro-diciembre, 2012, pp. 193-207

Universidade Federal do Paraná
Paraná, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155025198014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Monitoramento em Promoção de Saúde: uma experiência de capacitação de adultos em um Estado do Nordeste brasileiro¹

Monitoring in Health Promotion: an experience in the training of adults in a Brazilian northeastern state

Elizabeth Moreira dos Santos²

Egléubia Andrade de Oliveira³

Marly Cruz⁴

Aline Leal⁵

Aline Duque⁶

Carlos Leonardo Cunha⁷

¹ As opiniões emitidas no artigo não refletem o posicionamento das instituições envolvidas no projeto e são de inteira responsabilidade dos autores.

² Doutorado em Community Health - University of Illinois (1993) e Pós-doutorado pela Western Michigan University (1997). Atualmente é pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz e professora adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Coordena o programa de cooperação entre a ENSP, a Universidade de Tulane (New Orleans - EUA) e Universidade de Jimma (Etiópia), Brasil. E-mail: betuca51@gmail.com

³ Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais da Escola Nacional de Saúde Pública (LASER/ENSP/FIOCRUZ). Departamento de Bioética/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (BIOÉTICA/IESC/ UFRJ). E-mail: biao1@ensp.fiocruz.br

⁴ Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais da Escola Nacional de Saúde Pública (LASER/ENSP/FIOCRUZ). E-mail: marlycruz12@gmail.com

⁵ Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais da Escola Nacional de Saúde Pública (LASER/ENSP/FIOCRUZ). E-mail: leal.aline@gmail.com

⁶ Mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais da Escola Nacional de Saúde Pública (LASER/ENSP/FIOCRUZ). E-mail: alineduque13@yahoo.com.br

⁷ Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais da Escola Nacional de Saúde Pública (LASER/ENSP/FIOCRUZ). E-mail: leocunhama@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem como objetivo descrever e refletir, sistematicamente, sobre a experiência de implantação de processos de monitoramento do Programa Ação Saúde (PAS) como uma experiência de tradução, contextualizada na interface entre a atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e comunidades com características urbano-rurais. O PAS constituiu-se como uma proposta pedagógica baseada em competências e utilizou a metodologia da problematização. Os processos do PAS são tomados sob a ótica das operações de tradução, tais como: problematização, mobilização, enredamento e alinhamento. O monitoramento desses processos coloca em destaque os dilemas da mensuração, acompanhamento e reflexão compartilhada de seus efeitos tangíveis e intangíveis. A implementação do sistema de monitoramento intermediada por uma instituição pública acadêmica buscou contribuir para modelos de parcerias público-privadas em políticas de desenvolvimento social. Dentre as conexões promissoras estabelecidas no PAS, foi enfatizada a identificação da agenda pública no setor saúde como rota a ser fortalecida e potencializada, bem como ações de advocacy em torno da escolha de temáticas e prioridades locais. Concluiu-se que a configuração da rede de promoção de saúde foi influenciada por contextos geopolíticos diferenciados dos municípios, em especial para a sustentabilidade e implementação dos projetos locais e o estímulo a uma cultura local em Monitoramento e Avaliação – M&A.

Palavras-chave: monitoramento compartilhado; metodologia da problematização; redes sociotécnicas; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

This article aims to systematically describe and reflect on the experience of implementing monitoring processes of the Programa Ação Saúde (PAS), or Health Action Programme, as an experience of translation, contextualized in the interface between primary care from the Sistema Único de Saúde (SUS), or Unified Health System, and communities with urban-rural characteristics. The PAS has established itself as a pedagogic proposition based on skills and has used the methodology of problematization. The processes of the PAS are taken under the perspective of translation operations, such as: problematization, mobilization, networking and alignment. The monitoring of those processes highlights the dilemmas of measurement, monitoring and shared reflection of their tangible and intangible effects. The implementation of the monitoring system, mediated by a public academic institution sought to contribute to models of public-private partnerships in social development policies. Among the promising connections established in the PAS, the identification of the public agenda in the health sector has

been emphasized as a route to be strengthened and improved, as well as advocacy actions around the choice of local themes and priorities. It was concluded that the configuration of the health promotion network was influenced by different geopolitical contexts of the municipalities, especially for the sustainability and implementation of local projects and the incentive to a local culture in Monitoring and Evaluation – M&E.

