

Considerações sobre a Condição Traçadora

Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Sílvia Helena Henriques Camelo
Priscila Balderrama
Verônica Modolo Teixeira
Janise Braga Barros Ferreira

Introdução

O sistema de saúde brasileiro apresenta desafios crescentes na gestão e no financiamento, principalmente no que diz respeito à qualidade e sustentabilidade dos serviços e programas de saúde. As doenças reemergentes, a tripla carga de doenças, o envelhecimento populacional, a crescente incorporação de novas tecnologias e a necessidade de racionalidade de recursos existentes requerem complexa reorganização do sistema, gestão acurada de recursos, avaliação dos serviços, acompanhamento de resultados e do impacto das ações à saúde da população, a fim de favorecer a eficiência e efetividade de um sistema de saúde universal, como está proposto o Sistema Único de Saúde (SUS).

Processos permanentes de decisão transversalizam a gestão dos sistemas de saúde, sendo possível inferir que esses processos deveriam ocorrer fortemente articulados àqueles de planejamento e de avaliação, amparados em sistemas de informação apropriados.

Considerando o ato de avaliar como premissa básica para organização e sustentabilidade dos sistemas e serviços de saúde, esse capítulo tem como objetivo compartilhar o conceito e a experiência do uso da condição traçadora, uma metodologia bastante reconhecida para fins de predizer a qualidade da atenção. A vivência acadêmica e profissional na utilização dessa abordagem metodológica permite descrever, de maneira simples e

objetiva, as possibilidades de utilização da condição traçadora para avaliação de acesso e da integralidade da atenção em programas, serviços e sistemas de saúde, a fim de desmistificar e potencializar o uso da avaliação para aqueles que atuam no SUS.

Contextualizando a temática

O entendimento de que saúde é um direito social, democraticamente conquistado, que precisa ser respeitado e atendido, tem como implicações a garantia de que todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso a todos os cuidados necessários à manutenção de sua saúde, sejam os preventivos, curativos, de tratamento, reabilitação e de promoção. A adequada oferta desses serviços requer planejamento, monitoramento, avaliação e aplicação eficiente de recursos, que são reconhecidamente limitados.

A capacidade de gestão de municípios, regiões e estados brasileiros pode influenciar nos resultados da atenção prestada, sendo notória a discrepância de formação e capacitação dos gestores em saúde, bem como da estrutura e organização dos sistemas e serviços de saúde, constituindo-se, entre outros, importantes desafios a serem superados para a sustentabilidade e avanço do SUS.

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, com fortes disparidades econômicas, sociais e culturais, com regiões de extrema vulnerabilidade social e piores indicadores de saúde, a avaliação pode ser um balizador para adoção, manutenção e aperfeiçoamento de programas e políticas de saúde.

Pensando na necessidade de organização regional, dadas as limitações dos municípios para atendimento integral no que diz respeito à oferta de ações de média e alta densidades tecnológicas, a conformação e a avaliação da rede de atenção à saúde consegue, em uma perspectiva ampliada, trazer elementos para a sua sustentação e efetividade. O desafio está em identificar as singularidades, avaliar as potencialidades e as fragilidades dessa realidade, de modo a cooperar e apoiar a gestão, possibilitando proposições que atendam às reais necessidades de saúde da população.

Embora existam diferentes definições e atribuições para a avaliação, pode-se dizer que há convergência na ideia de estabelecer juízo de valor e que ela deva contribuir para a tomada de decisão comprometida com a melhoria das intervenções, a distribuição de recursos no presente e no futuro, a manutenção dos sistemas e serviços de saúde, empregando-se um olhar analítico para a própria saúde e o cuidado.

Destaca-se, ainda, que propiciar a participação de diferentes atores sociais no procedimento avaliativo pode favorecer o desenvolvimento de processo crítico e reflexivo sobre as práticas, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, além de desencadear um processo de responsabilização dos sujeitos implicados, a fim de tornar a avaliação contínua e sistemática, mediada por relações de poder e de interesses.

Na prática dos sistemas e serviços de saúde, documentos técnicos, dados, relatórios gerenciais, protocolos assistenciais e de regulação, pactuações diversas são disponibilizados e podem ser incorporados para a operacionalização da atividade de avaliação, o que também pode favorecer sua institucionalização.

