

Por uma rede solidária e plural de saberes e práticas no cotidiano dos serviços e das universidades

Esta coletânea visa a apresentar os resultados de mais um projeto de pesquisa desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, que se insere na série Saúde Participativa, sendo aqui desenhadas a lógica de sua construção e a composição de suas partes.

Foi um percurso que não se fez com teorias tranquilas, tampouco monótonas foram as discussões para definir os caminhos epistemológicos de sua produção. Adotar abordagens compreensivas, construcionistas, nos pareceu uma vertente mais profícua e acolhedora de nossa proposta de investigação, e nos permitiu assumir um posicionamento coerente com nossas produções e escolhas teórico-metodológicas. Com isso pareceu-nos claro que realizar um estudo sobre os temas integralidade, atenção básica e práticas avaliativas exigiu-nos uma ação em rede, de pesquisa solidária e plural de saberes e práticas, capazes de contemplar as especificidades de cada nicho local.

Responsabilidade, vínculo e compromisso foram alguns dos valores enaltecidos e praticados pelo conjunto dos pesquisadores durante a pesquisa. Valores que mantêm reciprocidade afirmativa daqueles definidos por nosso próprio objeto de estudo, ou seja, integralidade, atenção básica e avaliação. Sabíamos que começar ou terminar não poderia ser o objetivo primeiro, mas atravessar. Atravessar as diferentes disciplinas, transpô-las, revitalizá-las e em alguns momentos superá-las, na sua potência de formação e produção de lições aprendidas.

Nos três anos de trabalho, esta pesquisa foi atravessada por tantas outras atividades do LAPPIS, desde seminários temáticos de outros projetos de nosso grupo, até disciplinas e publicações. Com isso imbuímos uma organicidade coerente com nosso entendimento sobre pesquisa, ou seja, a pesquisa que prima pela razão pública de sua existência não se faz sem ensinar, pois não se ensina sem pesquisar e nem se faz ambos sem intervir ou dialogar com a comunidade.

Com esse posicionamento, tivemos como primeira constatação que tratar dos temas da integralidade, atenção básica e práticas avaliativas, no sentido das relações e interações, nos exige um esforço de transversalidade de seus objetos e pluralidade metodológica. Na esteira de sua operacionalização, observamos uma intensa discussão que culminou na produção de conhecimentos híbridos, não menos críticos. Com isso parecia-nos claro que analisar as práticas avaliativas e de integralidade na atenção básica exigia-nos

uma prática de pesquisa em rede, com diferentes vertentes de pensamento, disciplinas oriundas das ciências sociais e humanas, tais como a filosofia, sociologia, psicologia, direito, medicina e antropologia. Produzir a tessitura metodológica para análise dos dados da pesquisa requereu o efetivo exercício da transdisciplinaridade, cujo resultado final foi a realização de um “trabalho acadêmico em rede”, longe de não ter conflitos, mas pedagógico, sobretudo uma estratégia metodológica específica, na qual nos viamos profundamente implicados.

As equipes de trabalho entrevistadas em cada localidade desenvolveram uma maneira própria de lidar com a necessidade, quase imperativa, de que os profissionais assumam um posicionamento crítico sobre o próprio agir em busca de novas formas de produção do cuidado, sem ignorar ou negar o protagonismo dos usuários. Ressignificando saberes e fazeres e implicando-se com o processo de trabalho, as equipes produziram formas singulares e inovadoras de atuação no cotidiano dos serviços. Mais que isso, as práticas analisadas apresentam uma potência formativa na integralidade das ações, para a qual as práticas avaliativas na atenção básica poderiam trazer contribuições importantes como dispositivos instituintes de práticas humanizantes de interação entre práticas de integralidade e avaliativas.

Vale destacar a importância de se realizar as devolutivas de nossas análises aos serviços locais do estudo. Ao mesmo tempo em que reiterávamos o compromisso da universidade de prestar conta de seu trabalho à sociedade que a mantém, podemos também realizar uma espécie de validade dialógica sobre as análises realizadas. As devolutivas foram realizadas durante os anos de 2006, 2007 e 2008.