Keywords: shared monitoring; methodology of problematization; social technical networking; maternal and child health.

Introdução

Uma questão instigante em saúde é a ampliação do projeto de participação social para o alcance da descentralização do poder e melhoria do protagonismo dos grupos envolvidos na concepção, execução e acompanhamento das ações em saúde. Este artigo, a partir de uma experiência – o Programa Ação Saúde (PAS) – que vivencia as dificuldades e riquezas da possibilidade de coalescência dos múltiplos interesses, busca contribuir para o processo de construção de redes por meio de operações de tradução (LATOURET, 2001).

O Programa Ação Saúde (PAS)

O programa é parte do Plano de Gestão de Investimento Social (PGIS) da Fundação Vale para desenvolvimento territorial, implementado entre 2009 e 2012, na região Nordeste do Brasil e caracteriza-se como um programa de mobilização, capacitação e monitoramento em prol de ações que visem à melhoria da saúde da mulher e da criança na região e, especificamente, no Estado do Maranhão. O programa, com foco na adoção de práticas saudáveis, de construção de ambientes de diálogo para promoção da saúde, surge da parceria entre Fundação Vale, Canal Futura e assessoria técnica do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, atendendo, até o seu término, quatro municípios do Estado do Maranhão (Arari, Santa Rita, Itapecuru-Mirim e a capital São Luís).

O Estado do Maranhão, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apesar de apresentar notável avanço

nos últimos 10 anos, ainda apresenta altas taxas de mortalidade infantil (TMI). Embora estas taxas tenham sido reduzidas de 50,4 (1997) para 36,5 óbitos em cada mil nascidos vivos em 2009, este Estado continua apresentando uma das piores situações com relação à mortalidade infantil no Brasil, 21,17/1.000 nascidos vivos no mesmo ano. Tal disparidade é também percebida em outros indicadores de saúde no Maranhão, como no caso dos percentuais de crianças com esquema vacinal básico em dia, de crianças com aleitamento materno exclusivo e cobertura de consultas de pré-natal que são inferiores tanto à média nacional como à da região Nordeste. A taxa de mortalidade infantil por diarreia, a prevalência de desnutrição e as taxas de hospitalização por pneumonia e por desidratação deste Estado são superiores às taxas nacionais e regionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; BRASIL, 2012).

No que tange à oferta e à qualidade dos serviços de saneamento básico no Maranhão, os últimos dados apontam que o abastecimento de água via rede geral e o esgotamento sanitário via rede geral de esgoto ou pluvial também são inferiores aos nacionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000). Outro dado relevante diz respeito à taxa de analfabetismo do Estado, que se apresenta bem acima da taxa nacional (BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2012). Enfim, estes fatores socioeconômicos caracterizam um quadro de vulnerabilidade grave deste Estado, deixando evidente a necessidade de ações que visem contribuir para melhorias nas condições de saúde materno-infantil desta região.

O Maranhão é signatário de pactos de saúde que visam reduzir a TMI, com foco maior na diminuição da mortalidade neonatal, intensificando a oferta de programas de pré-natal, atenção no parto e no puerpério com qualidade para contribuir para a queda gradativa desta taxa (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2010; BRASIL, 2010). Nota-se, portanto, que existe, no setor saúde, um contexto político-programático favorável à melhoria da saúde materna e da criança; contudo, faz-se necessário que estas estratégias dialoguem com os contextos locais e com os atores envolvidos.

O Programa Ação Saúde visa, por meio da formação de atores sociais e gestores locais, agrupados em células promotoras de saúde (CPS), promover a mobilização, capacitação e monitoramento em prol de ações que visem à melhoria da saúde da mulher e da criança nesta região. As células são definidas como espaços sociais de tradução para redes de interação sociais. A concepção das células, inspirada na teoria freireana, pressupõe a pluralidade e a superação da cultura do silêncio. Em Paulo Freire, a fala tem um significado especial (FREIRE, 1996; SANTOS *et al.*, 2011), isto é, quando os sujeitos humanos dizem a sua palavra, descobrem-se autores de sua existência e de sua história. O modelo baseado na metodologia da problematização envolve a escolha com-

partilhada dos temas geradores relacionados à saúde materno-infantil, buscando o conhecimento da célula sobre si mesma, de suas relações consigo e com seu contexto no sentido de saber de si mesma como parte do problema e saber fazer a transformação (competência transformadora).