O SUS tem um conjunto de Sistemas de Informações de Saúde (SIS) que produz dados diversos decorrentes de ações assistenciais, gerenciais, de controle social, pesquisa e de ensino que se constituem em importante fonte de dados. Os SIS podem ser utilizados como

ferramentas para a organização do trabalho, planejamento das ações, identificação do perfil de saúde da população, controle de gastos, controle de demanda, manejo de recursos humanos, avaliação da capacidade técnica dos serviços e qualificação dos profissionais envolvidos, tendo grande utilidade para os gestores públicos de saúde.

A experiência acadêmica e de gestão de serviços de saúde indica que, para a realização de avaliação em saúde, o rigor e a sensibilidade são determinantes, assim como aspectos relativos a temporalidade, senso de oportunidade, criatividade, contexto e conhecimento. Nesse sentido, abordagens que colaborem na compreensão e no entendimento do objeto de estudo, que possibilitem análise qualificada dos dados sistematicamente disponibilizados, podem constituir-se em diferencial para profissionais de saúde, de diferentes esferas de gestão, comprometidos com a avaliação.

Pensar na avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde é, antes de tudo, pensar como é possível organizar a atenção de maneira que se possa melhorar as condições de acesso e assistência à população.

Por exemplo, avaliar mecanismos de articulação de recursos de distintas densidades tecnológicas assistenciais, disponibilizados em diferentes pontos de atenção da rede de saúde, permite identificar fortalezas e fragilidades das estratégias de integração adotadas, favorece a estruturação de mecanismos inovadores que contribuam para o fortalecimento do sistema de saúde.

O Quadro 13.1 sistematiza as perguntas que orientam o processo de planejamento da avaliação.

Desse modo, em um estudo avaliativo, destaca-se a importância de considerar o modelo de serviço/programa/sistema de saúde desejado, os parâmetros para fins de comparação os quais direcionarão a trajetória metodológica.

Considerações sobre a abordagem mista em avaliação

No âmbito do SUS, as avaliações focalizam majoritariamente a análise de utilização e qualidade dos serviços, relacionando-se principalmente a serviços de atenção básica e hospitalar. As contribuições resultantes de tais estudos, que têm sido crescentes, podem ser ampliadas, enfocando qualquer tipo de serviço, independentemente da esfera de atenção, sendo desejável que cada vez mais as avaliações tenham como perspectiva o olhar ampliado e contínuo para os sistemas e serviços de saúde, avançando em relação às avaliações pontuais.

Cabe esclarecer que, dados a complexidade e o dinamismo dos sistemas e serviços de saúde, um importante desafio consiste na definição da abordagem metodológica a ser empregada, uma vez que apreender a completude do objeto a ser avaliado/investigado não é uma tarefa de fácil atribuição. Tal afirmação é corroborada pela experiência

Quadro 13.1 – Perguntas subsidiárias ao processo de planejamento da avaliação

- O que será avaliado?
- Por que será avaliado?
- Qual a finalidade da avaliação?
- Qual serviço/programa/sistema de saúde pretende-se construir?
- Qual o referencial teórico adotado?
- Qual abordagem metodológica será empregada?

vivenciada e pela literatura científica, as quais evidenciam que a definição da abordagem metodológica traz implicações substanciais para a condução dos estudos de avaliação em saúde. Nesse sentido, a opção por abordagens metodológicas mistas, utilizando dados quantitativos e qualitativos, permite o olhar e o entendimento ampliados acerca do objeto de estudo.

O método misto sequencial é aquele em que os achados de um método podem ser expandidos com a utilização de outro. Uma pesquisa se inicia com uma abordagem quantitativa, em que uma teoria ou conceito são testados e, posteriormente, a abordagem qualitativa pode proporcionar a exploração mais detalhada do objeto.¹

No tocante a avaliação de políticas, programas e sistemas públicos de saúde no contexto brasileiro, acredita-se ser mais vantajoso iniciar o processo por meio de abordagem quantitativa utilizando sistemas de informação, disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que são bastante abrangentes, de domínio público, com dados incluindo eventos vitais, epidemiológicos, assistenciais, sociais, de regulação, financeiros, de gestão, ambulatoriais e hospitalares.²

A abordagem quantitativa em estudos avaliativos possibilita estabelecer um diagnóstico situacional a partir de dados objetivos, numéricos, que podem fornecer um retrato momentâneo ou estendido do objeto de estudo, a depender do recorte temporal em que se dará a coleta de dados, favorecendo uma aproximação inicial com o objeto de avaliação. Para fins de comparação e análise, acredita-se que recortes temporais ampliados podem ser mais adequados, na medida em que mostram a situação de saúde ao longo de um período de tempo, ou a partir da adoção de uma determinada política, implantação de um serviço ou intervenção em saúde.

