

AVALIAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Maria Luiza Silva Cunha

Aluísio Gomes da Silva Júnior

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1990, passou a ser crescente o interesse em avaliação em saúde no Brasil. Tal fato se relaciona à ampliação das políticas públicas sociais, a partir da Constituição Federal de 1988. No âmbito dessa ampliação, insere-se a política de saúde instituída com o Sistema Único de Saúde (SUS). O advento do SUS em nosso país ampliou a importância econômica e política do setor da saúde e despertou o interesse pela avaliação de suas políticas e programas (Furtado e Laperrière, 2011).

Para Figueiredo e Tanaka (1996), em que pese à criação do SUS, os obstáculos observados em sua implantação levam à constatação de que os direitos de cidadania previstos no mesmo são dependentes de mudanças estruturais mais amplas na sociedade. Para os autores, nessa mesma perspectiva, a avaliação em saúde, ao refletir a política hegemônica vigente, “tem sido feita de maneira isolada, aparentemente autônoma e determinada por opções cujo recorte pre-

tende realçar seu enfoque metodológico” (Figueiredo e Tanaka, 1996, p. 100). Nesse sentido, deixa de ser capaz de influir no processo de tomada de decisão e de favorecer o alcance do modelo de atenção à saúde previsto no SUS. Superar tais limitações da avaliação em saúde pressupõe considerar a determinação política e a articulação entre teoria e prática nesse campo.

É nessa direção que se tem produzido ao longo do tempo um conjunto de mudanças teórico-conceituais no campo da avaliação em saúde, advindas da progressiva incorporação de saberes das ciências sociais, da economia, da pesquisa clínica e epidemiológica e do direito, assim como de transformações de ordem política e metodológica. Nesse percurso histórico da avaliação, diferentes etapas foram identificadas, possibilitando que características fossem destacadas em cada uma delas, configurando o que Guba e Lincoln (1989) denominaram de gerações de avaliação (Cruz, 2011).

No presente capítulo, procuramos refletir sobre algumas concepções e práticas da avaliação de políticas e programas em saúde, em especial as participativas, buscando identificar aspectos que merecem reflexão no que diz respeito à promoção da participação social e à melhor adequação de suas estratégias de fortalecimento do SUS.

AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA SAÚDE

A literatura aponta que existem diferentes definições de avaliação, não existindo consenso entre os autores. Uma definição, entretanto, com grande aceitação é a que toma avaliação como o ato de “julgar o valor ou mérito de alguma coisa” (Scriven, 1967 apud Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004, p. 35). Outra definição introduz a perspectiva da adoção de critérios ao entender avaliação como “identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios” (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004, p. 35).

Entende-se que a segunda definição amplia a primeira ao incorporar os critérios como parte da avaliação. A identificação, o esclarecimento e a aplicação dos mesmos, entretanto, não se dão de forma neutra, e os resultados da avaliação podem ser muito diferentes em decorrência dos critérios ou indicadores utilizados. Nesse sentido, são colocadas as seguintes perguntas: a quem cabe decidir sobre a seleção dos critérios? Em que medida os critérios selecionados respondem aos interesses e às perguntas do conjunto ou de uma parcela dos envolvidos? As informações resultantes da aplicação dos critérios favorecem a tomada de decisão de forma participativa?

Em grande medida essas questões nortearam abordagens pragmáticas da avaliação, tomadas como favorecedora da participação dos envolvidos e da maior utilização dos seus resultados (Weiss e Stake apud Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011). Essa perspectiva, entretanto, não está presente na origem da avaliação, sendo mais recente no processo contínuo de evolução dos seus métodos e abordagens. Destacam-se, no trecho abaixo, elementos desse percurso histórico da avaliação.

Ao longo da história da avaliação, o processo de produção de conhecimentos se inscreve em um modelo positivista que depende de especialistas que dominamos métodos científicos. Até os anos 1990, as práticas dominantes, em avaliação, haviam procurado aplicar à engenharia social as técnicas da engenharia tecnológica, mesmo que estas se revelassem cada vez menos apropriadas para apreender a complexidade dos problemas sociais. Em 1989, dois autores, Guba e Lincoln, publicam, com grande sucesso, *Fourth Generation Evaluation*, que apresenta uma nova abordagem da avaliação. As certezas e o ideal de verdades subjacentes ao método científico positivista dão lugar às dúvidas. Guba e Lincoln insistem sobre a relatividade dos princípios em que repousa a avaliação e sobre a natureza contextual e negociada de seus resultados. (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011, p. 35-36)

De forma distinta das gerações previamente existentes de avaliação, cuja centralidade é a mensuração, a descrição e o julgamento de valor, a perspectiva da *avaliação de quarta geração* prevê a incorporação de elementos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais, para além da ciência, em que a principal dinâmica é a *negociação* (Guba e Lincoln, 2011).