A proposta do Ação Saúde contou com três etapas: Planejamento, Implementação das Ações e o Monitoramento, que, por vezes, ocorreram simultaneamente, visto que se configuraram em intervenções de gestão compartilhada (planejamento e execução) e também previam acompanhamento contínuo (implementação e monitoramento). Vale ressaltar que tais etapas foram ainda submetidas a uma avaliação externa independente.

A natureza das interações foi revista sob a perspectiva da abordagem de redes sociotécnicas, partindo da premissa de que toda práxis humana é gerada e geradora de um saber (*gnosis*), não necessariamente técnico-científico, mas que, mesmo no senso comum, constrói o seu processo de replicação/reprodução por meio das operações de tradução de interesses e práticas. Nesse sentido, a metodologia se apropriou das operações de tradução descritas por Latour (2001).

Existiu um desenho de implementação comum do processo de formação de CPS em todos os municípios, objetivando a construção de um plano de trabalho com acompanhamento, monitoramento de processos e resultados, bem como socialização daquelas experiências. Contudo, a definição de prioridades temáticas dessas células, suas estratégias de atuação e seus mecanismos de reflexão interna consideraram as especificidades de cada município, com sua diversidade de atores e relações estabelecidas. Essa estratégia baseou-se na noção de conceito gerador de Freire (1987), em que, a partir de uma situação presente, existencial, concreta, organiza-se o conteúdo da ação.

O processo de criação das células promotoras de saúde incluiu a sensibilização e a mobilização das comunidades, a seleção dos participantes das células previstas e a elaboração do plano de ação para cada célula. Cada ciclo de implementação envolveu a oficina aberta de sensibilização, duas oficinas de “enredamento”, acompanhamento sistemático a distância das células em formação, duas supervisões presenciais e um seminário de avaliação. A formação de uma célula previa a participação de seis a oito pessoas, no entanto, este número foi superior em alguns municípios, ocasionando a formação inicial de células com mais participantes.

O processo de monitoramento compreendeu a reflexão sistemática das atividades das células, por meio de indicadores operacionais e dos resultados esperados, considerando mudanças específicas na população-alvo. Os indicadores foram acordados entre células, gestores locais e Fundação Vale. A sua escolha compartilhada foi parte do processo de elaboração da proposta de intervenção, de forma a contribuir para a gestão e o controle social.

Desta forma, o objetivo deste artigo consiste em descrever e refletir, sistematicamente, sobre a experiência de implantação dos processos de monitoramento do Programa Ação Saúde, como uma proposta de reflexão pedagógica.

Reflexões sobre a implementação do Ação Saúde: o *mix* público-privado

É importante distinguir que experiências como a do Programa Ação Saúde guardam diferenças em relação à concepção, à missão e à atuação dos Conselhos de Saúde Locais. Estas instâncias, de caráter deliberativo, foram estruturadas para garantir a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde (OLIVEIRA, 2004). A noção de “controle social” concebida na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), em um contexto político de redemocratização do país, passou a nortear a organização dos serviços de saúde a partir da promulgação da Constituição Federal (1988), modificando o caráter de participação da sociedade na gestão das políticas públicas (PEREIRA NETO, 2012).

Os Conselhos de Saúde foram implantados por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, cabendo à União, Estados e municípios “definir instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1990, não paginado). Com relação à composição, competências e atribuições, esta instância, de caráter permanente e deliberativo, deveria ser composta por

[...] representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões deveriam ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990, não paginado).

Cabe destacar que a paridade na representação dos usuários nos Conselhos de Saúde em relação ao conjunto dos demais segmentos ampliou as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão setorial (PEREIRA NETO, 2012). Entretanto, da concepção dessa experiência à sua implementação, alguns problemas foram evidenciados.