Ressalta-se que, no âmbito da gestão dos sistemas de saúde, mostra-se muito pertinente e operacional a análise quantitativa de serviços, intervenções ou procedimentos de saúde a partir de dados que são disponibilizados rotineiramente em sistemas e relatórios gerenciais que podem subsidiar a avaliação em saúde.

Na conformação do processo avaliativo a escolha dos indicadores constitui-se como uma das tarefas mais difíceis, dadas a gama de opções possíveis e a necessidade de eleição daqueles que realmente representem o fenômeno que está sendo avaliado. Considera-se que, na escolha de um indicador, deva-se atentar para as suas propriedades, tais como a sua validade (medir efetivamente o que pretende medir), a sua fiabilidade (apresentar o mesmo resultado mesmo que seja utilizado por pessoas ou em circunstâncias diferentes), a sua sensibilidade (capacidade de captar mudanças na situação ou no objeto estudado) e sua especificidade (refletir mudanças apenas no objeto que está sendo estudado). Além disso, a seleção de indicadores deve considerar a capacidade de dar resposta à pergunta avaliativa; o poder de síntese; sua factibilidade; aceitabilidade. Ademais, deve-se constituir um conjunto limitado de indicadores que tenham parâmetros correspondentes para fundamentar o juízo de valor.³

Uma opção viável para os parâmetros de comparação são metas acordadas para os principais indicadores de saúde do SUS. Importante salientar que o Pacto pela Saúde (2006) propõe metas para serem pactuadas em âmbito municipal, regional e estadual. Além disso, os programas nacionais de saúde, normatizados pelas portarias, trazem essas referências que podem e devem ser utilizadas como parâmetros. No campo prático, o avaliador que conhece a fundo a rede de serviços, programa ou o sistema de saúde tem facilidade operacional tanto para estabelecer quais condições avaliará como para reconhecer bons parâmetros balizadores.

Embora sejam extremamente importantes para retratar o “problema” ou “situação de saúde”, os dados quantitativos não são, na maioria dos casos, suficientes para a explicação ou análise profunda do problema. Por sua vez, a abordagem qualitativa pode compor essa importante

etapa do processo de avaliação, favorecendo a interpretação e o entendimento, possibilitando a análise ampliada do objeto de estudo. Enquanto a abordagem quantitativa revela os contornos gerais do objeto avaliado, a abordagem qualitativa centra-se na sua explicação.²

Sistemas e serviços de saúde revestem-se de peculiaridades de enfoque uma vez que têm características de subjetividade, relações de poder, concomitância entre produção e consumo, assimetria de conhecimentos entre profissionais e usuários, particularidades que trazem implicações para a avaliação. Destarte, a abordagem qualitativa, por suas características, permite captar com profundidade e pertinência as diferentes nuances situacionais, favorecendo a compreensão dos resultados da abordagem quantitativa.

Na operacionalização da etapa qualitativa, a experiência e o conhecimento do avaliador no que tange ao aspecto avaliado e a interação com os atores sociais podem ser os diferenciais para condução dessa abordagem.

A depender do objeto de avaliação, pode-se ter como público-alvo de investigação gestores, profissionais de saúde, usuários ou a combinação de dois ou mais grupos de atores. A seleção intencional de participantes, por meio da identificação de “informantes-chaves”, pode trazer contribuições significativas ao estudo, por representarem os pontos de vista da coletividade, ou terem conhecimento de aspectos expressivos acerca do objeto de estudo.