Os 17 trabalhos inéditos aqui reunidos refletem as etapas de formulação da pesquisa e o acolhimento de contribuições concernentes à análise sobre as práticas avaliativas amistosas à integralidade, os quais foram reagrupados em quatro partes.

Na primeira, encontramos os pressupostos teóricos, a trajetória metodológica e as noções fundantes que serviram de alicerce teórico às experiências cotidianas em quatro localidades nas diferentes regiões do país. Pinheiro e Silva Junior, em seus dois textos, dissertam sobre a proposta de estudo de processos avaliativos na atenção básica e os caminhos analíticos e operacionais de sua construção. Felisberto et al. traz uma contribuição relevante e inovadora sobre o uso da avaliação sobre a formação profissional, destacando a necessidade de desenvolver capacidades avaliativas.

Na segunda parte, são apresentadas as experiências de análise das práticas avaliativas e suas relações com as práticas de integralidade na atenção básica nos sistemas de saúde das localidades de Rio Branco, Juiz de Fora, Cuiabá e Pirai, a partir da matriz multidimensional proposta pela pesquisa, que se concentra em dois dos três eixos específicos: gestão e reorganização dos serviços de saúde e conhecimentos e práticas dos trabalhadores em quatro localidades em diferentes regiões do país.

A terceira parte apresenta as contribuições mais diretamente relacionadas com o terceiro eixo da pesquisa – direito à saúde – que consiste em apresentar desenhos interdisciplinares para avaliação em saúde, a partir do estudo sobre experiência de adoecimento e as contribuições dos estudos sobre itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais como ferramentas metodológicas traçadoras a serem utilizadas em estudos avaliativos sobre práticas de integralidade na atenção básica.

Por fim, a quarta parte se concentra em análises sobre concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde e dos indicadores de avaliação nos processos saúde e doença e suas repercussões sobre o trabalho educativo e limites das avaliações institucionalizadas vigentes.

Esperamos que esta coletânea possa oferecer ao leitor possibilidades teórico-metodológico-práticas de compreender a complexidade dos processos de institucionalização da avaliação da atenção básica naquilo que há de mais legítimo em sua configuração: democratização das informações, dos julgamentos e das tomadas de decisões. Buscamos apresentar um dos retratos dessa travessia de pesquisar que confere materialidade àquilo que pensamos, onde o real se constitui no lugar do exercício do imperativo ético do qual não podemos, como pesquisadores, gestores, trabalhadores, estudantes e usuários, nos serviços e nas universidades, nos furtar: afirmar a vida como algo que possui valores como responsabilidade, vínculo e resolução dos problemas, as bases de uma ética do futuro, ética do cuidado, ética da integralidade.

Roseni Pinheiro
Aluisio Gomes da Silva Jr.

PARTE I

**Pressupostos teóricos, trajetória metodológica
e noções fundantes**

Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica

ROSENI PINHEIRO
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

O processo de institucionalização da avaliação promovido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica, vem avançando e trazendo no seu interior novas demandas, perspectivas e limites ainda não superados.

A institucionalização é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito, neste caso, de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos. Trata-se de uma compreensão da avaliação que vai muito além da obrigação de prestar contas a organismos financiadores ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais (FELISBERTO, 2006, p. 554).

Compartilhamos da leitura desse autor, quando afirma que a avaliação no âmbito do SUS vem sendo institucionalizada a partir do processo de indução pelo gestor federal, de uma estratégia chamada de “aculturamento” da avaliação. Tal estratégia consiste, em grande parte, na inclusão da avaliação na rotina da atenção básica, que por sua vez é orientada por uma política nacional a ser desenvolvida

por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho bem equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007, p. 12).