O papel político dos Conselhos, o tipo de controle social exercido, a natureza da representação social executada pelo conselheiro e a efetividade dos Conselhos são questões postas por autores que analisam principalmente o caráter da participação dos representantes, o alcance e a efetividade das deliberações tomadas por essas instâncias e a centralização política dos processos decisórios (SILVA; LABRA, 2001; GERSCHMAN, 2004; PEREIRA NETO, 2012).

Algumas sugestões de ampliação do projeto de participação social, visando à descentralização do poder que perpetua a tomada de decisões distante dos usuários, têm sido apontadas no sentido da construção de ambientes facilitadores para a mobilização de energias e recursos da sociedade (DIAS, 1998; JACOBI, 2002).

O *Pacto pela Saúde*, documento firmado em torno da regionalização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), foi concebido como produto da pactuação entre gestores das três esferas de governo. Essa proposta tem como base os níveis de vulnerabilidade social, econômica e programática verificados em cada localidade (BRASIL, 2006; IBAÑEZ; VIANA; ELIAS, 2009). Na proposição do Pacto, as regiões de saúde são:

recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como as redes de comunicação, infraestrutura, transporte e saúde. (BRASIL, 2006, p. 20).

Considerando esta definição, Ibañez, Viana e Elias (2009) observam que:

para que [a delimitação das Regiões de Saúde] seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma “regionalização viva”. (p. 268-269).

Esses avanços, no entanto, não representam a resolução da fragmentação existente entre o público e o privado na saúde. Tampouco abordam as possibilidades de atuação desse *mix* na ampliação da oferta de serviços de saúde, particularmente em algumas regiões do Brasil. Na opinião de Ibañez, Viana e Elias (2009), a compreensão sobre a dinâmica regional da saúde pode ser muito diferente quando há um olhar somente voltado para o setor público e quando

há uma visão integrada dos setores público e privado. Para estes autores, a abordagem do *mix* público-privado supõe a participação de diferentes estruturas, instituições, instâncias e atores públicos e privados no processo de constituição, planejamento, organização, gestão e regulação da saúde no âmbito regional.

Convergência reflexiva: monitoramento e avaliação

O monitoramento é definido como o acompanhamento sistemático e reflexivo da prática para o seu aprimoramento. Os seus sistemas facilitam um uso mais efetivo e eficiente dos recursos humanos e financeiros, viabilizando maiores benefícios em saúde para a população assistida. É de fundamental importância para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para o seu desempenho finalístico (POISTER, 2003; BRASIL, 2007).

Dessa forma, na concepção tradicional, o monitoramento visa verificar em que medida o programa está se desenvolvendo de acordo com o planejado ou o quanto dos efeitos esperados foram efetivamente alcançados. Como consequência, pode gerar hipóteses plausíveis para as diferenças observadas entre o planejado e o alcançado, sobre a complexidade da intervenção, das populações-alvo e de suas múltiplas e possíveis interações (WALDMAN, 1998; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Uma visão crítica expande a concepção de monitoramento. Nessa abordagem, o monitoramento é visto como uma prática pedagógica reflexiva, incluindo em que momento o foco da verificação é ampliado para além dos processos técnicos, para os componentes socioinstitucionais. De acordo com alguns autores, monitorar não significa apenas acompanhar o alcance de metas técnico-operacionais (POTVIN; LAMARRE, 2009; SANTOS; REIS; CRUZ, 2010), mas, adicionar ao *tecnograma* (sistema de ações técnicas da intervenção) o *sociograma*, com indicadores tais como: relações de gênero, de poder, discriminação de cor, orientação sexual e outros. Adicionalmente, Potvin e Lamarre (2009) ressaltam que a diferença entre monitoramento e avaliação (M&A) diz respeito ao fato de a última incluir ambos, o sócio e o tecnograma, enfatizando que os fatores facilitadores e barreiras para os processos são decorrência das interações entre esses dois conjuntos de relações sociotécnicas. Este tipo de arranjo, historicamente datado, presume-se formado por uma diversidade de elementos técnicos, sociais e políticos, intimamente conectados (LATOUR, 1999).

A experiência: o sistema de monitoramento e sua implementação

A concepção do sistema de monitoramento do PAS no sentido de resgatar ambos, o *tecnograma* e o *sociograma*, incluiu os seguintes eixos: capacidade de mobilização; fortalecimento das redes; poder público, gestão e sustentabilidade; formação e inovação. A construção do sistema de monitoramento foi uma atividade compartilhada com os atores envolvidos em todas as etapas necessárias.