Para direcionar a coleta de dados, um roteiro pode favorecer a interação, apresentando questões simples, de fácil compreensão pelo público-alvo, mas que permita captar elementos significativos para a análise e explicação da investigação. Roteiros semiestruturados possibilitam a manifestação espontânea do participante, permitindo ao avaliador o planejamento da entrevista, orientando-o acerca das perguntas que deve fazer, sem restringir as manifestações dos participantes.

Destaque-se que, mesmo com um roteiro pré-determinado, é importante que o avaliador/entrevistador mantenha uma postura aberta ao processo de interação, a fim de permitir o reconhecimento de aspectos relevantes, não contemplados no instrumento. Nesse caso, a *expertise* do profissional pode ser um diferencial.

Outro aspecto importante para realização das entrevistas é a realização de “pré-teste” com voluntários que não comporão o estudo definitivo, de modo a possibilitar a testagem e adequação dos instrumentos e procedimentos da coleta de dados. O registro das entrevistas deve ser realizado por meio de gravações em áudio, com prévia autorização dos entrevistados. O Quadro 13.2 cita algumas reflexões que podem colaborar para a análise dos dados.

Entende-se que os próprios princípios e diretrizes do SUS podem ser adotados como referenciais teóricos e, no tocante à opção metodológica, o uso da condição traçadora constitui-se em um referencial utilizado na avaliação da qualidade e acesso a um serviço ou rede de saúde.

Quadro 13.2 – Algumas reflexões que podem colaborar para a análise dos dados

- Qual o significado desses dados?
- Existe relação desses resultados com quais situações?
- Quais fatores influenciam ou são responsáveis por esse resultado?
- Há relação, direta ou não, com algum outro resultado encontrado na avaliação?
- Quais as implicações/consequências desses resultados?
- Quais as possíveis ações diante dos resultados?

Condição traçadora

Pode ser definida como “uma atividade típica do sistema de saúde que possa ser utilizada como preditor da qualidade da atenção”.¹

É interessante destacar que o uso de uma situação específica de saúde para avaliação em saúde não é algo novo, porém o desafio diz respeito a encontrar métodos e técnicas que permitam captar a combinação relativa aos aspectos de processo e resultados de intervenções para avaliar a qualidade em saúde.

Assim, a condição traçadora permite avaliar processo e resultado considerando a seleção e combinação de critérios que atendam seis condições básicas: ter um efeito funcional definido; ser de fácil diagnóstico; apresentar altas taxas de prevalência; ter história natural sensível à intervenção médica; contar com conduta médica bem definida (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) e sofrer efeitos conhecidos de fatores não médicos.¹

Uma relevante vantagem da utilização da condição traçadora é seu potencial para gerar dados de fácil compreensão. A partir da avaliação da atenção a um grupo de condições/ patologias, pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde, em geral, com a produção de informações capazes de retroalimentar a gestão do sistema de serviços de saúde.

A depender da intervenção, agravo ou serviço estudado por meio da condição tra-

çadora é possível escolher a fonte de coleta de dados quantitativos, sendo viável a opção por utilizar dados secundários disponíveis em SI e documentos gerenciais. Além disso, a definição de um conjunto de variáveis pertinente a ações ou intervenções expressivas do sistema de saúde permite identificar a assistência em diferentes pontos de atenção e de interesse para o estudo e que podem direcionar os procedimentos de coleta de dados.

Salienta-se que a seleção da condição traçadora, ao considerar um problema de saúde, requer análise crítica de contexto e temporalidade, uma vez que o dinamismo inerente aos sistemas e agravos de saúde faz com que, em um dado momento, determinado problema de saúde possa adequar-se aos critérios necessários para ser considerado uma traçadora, entretanto, em outro momento e lugar, pode não se atender a tais critérios. Além disso, é possível entender os serviços de saúde como intervenção, adequando-se o uso dessa técnica para avaliação de sistemas, políticas e programas de saúde.