No contexto da década de 1990, algumas transformações sociais contribuíram de forma significativa para o surgimento das novas práticas de avaliação. A primeira diz respeito às maiores possibilidades de interação e intercâmbio entre atores sociais, ampliadas exponencialmente pelo advento da internet. Em segundo lugar, destaca-se o processo de mundialização das trocas e a emergência de problemas sociais que demandam respostas globais e uma prática internacionalizada de avaliação. Em terceiro, está a necessidade de adequação de recursos escassos ao atendimento de necessidades sociais crescentes e complexas, levando a que o papel da avaliação seja mais importante na definição de prioridades e da viabilidade de programas em sua eficiência e eficácia (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011).

Guba e Lincoln (2011), ao proporem a *avaliação de quarta geração*, partem de uma crítica às três primeiras gerações de avaliação, a qual está centrada, principalmente, em três aspectos, que serão apresentados resumidamente a seguir.

O primeiro se refere à *tendência ao gerencialismo*, que envolve a relação estabelecida entre administradores (patrocinadores ou clientes que contratam ou financiam a avaliação e gestores) e o avaliador. É por meio dessa relação que se estabelece um acordo de avaliação no qual o avaliador se reporta ao administrador tanto para a delimitação do objeto quanto para a divulgação dos resultados da mesma. Tal relação, raramente contestada, gera consequências, como o fato de o administrador *ficar fora* da avaliação, que leva à impossibilidade de questionamento de seus métodos administrativos e de ser responsabilizado pelo que o objeto de avaliação produz. Tal relação frequentemente se caracteriza por ser

enfraquecedora (privadora de poder) e *injusta*, na medida em que cabe unilateralmente ao administrador a definição das perguntas a serem respondidas pela avaliação, a forma de coleta e de interpretação das informações e decidir quem terá acesso aos seus resultados, podendo haver ou não o acordo do avaliador nesse processo. A centralização da avaliação no administrador priva os grupos de interesse (*stakeholders*) de poder, impossibilitando os mesmos de participar na formulação de perguntas, de terem as suas interpretações levadas em consideração e de acessarem os resultados da avaliação. Nesse sentido, o processo de avaliação é injusto ao privar os grupos de interesse de obterem informações necessárias à efetivação de sua participação e ao exercício de seus direitos – e, com isso, de terem as suas recomendações consideradas e de compartilharem o poder.

O segundo aspecto envolve a *incapacidade de acomodar o pluralismo de valores* presente na concepção de que a sociedade compartilha valores e de que existe uma concordância sobre os mesmos. No final dos anos 1960, o pluralismo de valores ficou evidente a partir das rivalidades tradicionais entre partidos políticos e de conflitos de várias ordens – de gênero, de etnias e até mesmo de gerações –, que se deram de forma simultânea à terceira geração da avaliação. Se, por um lado, a atribuição de valor sempre esteve associada à avaliação, a constatação da existência de valores diferentes na sociedade não foi suficiente para uma mudança significativa na forma de condução da avaliação, que buscou respaldo na objetividade do método científico e na sua pretensa isenção de valores.

A preponderância da abordagem positivista e a adoção de métodos próprios das ciências físicas pelos cientistas sociais, expressada pelo *comprometimento exagerado com o paradigma científico*, foram consideradas o terceiro ponto de imperfeição das gerações de avaliação anteriores apontado pelos autores. Ao utilizarem o paradigma científico, os avaliadores pretendiam evidenciar a realidade de forma objetiva, neutra, descritiva e isenta de valor. Em consequência, problemas como a “descontextualização”; a exagerada dependência em relação à mensuração, à abordagem quantitativa

e à análise com base em instrumentos matemáticos e estatísticos; o caráter inexorável dos resultados, legitimados pela ciência e tomados como expressão da verdade; a aceitação acrítica da ciência, tomada como única forma legítima de conhecimento; e a isenção do avaliador de qualquer responsabilidade moral por suas ações, em decorrência do pressuposto de que a ciência é isenta de valores e de que o avaliador é apenas o seu mensageiro, fizeram-se presentes, mas não foram enfrentados pelas três primeiras gerações de avaliação.