O sistema foi construído pela integração de várias fontes de evidências. O contexto municipal foi caracterizado por meio de indicadores de vulnerabilidade social utilizando-se indicadores demográficos, de infraestrutura, renda e desigualdade, de qualidade de vida e de saúde. Essas informações seriam organizadas em um sistema informatizado que permitiria a análise de fatores do contexto municipal, das áreas programáticas da saúde e do ciclo do PAS, de forma a possibilitar o estudo das influências desses contextos na implementação do programa. Vale ressaltar que esta era a intenção, mas a concretização do sistema informatizado não ocorreu.

A implementação dos ciclos de capacitação e replicação foi acompanhada sistematicamente por meio de coleta de dados das células, incluindo um questionário exploratório sobre o movimento de agregação e perdas de participantes, supervisões presenciais e a distância e duas avaliações externas e independentes. Esse artigo concentra-se no processo de documentação dos ciclos de capacitação e replicação.

O monitoramento do PAS se iniciou com o acompanhamento da escolha, pelas células, do problema de saúde a ser abordado. A partir da problematização de uma questão de saúde, as células organizadas priorizaram intervenções traduzindo os diferentes interesses e competências do grupo. Feita a escolha das ações, às atividades de planejamento se seguiram as de implementação, com registros sistemáticos das mesmas. Para cada atividade identificada, foram construídas fichas técnicas com suas formas de medir e classificar. Em cada ficha, reservou-se espaço para registro de achados complementares e relativos à integração das atividades à agenda de saúde local.

O processo de implementação do PAS nos municípios não foi homogêneo, sofrendo descontinuidades do primeiro para o segundo ciclo. Entretanto, em contraposição à multiplicação esperada para as células, verificou-se em todos os municípios um movimento de fusão das células. A justificativa apresentada pelos participantes para esse processo foi a otimização de recursos disponíveis.

Quando o centro ia se descentralizar as pessoas ficaram com medo das responsabilidades e esvaziou-se as células, as pessoas sumiram. No segundo passo surgiram outras seis células. Quando viram que ia descentralizar, começaram a ficar com medo... aí, não vou mais!... O que foi bom nesse segundo passo? Montamos e dividimos tarefas. Nessa divisão de tarefas muitas células se assustaram. As responsabilidades e a descentralização assustaram, ficaram com medo (Entrevistado nº 1).

A rede no início foi linda, mas quando viram que era para trabalhar voluntariamente a maior parte pulou fora. Era só interesse... saíram fora. Pra mim foi o que enfraqueceu. Eu tenho força de vontade, ela tem, mas os outros não. É triste, a gente vê aquela fraqueza. Cadê o Secretário de Saúde? Cadê a Prefeitura? (Entrevistado nº 2).

De modo geral, notou-se que após a realização do primeiro ciclo de formação e do ciclo de replicação das células nos municípios houve um movimento de retração na atuação dos membros, que culminou na fusão destas em uma única estrutura. Algumas hipóteses apontadas para este fenômeno foram: a pouca disponibilidade de tempo para as atividades do PAS, dificuldades de locomoção para reuniões e outras atividades, bem como os custos com transporte e alimentação. Problemas de comunicação com a coordenação geral também foram mencionados.

O movimento de agregação é consistente com a observação de um reduzido número de participantes em relação à grande variedade e magnitude de demandas postas. Além disso, a exposição do grupo a uma metodologia participativa, de reforço ao protagonismo, num contexto de poder centralizado com hierarquias profissionais, de gênero, religiosas e étnico-culturais realinhou os grupos em novos enredamentos.

O monitoramento da agregação permitiu a construção de duas possibilidades para explicar a observação de que a fusão das células significou também a centralização dos planos de ação. Esse processo foi acompanhado da implementação de uma grande diversidade de ações não planejadas. A primeira possibilidade considera que esse número expressivo ocorreu possivelmente em função de demandas relacionadas à agenda local de saúde, não consideradas quando da construção dos planos de ação. Outra hipótese seria relacionada ao fato de que a centralização dos diferentes grupos requereu a acomodação de diferentes interesses internos às células. As evidências indicam que o fenômeno

da agregação refletiu a rede de poder local, reproduzindo a cartografia sociopolítica da saúde daqueles municípios.