Parece-nos evidente que, para pensar a institucionalização de processos avaliativos, torna-se necessário realizar mediações com o princípio da integralidade, sobretudo no que concerne à construção de possibilidades de combinações de referenciais analíticos capazes de considerar suas práticas, assim como os saberes que as sustentam, refletindo assim sobre os caminhos de efetivar a estratégia de aculturamento da avaliação. Partimos do pressuposto de que um dos principais desafios que se coloca está na necessidade de se conhecer as práticas de gestão e de cuidado existentes no cotidiano dos serviços de

saúde. Conhecer no sentido de observar práticas avaliativas como uma ferramenta útil no cumprimento do principal desígnio proposto pela Política Nacional de Atenção Básica:

considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Entretanto, historicamente predominam no Brasil práticas avaliativas pouco sistematizadas e articuladas, instituídas verticalmente numa lógica de controle do nível federal de gestão sobre os níveis estadual e municipal. Persiste a predominância dos aspectos normativos privilegiados nas práticas avaliativas dos programas e projetos, em detrimento de aspectos que evidenciem movimentos de mudança no sentido de realização do ideário do SUS – ou seja, universalidade, equidade e integralidade. Na maioria dos casos, é flagrante a desconsideração das diversidades de contextos, condições de operação e de situações de saúde no vasto território nacional.

A premissa de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas são apropriados socialmente (gerando aprimoramento institucional e profissional) é outro ponto que merece consideração. Isto porque já existem evidências de que as equipes de saúde locais têm dificuldades de se apropriar dos processos avaliativos, devido ao desconhecimento de suas abordagens e à sobrecarga de tarefas exigidas pelos próprios programas, principalmente as de coleta de dados. Na maioria das vezes, esses dados não são processados por quem os coleta e nem os resultados das análises chegam a tempo útil para ajudar na reflexão de práticas e na conseqüente mudança necessária (CONILL, 2006).

Com efeito, os resultados das avaliações muitas vezes são utilizados em processos decisórios de alocação de recursos ou implementação de programas, sem levar em consideração o cotidiano das equipes de saúde responsáveis pela execução das ações (TANAKA, 2006). Essas dificuldades e lacunas nos estimularam a buscar um diálogo com alguns autores do campo da avaliação em saúde, na perspectiva de apontar possíveis caminhos na construção de práticas avaliativas socialmente efetivas e mais “amistosas” à integralidade.

Os debates promovidos pelo LAPPIS, assim como suas publicações, plasmam o esforço de sistematização do conhecimento acerca do tema da integralidade. A partir de estudos sobre experiências em diferentes estados e municípios brasileiros, desenvolvemos desenhos interdisciplinares capazes de identificar atributos da integralidade emergentes das práticas inovadoras na organização da atenção e no cuidado prestado como expressões concretas da política nacional de saúde, o SUS (PINHEIRO, 2001).

Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004) têm a compreensão de que assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde significa entender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade. Nesse sentido, os estudos sobre as experiências com potencial inovador permitem refletir criticamente sobre os saberes e práticas que subjazem sua efetivação como eixo orientador da política nacional de saúde (MATTOS, 2002; PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Tais inovações são construídas cotidianamente com permanentes interações democráticas dos sujeitos *nos* e *entre* os serviços de saúde, sempre pautadas por valores emancipatórios. Valores como garantia de respeito à alteridade com o usuário, exercício da solidariedade, reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). O controle pela sociedade é construído com mecanismos de participação social, vocalização de atores em assimetrias de poderes e capacidade coletiva de avaliar o desempenho das políticas públicas. Os serviços de saúde são compreendidos como espaços públicos onde vivem sujeitos coletivos (“resultantes da intersubjetividade que somos”) ainda carentes de um agir político, compartilhado e sociabilizado (AYRES, 2001).

A integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas sociais de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade – práticas estas que produzam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvam melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, mediem negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção.

O cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). A ação integral é também entendida como a “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997).