O conceito de condição traçadora considera o enfoque a agravos de saúde utilizados para avaliar a qualidade dos serviços, em uma perspectiva sequencial, relacional e

Na seleção da condição traçadora, uma doença não é necessariamente a escolha. Ações de prevenção de agravos e promoção de saúde, como uso de vacinas e aleitamento materno, podem ser consideradas traçadoras. Por exemplo, pode-se analisar a promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio da amamentação, reconhecida unanimemente na literatura como atividade essencial para a saúde da mulher e da criança, além de trazer benefícios consideráveis para a família e para o Estado. Trata-se de um aspecto básico da promoção da saúde materno-infantil. As intervenções de serviços de saúde promovidas pela ESF são oportunas na promoção da amamentação, pois a promoção da amamentação, já tendo sua eficácia comprovada por diversos estudos, permite uma análise sequencial de ações da atenção à saúde da mulher e da criança, no pré-natal, no nascimento, no puerpério e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

não isolada dos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde. Desse modo, mostra-se uma possibilidade para a avaliação da integralidade, articulando múltiplos pontos de atenção à saúde e a integração dos diferentes serviços.

A abordagem metodológica quantitativa e/ou qualitativa empregada no uso da condição traçadora pode variar, repercutindo na seleção dos procedimentos de coleta e análise dos dados. Ressalta-se que a opção de abordagem metodológica se baseia no objeto de estudo, não deve ser algo idealizado que represente uma limitação ou inviabilize o desenvolvimento de avaliações em saúde.

É possível identificar na literatura científica a utilização de condição traçadora com foco em agravos respiratórios, agravos cardiovasculares, programas de saúde mental, programas voltados para o cuidado do adulto e idoso, destacando-se diretrizes para o cuidado da hipertensão arterial e diabetes melito, saúde da mulher, em especial o câncer de colo uterino, evidenciando a versatilidade dessa abordagem para a avaliação em saúde, assim como outros enfoques possíveis, a depender da análise de contexto para atendimento dos critérios de eleição determinantes da condição traçadora.

Uma experiência no uso da condição traçadora

A regionalização favorece a efetivação do acesso à saúde, uma vez que permite organizar a atenção à saúde no território, definir as necessidades dos serviços, otimizar recursos humanos e tecnológicos, estabelecer fluxos regulatórios para diferentes pontos de atenção, mobilizando recursos sociais e políticos que estimulam o compartilhamento de responsabilidades entre os atores regionais, favorecendo o planejamento e avaliação das ações em saúde.

Nossa opção foi a de realizar o exercício de avaliação em um contexto regional para favorecer a visualização do sistema de saúde como um todo, no sentido de captar (ou não) a integralidade do cuidado prestado, considerando-se que para fins da integralidade da atenção, a assistência deve ser contínua, resolutiva, oportunamente realizada e integrada nos diversos serviços da rede de saúde municipal ou regional.

Fez-se uma escolha por espaços políticos institucionais, como os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), compostos por municípios, Regiões de Saúde (RS) e suas respectivas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) para permitir a visão ampliada de sistema de saúde, na medida em que representa um território de saúde no qual há um conjunto articulado de recursos assistenciais, capazes de melhor atender as demandas e necessidades de acesso à rede de serviços de diferentes densidades tecnológicas.

No emprego da condição traçadora, tem-se como desafio a seleção do agravo. A magnitude e relevância do problema, no contexto regional, são importantes para sua eleição e posterior qualificação como condição traçadora. Nesse exemplo, os agravos cardiovasculares atendem aos critérios caracterizados no Quadro 13.3.

O contato prévio para apresentação da proposta junto ao DRS, CIR, município ou outro cenário de escolha é parte fundamental da avaliação. Ter aprovação e, acima de tudo, parceiros junto ao cenário de escolha faz diferença na adesão dos participantes, contribuindo para o alcance dos objetivos, assim como na possibilidade de utilização dos resultados da avaliação.

Quadro 13.3 – Características dos agravos cardiovasculares para qualificação como condição traçadora¹

| Critérios | Características dos agravos cardiovasculares |
|--|---|
| Ter um efeito funcional definido | As implicações decorrentes desses agravos trazem custos para os indivíduos (hospitalização, "sequela", morte) e também para o sistema de saúde (recursos humanos, materiais e financeiros). |
| Ser de fácil diagnóstico | Os agravos cardiovasculares correspondem a um rol de doenças de fácil definição/diagnóstico. |
| Altas taxas de prevalência/incidência | Estão entre as principais causas de morbimortalidade no mundo e também no Brasil. |
| História natural sensível à intervenção médica | Os agravos cardiovasculares têm história natural sensíveis a intervenções disponíveis em serviços públicos de saúde. |
| Conduta médica bem definida: (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) | Todas as dimensões (prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação) são bem definidas em relação a esses agravos. |
| Sofrer efeitos conhecidos de fatores não médicos | A compreensão dos fatores não médicos (em especial os hábitos de vida) são amplamente compreendidos. |

Uma questão importante a se considerar é "como fazer a avaliação", que implica o planejamento metodológico do estudo. A experiência em projetos acadêmicos e serviços indica que a adoção de métodos mistos, com abordagem quanti-qualitativa é mais eficiente na medida em que amplia o enfoque para a análise e entendimento do problema, motivo pelo qual optou-se por essa configuração metodológica.