A coleta rotineira das fichas de monitoramento foi realizada durante as supervisões, predominantemente naquelas realizadas a distância. As tentativas de associar o momento das coletas, seja às dinâmicas da implementação em nível local, seja às necessidades técnicas e institucionais dos diferentes parceiros envolvidos, não foram bem-sucedidas. As células referiam sempre tarefas excessivas de sua rotina de trabalho em que a participação voluntária no projeto configurava sobrecarga impeditiva ao cumprimento de compromissos e prazos.

A análise da frequência dos participantes nas reuniões de supervisão, usualmente baixa e inconstante, a precariedade tanto da conectividade como da disponibilidade de materiais e espaço para reuniões são indicativos das dificuldades que os grupos sinalizaram. Outro aspecto a ser destacado como barreira às atividades de monitoramento foi a dificuldade com o transporte de participantes do grupo, tanto para a execução das atividades como para o registro das mesmas.

Com o objetivo de promover a coleta de informações que não correspondiam ao esperado, optou-se por reforçar o processo já descrito com a presença de um facilitador local, cuja função seria a de sensibilizar e motivar os participantes para a prática do monitoramento. Essa estratégia, entretanto, não foi suficiente para superar as dificuldades de registro, sendo reduzida a uma coleta de informações de interesse das instituições coordenadoras.

Cabe destacar o aumento da visibilidade da temática, expresso por meio da participação dos integrantes do projeto em espaços diversificados, como Conferências Municipais de Saúde, instituições religiosas, associações de bairro, escolas, espaços de artes cênicas, entre outros fóruns da sociedade civil.

Na análise de dados coletados pelo processo de monitoramento, identificou-se que os recursos audiovisuais disponibilizados pelo PAS (DVD, álbum ilustrado) foram facilitadores do processo de sensibilização e mobilização em torno do problema a ser modificado. Verificou-se também, entre outras, algumas mudanças citadas pelos participantes como propiciadas pelo programa, tais como uma maior compreensão da estrutura e organização da rede de serviços de saúde e a importância da mobilização de instituições locais na busca de soluções compartilhadas para os problemas sanitários. Outro ponto positivo identificado foi a formação continuada dos membros do PAS que participaram de todos os encontros temáticos e oficinas complementares oferecidas. Dentre elas, oficinas de construção de indicadores de saúde, atuação em rede, estratégias de mobilização e sensibilização e rotas de políticas públicas, que se configuraram em momentos potenciais de interação e de troca entre os envolvidos.

Lições aprendidas

O programa previa um conjunto de ações específicas em torno da agenda de promoção da saúde, com foco na área materno-infantil. Nesse sentido, o apoio à gestão pública e a valorização da participação da sociedade civil em diálogo na construção de políticas públicas para a solução de problemas locais ganhou centralidade desde o início da modelagem da intervenção. A definição metodológica e a disponibilização de materiais para dar suporte ao planejamento com foco na atuação e na ação integrada do poder público e da sociedade civil foram o centro da concepção inicial. Ao mesmo tempo, a articulação de parcerias interinstitucionais e a formação integraram o conjunto de ações, cujo monitoramento compartilhado constituiu desafio à parte.

A inserção de pelo menos três instituições de referência, ou seja, uma empresa do porte da Vale, o Canal Futura e a Escola Nacional de Saúde Pública, possibilitou, não sem tensões, o compartilhamento de diferentes culturas institucionais e missões. A confluência das diferentes redes, expressa pelas distintas histórias e experiências institucionais na operacionalização do PAS, expôs possibilidades de novas conexões, vislumbrando arquiteturas e configurações de redes mistas. A instabilidade desse constructo era prevista, considerando o contexto político local. Dentre as conexões promissoras, enfatiza-se a identificação da agenda pública no setor saúde como rota a ser fortalecida e potencializada, bem como ações de *advocacy* em torno da escolha de temáticas e prioridades locais.