A abordagem da avaliação proposta por Guba e Lincoln se expande, e outras perspectivas são formuladas. Destaca-se a “a ‘avaliação habilitante’ de Fetterman (1994), a avaliação democrática e participativa de Cousins e Earl (1995) e de Maguire (1987) e a avaliação colaborativa de O’Sullivan (2004)” (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011, p. 36). Em comum, esses trabalhos partem do pressuposto de que os pontos de vista dos atores sociais envolvidos devem ser levados em conta. Os parâmetros e fronteiras da avaliação, igualmente, não são mais predeterminados, mas elaborados através de um processo que pressupõe interação e negociação entre os diferentes atores e grupos envolvidos. Dessa forma, superam a perspectiva tecnicista e a ideia de que a avaliação, ao envolver todos os participantes da ação social, inclusive os grupos marginalizados e pouco favorecidos da sociedade, restringe-se aos especialistas. Ao avaliador cabe, predominantemente, o papel de moderador, que prevalece sobre suas funções de técnico, de juiz e de descritor (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011).

Para Guba e Lincoln (2011), na *avaliação de quarta geração*, o papel do avaliador é mais amplo do que o do técnico que coleta informações, pois os avaliadores devem ser “parceiros subjetivos dos grupos de interesse na criação factual dos dados” (2011, p. 54) e orquestradores “do processo de negociação, e em última análise é justamente essa a essência da avaliação” (2011, p. 16).

A centralidade na *negociação* dessa abordagem parte, assim, da compreensão de que diferentes valores estão presentes nos diversos grupamentos humanos que fazem parte da situação e

que os mesmos devem ser considerados, chamando atenção para a dimensão humana e ética da participação. Nas palavras dos autores:

A avaliação de quarta geração sustenta que, na medida em que a avaliação envolva seres humanos (como clientes, grupos de interesse, fontes de informação e inúmeras outras entidades), é responsabilidade do avaliador interagir com esses seres humanos de uma maneira que respeite sua dignidade, sua integridade e sua privacidade. É evidente que os avaliadores convencionais têm sido criteriosos com relação à ética; os cânones referentes ao consentimento totalmente informado, aos danos, ao engano e à privacidade/confidencialidade são bem compreendidos e na maioria das vezes respeitados. Entretanto, o pleno significado da frase “respeitar sua dignidade, sua integridade e sua privacidade” não se restringe nem um pouco a esses amparos convencionais. Esse significado eleva-se ao nível do envolvimento *totalmente participativo*, em que os grupos de interesse e outras pessoas que venham participar da avaliação são acolhidos como parceiros equitativos em todos os aspectos do projeto, da implantação, da interpretação e da ação que resulta da avaliação – isto é, eles recebem uma medida exata de *paridade e controle político*. (Guba e Lincoln, 2011, p. 17)

Para os autores, a paridade envolve não apenas o poder compartilhado, mas também a possibilidade de compartilhamento, entre os participantes, de suas construções (que são atribuições de sentido às situações nas quais se encontram, moldadas pelos seus valores). Envolve, ainda, a possibilidade de que as mesmas se tornem uma construção *conjunta* comum, baseada no consenso e mais bem fundamentada e esclarecida, o que possibilita outro tipo de paridade, além da paridade política: a *paridade conceitual*. Em comum, inscrevem-se na perspectiva que considera os participantes como seres humanos, sujeitos de direito, e não como objetos de estudo e de experimentação (Guba e Lincoln, 2011).

A adoção de tais pressupostos e o entendimento da realidade como uma construção social que não possui existência objetiva e

independente do observador levou os autores à elaboração de uma metodologia centrada no paradigma construtivista, em oposição à metodologia baseada no positivismo científico. Denominada *metodologia construtivista*, caracteriza-se pela interação entre o avaliador e interessados, a partir da qual o produto da avaliação é criado, sendo entendido como “uma *agenda de negociação* das reivindicações, preocupações e questões que não foram resolvidas nas trocas hermenêuticas dialéticas” (Guba e Lincoln, 2011, p. 20).

Para os fins deste trabalho, considera-se relevante a reflexão sobre práticas avaliativas que possam incorporar a participação e os valores de diferentes grupos de interesse e não apenas envolver os administradores e técnicos especialistas em avaliação. Nesse sentido, cumpre destacar uma experiência prática de utilização do referencial teórico-metodológico da *avaliação de quarta geração*. Trata-se da descrição do percurso metodológico da pesquisa que objetivou avaliar qualitativamente serviços de saúde mental da região Sul do Brasil, desenvolvida no período de 2005 a 2007 (Kantorski et al., 2011). A referida pesquisa foi realizada a partir do estudo de caso de cinco centros de atenção psicossocial (CAPs) I e II, selecionados em uma primeira etapa da pesquisa, na qual foi realizado um estudo quantitativo de abordagem epidemiológica. Fatores como tempo de funcionamento, experiência do serviço e disponibilidade dos grupos de interesse em aderirem à proposta também foram considerados.