A vivência profissional proporcionou a delimitação da abordagem quantitativa por meio da utilização dos SIS disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), elegendo o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que permite a identificação do total de consultas ambulatoriais (consultas de atenção básica, consultas de urgência, consultas em cardiologia) e exames especializados (eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico, holter, MAPA e cateterismo), e também o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que sumariza todas as internações clínicas e cirúrgicas nessa área, em um período de 13 anos.

Importante reiterar que a escolha dos indicadores é parte fundamental do processo e fornece um retrato da situação de saúde da região e dos municípios. No caso das consultas, por exemplo, pôde-se identificar o modelo de atenção à saúde vigente na região, na medida em que a relação entre consultas de atenção básica *versus* consultas de urgência e, ainda, atenção básica *versus* cardiologia retratam a lógica de produção de saúde, inclusive trazendo subsídios para análise da resolutividade, efetividade e capacidade de coordenação do cuidado pela Atenção Básica (AB), bem como da priorização de outras esferas de atenção. A utilização de recursos diagnósticos, como exames, pôde trazer indícios para análise de adequação da oferta. Já internações, clínicas ou cirúrgicas trouxeram um retrato de saúde que perpassa a questão do acesso a serviços especializados, predizendo também quando comparadas entre si, sobre a efetividade de um sistema de saúde.

Após a coleta, os dados foram armazenados em planilhas eletrônicas do formato Microsoft Excel. Para análise, utilizou-se a estatística descritiva das variáveis, adotando-se frequências absolutas e relativas, construindo séries temporais que indicam as tendências. A análise das tendências dos procedimentos selecionados permitiu comparar o nível de ampliação da oferta e a consequente resposta institucional para o diagnóstico e acompanhamento dos casos de agravos cardiovasculares.

Interessante destacar que a construção de razões entre procedimentos permitiu inferir a complementariedade da atenção necessária para o provimento da atenção integral aos agravos cardiovasculares. Essa dinâmica de análise pode ser útil para estudos de avaliação, uma vez que permite a reconstrução lógica do cuidado de uma forma empírica que possibilite conhecer a efetividade das ações de saúde em um dado território.

Como resultado da análise quantitativa oriunda de dados do SIA e SIH, pôde-se identificar a oferta desigual de serviços nas microrregiões, tanto no que diz respeito à diversificação de procedimentos ambulatoriais e de internações realizados como na quantidade de eletrocardiogramas e internações clínicas, entretanto exames de maior densidade tecnológica e internações cirúrgicas concentram-se em uma região de saúde. Além disso, a série temporal evidenciou maior oferta de procedimentos que permitem diagnóstico precoce, monitoramento e tratamento oportuno.

Esses resultados vão ao encontro do preconizado para a organização de regiões/redes de atenção à saúde, na medida em que a centralização de alguns recursos de maior complexidade tecnológica otimiza não só a utilização de recursos (humanos, materiais, estruturais etc.), mas também favorece a regulação do acesso (com critérios únicos, estabelecidos regionalmente), bem como a organização e planejamento do transporte sanitário.

A compreensão acerca da operacionalização da rede de atenção para atendimento desses agravos foi possível a partir da análise qualitativa, que permitiu um aprofundamento do olhar para o que integra o processo de atenção. Importante destacar também que, nesse contexto, de acordo com os objetivos do estudo e referencial teórico adotado, foi possível realizar a etapa qualitativa com a totalidade das regiões e municípios de estudo ou, ainda, eleger apenas um caso único que correspondia a uma única CIR ou município. A região (ou município) de estudo deve ser intencionalmente escolhida, desde que seja uma região (município) que tenha serviços suficientes para se alcançar a integralidade da atenção.