O Ação Saúde, por meio das CPS, buscou articular prefeituras e secretarias municipais, conselhos de políticas públicas, instituições da sociedade civil organizada, líderes, agentes locais, profissionais de saúde, assistência social e educação e outras organizações envolvidos diretamente com a agenda de saúde e com interesse em contribuir para uma atuação integrada. Este interesse foi expresso por meio de convênio firmado entre a prefeitura dos municípios e a Fundação Vale para o início das atividades relacionadas à implementação do programa.

A adesão do governo local, no entanto, não representou necessariamente o envolvimento da esfera pública nos ciclos que compuseram as etapas de implementação do PAS. Os perfis socioeconômico e político de cada município onde ele foi implementado revelaram potencialidades e barreiras que variaram desde condições de comunicação local limitadas até a reprodução de lideranças centralizadoras e pouco afeitas a uma metodologia problematizadora. Enfatiza-se que a mesma pressupõe a capacidade de trabalhar em grupos plurais e com distintas inserções sociais.

Embora a garantia das representações plurais tenha sido com bastante frequência destacada positivamente pela maioria das células, sua vivência representou um desafio para o Ação Saúde. Nas diferentes etapas da implementação, foi necessário reforçar junto aos atores de saúde locais a importância de, no alinhamento de seus interesses, não suprimir esses espaços plurais de representatividade.

Evidências de diferentes contextos mostram que as relações de poder, o controle da infraestrutura de comunicação e de conectividade são fatores determinantes para transformar uma baixa cultura institucional de M&A, especialmente se tomada como ferramenta para a reflexão sobre a própria práxis. A configuração da rede de promoção de saúde foi influenciada por contextos geopolíticos diferenciados dos municípios, em especial para a sustentabilidade e a implementação dos projetos locais e o estímulo a uma cultura local em M&A. Projetos desta natureza têm potencial de promover uma atuação mais articulada com a gestão pública e a sociedade civil, reforçando o fortalecimento de políticas públicas inclusivas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01/02/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de informações de saúde: Maranhão*. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ma.htm>>. Acesso em: 01/02/2012.

_____. Ministério da Saúde. *Cobertura do Programa Saúde da Família: Maranhão*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 01/02/2012.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Cadernos de Informações de Saúde* informações gerais. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/brasil.htm>>. Acesso em: 27/01/2012.

DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 19-37, 1998. Suplemento 2.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1670-81, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. d'Á.; ELIAS, P. E. M. O pacto pela saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do *mix* público-privado. In: VIANA, A. L. d'A.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: HUCITEC, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Banco de dados agregados: sistema IBGE de recuperação automática – SIDRA: censo 2000*. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01/02/2012.

_____. *Síntese de indicadores sociais 2010: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pa&tema=sis_2010>. Acesso em: 01/02/2012.

JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 443-54, 2002.

LATOUR, B. *Ciência em ação*. São Paulo: Editora Unesp, 1999.

_____. *A esperança de Pandora: ensaio sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EdUSP, 2001.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde & Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

PEREIRA NETO, A. F. *Conselho de favores: controle social na saúde: a voz dos seus atores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

POISTER, T. H. *Measuring performance in public and nonprofit organizations*. San Francisco: Wiley, 2003.

POTVIN, L.; LAMARRE, M. C. Coordination between and local initiatives in order to strengthen health promotion. *Glob Health Promot.*, v. 16, n. 4, p. 75-82, Dec. 2009.

SANTOS, E. M.; REIS, A. C.; CRUZ, M. Análise do desempenho do sistema de monitoramento do programa de controle DST/Aids e hepatites virais (MONITORAids) como ferramenta de gestão: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife*, v. 10, p. s173-s185, nov. 2010. Suplemento 1.

_____. et al. *Guia metodológico: facilitadores*. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho/Canal Futura, 2011.

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. L. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 1, p. 167-70, 2001.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *Levels & Trends in Child Mortality: report 2010: estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation*. 2010. Disponível em: <http://www.childmortality.org/stock/documents/Child_Mortality_Report_2010.pdf>. Acesso em: 01/02/2012.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *IESUS*, v. 7, n. 3, p. 7-26, jul./set. 1998.

Texto recebido em 26 de junho de 2012.

Texto aprovado em 19 de novembro de 2012.