Os autores descrevem que a entrada no campo envolveu contato inicial com a equipe do serviço para a discussão da proposta da pesquisa e a definição de sua inclusão no processo avaliativo. A etapa seguinte foi destinada à organização da avaliação com base na observação do campo e da construção de uma relação de confiança com os diferentes integrantes dos serviços. Foram incluídos na pesquisa, como grupos de interesse, os usuários, os familiares e a equipe, com os quais se desenvolveram construções conjuntas com base no referencial do círculo hermenêutico-dialético. Nesse processo, as questões iniciais norteadoras das entrevistas foram desdobradas em outras questões que incorporaram as preocupações

dos grupos. Posteriormente, a totalidade das informações produzidas foi apresentada aos grupos para que tivessem a possibilidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. Do processo que envolveu a negociação emergiram eixos temáticos em cada grupo de interesse.

A pesquisa se desdobrou em outras etapas e envolveu, igualmente, a formação dos integrantes da pesquisa. A apresentação sintética das fases iniciais no presente artigo teve o intuito de acentuar as preocupações da pesquisa, com a incorporação de outros grupos de interesse e a viabilidade de sua realização em nosso meio.

A inclusão dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde merece destaque não apenas nas práticas avaliativas, mas na gestão como um todo, na medida em que tradicionalmente a mesma é tomada como atributo exclusivo dos gestores, esses entendidos como ocupantes dos cargos dirigentes. Reverter esse cenário na perspectiva da cogestão e da participação democrática é o desafio a ser enfrentado também pela avaliação em saúde. Desafio que tem na explicitação dos valores do conjunto de participantes, no compartilhamento de informações, na autonomia, no empoderamento e na maior capacidade de defesa de direitos, uma importante dimensão ética.

As abordagens de avaliação participativa se coadunam aos preceitos do SUS ao considerarem a participação como exercício de cidadania e adotarem a concepção de que a “avaliação não é uma atividade apenas técnica, mas também prática e sobretudo emancipatória. Ela deve propiciar ao conjunto dos atores melhor compreensão das condições nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento” (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011, p. 37).

Tal perspectiva emancipatória foi tomada como central em uma abordagem mais recente da avaliação. Em artigo publicado em 2003, Barone Monnier partem da seguinte questão: além de patrocinadores, participantes e beneficiários da política pública, a sociedade civil pode participar de seu processo de avaliação? Denominada de *avaliação emancipatória* ou de *quinta geração*, tal abordagem envolve a

combinação de gerações de avaliação anteriores, mas vai além delas por seu desejo explícito de capacitar os participantes através do processo de avaliação. Incorpora a sociedade civil em todas as etapas da avaliação, que envolve a definição do conteúdo, a realização e a produção dos resultados finais. Tem como foco a melhoria das políticas públicas e a maior compreensão, por parte dos grupos sociais, dos problemas envolvidos em tais políticas, favorecendo a busca de transformação dos mesmos a seu favor (Hartz, 2008).

Segundo Baron e Monnier (2003), na *avaliação de quinta geração* uma fase de treinamento substancial é oferecida aos participantes antes e nas demais fases da avaliação. Nessa abordagem, a capacitação significa o acesso, por parte de diferentes grupos, às informações e conhecimentos e a conseqüente ampliação de seu poder. Baseia-se, predominantemente, em metodologias qualitativas, podendo utilizar desenhos, fotos, diagramas, entre outros, que favoreçam a assimilação por parte de alguns grupos.

As transformações históricas nas formas de conceber e concretizar a avaliação em saúde se inserem em um contexto de preocupação crescente com as políticas públicas e com a maneira de produzir a gestão em saúde. Estudos recentes demonstram, entretanto, que a institucionalização da avaliação em saúde ainda é um desafio a ser alcançado em nosso meio, apesar da sua relevância para a saúde coletiva (Pinheiro, Silva Júnior e Mattos, 2008).