No contexto de estudo, para realização da etapa qualitativa, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, considerando-se como "informantes-chaves" gestores de saúde e responsáveis por serviços de regulação. Entende-se que estes podem ser considerados profissionais com alto nível de conhecimento acerca da rede de atenção aos agravos cardiovasculares, suas potencialidades, fragilidades e desafios.

Na elaboração do roteiro para guiar a entrevista, priorizaram-se questões de fácil

No momento da eleição do público-alvo das entrevistas, um aspecto importante é a eleição de atores que possam intermediar o contato, atuando como "parceiros" na captação dos entrevistados, abordando-os e sensibilizando-os para as entrevistas. Parceiros também podem disponibilizar contatos pessoais como e-mail e telefone celular, bem como ceder espaço comum para viabilização das entrevistas. No cenário regional, a sede do DRS, ou do município polo da região de saúde podem ser essas referências.

compreensão para o público-alvo. Importante salientar também que o processo de interação entre entrevistador e entrevistado foi dinâmico, não limitado à fiel execução do roteiro, de modo a permitir a apreensão de informações relevantes para a análise e explicação do problema.

Embora não tenha sido objeto do estudo em questão, entende-se que a participação dos usuários pode ser muito útil para o processo de avaliação, ampliando seu escopo de análise. Assim, um estudo avaliativo que propicia a participação do "usuário" na etapa de abordagem qualitativa, enriquece o processo de avaliação na medida em que introduz elementos para comparação dos resultados, sob diferentes perspectivas: percepção de gestores; profissionais; usuários; e dados secundários.

No que tange à análise, a literatura científica apresenta referenciais consolidados para a interpretação de dados qualitativos, em diferentes vertentes. Entretanto, nossa ideia foi a de expor uma possibilidade que diz respeito à exploração sistematizada, aprofundada dos depoimentos ou falas dos participantes, de maneira a apreender aspectos relevantes do conteúdo que se repetiam e/ou apresentavam semelhança semântica, permitindo o seu agrupamento. Esse olhar analítico possibilitou identificar dimensões relevantes para ampliar a compreensão acerca dos dados quantitativos, assim como acrescentar outros elementos importantes para a análise do objeto.

Ao final da experiência, concluiu-se que a opção por uma abordagem metodológica mista, utilizando dados quantitativos e qualitativos, ampliou o entendimento do objeto estudado, mostrando-se uma estratégia oportuna para estabelecimento de diretrizes, em especial afeitas ao planejamento do acesso em cardiologia, na perspectiva das redes de atenção à saúde, podendo inclusive subsidiar organização de sistemas e de serviços de saúde, municipais e/ou regionais.

A análise desses resultados da atenção cardiológica evidenciou a necessidade de ações voltadas à organização da rede de atenção. A oferta de recursos para confirmação diagnóstica e/ou acompanhamento de casos se fazia necessária, requerendo recursos humanos, materiais e equipamentos especializados, bem como a adoção de protocolos que pudessem ser pactuados no sistema regional, na perspectiva de ordenar o acesso. De acordo com os princípios de regionalização e hierarquização, a pactuação da centralização de exames, procedimentos e demais ações de maior densidade tecnológica e de complexidade distinta, em um município de maior porte, poderia ser uma estratégia para organização da rede, possibilitando racionalização e otimização de recursos. Em contrapartida, requer a organização de fluxos de referência e contrarreferência que garantisse o acesso integral e equitativo do usuário, ressaltando-se a necessidade de articulação entre os pontos de atenção no sistema regional. Por sua vez, a efetivação dessa estratégia requer a implantação de estruturas sólidas de gestão envolvendo planejamento regional, controle, regulação e avaliação da assistência.

Referências Bibliográficas

1. Creswell JW. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Chaves LDP, Ferreira JBB, Camelo SHH, Balderrama P, Tanaka OY. Reflexões acerca de sistemas de informações em saúde, pesquisa avaliativa e enferm. *Enferm. Glob.* vol.13 n. 34:303-312, 2014.
3. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):821-828, 2012.
4. Kessner DM, Singer J, Kalk CE, Schlesinger ER. Infant death: an analysis of maternal risk and health care. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973.