Quando nos referimos às experiências com potencial inovador, não as classificamos como *best practices*, tampouco falamos em modelos ideais, prescritivos, mas de práticas eficazes que buscam transformações na melhoria de saúde das pessoas, seja na reorganização da gestão, seja nos processos de trabalhos. Nesse sentido, a pluralidade de atores e contextos não permite que façamos generalizações, mas propicia um intercâmbio de lições e aprendizagens que, sem dúvida, entendemos ser um dos motivos de se avaliar.

Algumas aproximações da discussão da integralidade com a de avaliação em saúde já foram feitas pelo grupo de pesquisadores do LAPPIS no campo da Atenção Básica; da Saúde Mental e das Redes Assistenciais no setor público e suplementar de saúde (MASCARENHAS, 2003; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004; CAMARGO JUNIOR et al., 2005; SILVA JUNIOR et al., 2006; PINHEIRO; MATTOS; SILVA JUNIOR, 2007; PINHEIRO et al., 2007).

Encontramos muitos desafios e limites quanto à busca de referenciais teóricos mais adequados que possam pavimentar o solo epistemológico da construção de práticas avaliativas voltadas para a integralidade, sem abrir mão de seus valores. Para superá-los, entendemos que a principal estratégia consiste em conhecer as práticas avaliativas em cursos, sejam elas formais ou informais, no sentido de construir um mapa dessas configurações, pretendendo compreendê-las e compartilhá-las em suas possibilidades, limites e desafios. Tal estratégia foi inscrita no desenvolvimento de um estudo multicêntrico

sobre tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na atenção básica, que teve como objetivo principal analisar as práticas avaliativas desenvolvidas na atenção básica em sistemas municipais, a partir do estudo das práticas de integralidade na gestão e organização dos serviços de saúde e nos conhecimentos e práticas dos trabalhadores. Este estudo contou com apoio do CNPq, FAPERJ e UERJ para sua execução, e é a partir de seus resultados e produtos gerados, por diferentes nichos locais de ensino e pesquisa, que apresentamos aqui nossas reflexões. Temos como horizonte contribuir para a construção de estudos sobre práticas avaliativas e suas mediações com a integralidade, no sentido de identificar evidências capazes de induzir a reorganização da gestão e da atenção voltadas para os princípios e diretrizes do SUS.

Mediações com o campo da avaliação em saúde

As dificuldades e (por que não?) as possibilidades começam na própria definição de avaliação em saúde, devido à polissemia conceitual do termo e à multiplicidade de construções teóricas e técnicas que permitem múltiplos recortes e análises de seus objetos (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A autora afirma que o conceito de campo, enquanto rede de relações entre agentes e instituições, no sentido atribuído a Bourdieu (1979; BOURDIEU; WACQUANT, 1992) é útil para delinear os debates em torno da avaliação. O maior grau de consenso entre as definições existentes está naquelas referentes à avaliação de programas. (SCRIVEN, 1991; PATTON, 1997; ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Destaca-se a definição de Contandriopoulos, que considera a avaliação como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Entretanto, Vieira-da-Silva aponta como limitante deste conceito a noção de intervenção que reduz a avaliação a uma dimensão instrumental da ação. Propõe uma substituição do termo *intervenção* para o de *práticas sociais*, adequando a definição à noção de campo da avaliação proposta anteriormente, no qual as práticas de saúde são tipos especiais de práticas sociais e sua avaliação abrangeria desde práticas cotidianas dos serviços de saúde até intervenções sociais planejadas mais amplamente.

A autora justifica esta ampliação da definição de Contandriopoulos na perspectiva de consolidação do campo científico da avaliação com sua produção diversificada e inúmeros agentes envolvidos. Destaca aqueles agentes especializados que conformam a avaliação como disciplina. A autora pondera, entretanto, a necessidade de fazer uma distinção entre monitoramento e avaliação pontual. O monitoramento é entendido como acompanhamento sistemático sobre alguma característica dos serviços; e a avaliação pontual, como o julgamento sobre os serviços em determinado ponto do tempo. Esta distinção é feita para chamar atenção para o fato de que o monitoramento pode produzir informações, sem contudo gerar avaliações. A otimização dos sistemas de informação para fins de avaliação, assim como a indicação adequada acerca da necessidade ou não da realização de avaliações pontuais ou pesquisas avaliativas mais amplas, são determinadas a partir do grau de institucionalização da avaliação no âmbito dos serviços e da política (HARTZ, 1997).

Em que pesem os esforços de buscar a melhor definição e distinção sobre os diferentes usos da avaliação, sobretudo no que diz respeito às influências das práticas avaliativas

sobre as outras práticas – no nosso caso, práticas de integralidade –, ainda carecemos de evidências para o uso preciso dos referenciais de avaliação, tão exigido pelos avaliadores especialistas. Entretanto, outros especialistas apontam para lacunas existentes, constatação que compartilhamos com a assertiva de Cristie (1997), quando afirma:

se o uso da avaliação é comprovadamente o tema mais investigado, recebendo considerável atenção em sua base teórica, a literatura empírica sobre a influência da avaliação é escassa, sendo limitado o número de pesquisas acerca da influência da avaliação sobre o aprimoramento do programa, da política e dos participantes. (HARTZ; FELIBERTO; VIEIRA-DA-SILVA, 2008, p. 326).

Com vistas ao atendimento do objetivo principal de nosso estudo, buscamos realizar um exercício de compreensão dessa base teórica acerca da avaliação e sua relação com as práticas na saúde, em particular no Brasil. Realizamos um levantamento bibliográfico, por meio de consulta em duas bases bibliográficas nacionais que trabalhassem com esses temas: Bireme e Biblioteca do Ministério da Saúde. No levantamento foram utilizados como descritores principais “práticas de saúde”, “atenção básica”, “integralidade”, sendo em seguida aplicado o *Thesaurus* para estruturar e controlar termos organizados formalmente, de maneira a explicitar as relações entre os “conceitos” apresentados. Com isso foi possível eliminar os inconvenientes da sinonímia nas pesquisas e melhorar o processo de seleção de unitermos da pesquisa, aumentando a pertinência da mesma em bases de dados. Após sucessivas aplicações, chegou-se a 39 referências (entre artigos, livros, capítulos de livros, documentos institucionais, manuais, compêndios e publicações especializadas e oficiais), sendo consultadas publicações datadas nos anos de 2003 a 2006 (BVS - Integralidade. [www.bvsintegralidade.iciict.fiocruz.br]).

Com a leitura sistemática e a realização de debates em diferentes reuniões técnicas do grupo de pesquisadores do LAPPIS, chegamos a algumas constatações:

- a) A totalidade dos autores especialistas no tema concorda que não é possível ter uma definição única de avaliação. Além disso, são apresentadas afirmações recorrentes de que há predominância expressiva de avaliações normativas, consideradas pouco eficientes para uma compreensão qualitativa dos aspectos relevantes à concreta avaliação das práticas na saúde, assim como a própria prática dos avaliadores, seja no que concerne a sua utilidade na resolução de problemas, seja no que diz respeito à identificação da direcionalidade das mudanças no modelo tecnoassistencial.
- b) Em que pese alguns autores dos textos selecionados reconhecerem a importância de se considerar no rol de avaliadores externos o usuário dos serviços, terminavam por defender o *expert* acadêmico como sendo o único agente legítimo capaz de avaliar as ações/práticas adequadamente, ou seja, influenciar no julgamento de valor e na tomada de decisão acerca do cuidado prestado.
- c) No que diz respeito às pesquisas avaliativas produzidas por *experts*, podemos observar que poucas são porosas à participação do trabalhador da saúde nos processos avaliativos, seja no fornecimento de informações e julgamento de valor sobre suas ações, assim como na tomada de decisão sobre seu próprio trabalho. Isto é, o grau de utilidade dos processos avaliativos desenvolvidos pelos trabalhadores para reorganizar suas práticas ainda é bastante baixo.