Para Contandriopoulos (2006), a capacidade de institucionalização da avaliação como instrumento de aperfeiçoamento do sistema de saúde envolve não apenas a produção de informações voltadas à tomada de decisão de forma racional, mas o fato de que as mesmas possam ajudar a melhorar o desempenho do SUS. Para tanto, faz-se necessário agregar ao critério da eficiência o princípio da equidade de acesso aos serviços e o respeito às liberdades individuais. Na perspectiva desse autor, o papel da avaliação é entendido para além de um guia racional de escolhas das instâncias decisórias, mas como uma forma de exercício democrático, uma oportunidade de aprendizagem por parte de diferentes atores. Passaria, assim, de

instrumento de poder de um grupo restrito para um instrumento de liberação do conjunto de atores. O autor aponta que “na prática, no entanto, ainda não se dispõe da liderança, das competências, dos métodos e dos meios necessários para institucionalizar este tipo de avaliação” (Contandriopoulos, 2006, p. 210). Ao mobilizar diferentes atores, interesses em conflito e um conjunto de direitos individuais e coletivos, a avaliação em saúde aponta para a necessidade de uma reflexão sobre alguns de seus aspectos. Para a realização da mesma partiremos da análise da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS).

CONCEPÇÕES DE AVALIAÇÃO E O PARTICIPASUS

A participação social no SUS foi concebida através da Constituição Federal e da lei nº 8.142/1990, alcançando avanços significativos na institucionalização das conferências e dos conselhos de saúde como instâncias de controle social. Apesar dessa realidade favorável, que resultou na instalação, na atualidade, de conselhos de saúde na totalidade dos municípios do Brasil e na qual as conferências de saúde reúnem um conjunto expressivo da sociedade em torno da formulação da política de saúde, os desafios colocados para a participação e a defesa do direito à saúde em sua radicalidade, levaram a que a participação fosse pensada de forma articulada à gestão através do ParticipaSUS. O surgimento do ParticipaSUS traz em seu bojo a compreensão da importância e necessidade de um conjunto de medidas orientadoras das ações de governo voltadas à promoção e qualificação da gestão democrática do Sistema Único de Saúde.

Aprovado pelo Ministério da Saúde no ano de 2007, mediante a portaria nº 3.027, o ParticipaSUS foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2009, em documento elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Em sua introdução, o referido documento resgata historicamente as bases da constituição do SUS, destacando em seu caráter inovador os princípios de universalidade

de acesso, integralidade, equidade, descentralização e a “ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde” (Brasil, 2009a, p. 8). No trecho destacado a seguir é possível apreender que a participação da sociedade envolve diferentes fases da política, concepção retomada mais adiante no documento, ao apresentar a articulação entre a participação social e a gestão em saúde.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. (Brasil, 2009a, p. 9-10)

Dessa forma, a participação efetiva no SUS é compreendida como algo que se dá pela capacidade de formulação e deliberação da política de saúde, tendo por base os processos cotidianos do SUS, desenvolvidos no espaço *local* em que são produzidas as práticas e serviços de atenção integral à saúde. Tal participação, que envolve *não apenas* o controle da política, está prevista por meio da gestão estratégica e participativa.

Entre as práticas e os mecanismos assumidos como componentes do ParticipaSUS estão a gestão participativa e o controle social no SUS, a ouvidoria, a auditoria e o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Os mesmos serviram de base para a conformação institucional assumida pela SGEP, que passou a contar com quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento Nacional de Auditoria do SUS e Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Ao considerar a reflexão que toma como base o texto do documento do ParticipaSUS, parte-se da premissa de que a forma de conceber o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS tem correspondência e impactos nos mecanismos, práticas e atores envolvidos em direção à efetivação do controle social a partir da gestão participativa, como pretendido na política.

O documento do ParticipaSUS identifica a necessidade de ampliação da “divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS” (Brasil, 2009a, p. 10). Através de sua leitura, pode-se deduzir que o monitoramento e avaliação são tomados como funções gestoras pelas quais se prevê a ampliação da capacidade de participação da sociedade no SUS.

No que se refere à responsabilidade pela realização do monitoramento e da avaliação da gestão do SUS, o ParticipaSUS não explicita a participação dos diferentes atores sociais em seu processo. A perspectiva apresentada é que a participação será fomentada a partir da disseminação dos seus resultados, como pode ser verificado no trecho da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS:

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde. (Brasil, 2009a, p. 21)

Por um lado, consta no documento que o “monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno” e de “um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nessa área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas

e correção de rumos” (Brasil, 2009a, p. 21), a partir de uma definição explícita. Por outro lado, o documento apresenta a concepção de avaliação de forma implícita e, em grande medida, identificada com indicadores de saúde.

O tema dos indicadores de saúde é o primeiro a ser abordado no componente, no sentido de serem considerados não apenas os indicadores tradicionais das ações e dos serviços, mas que os mesmos devem ser articulados com indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, tendo em vista a complexidade que envolve o processo de construção de um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida.

No que concerne aos indicadores de saúde, destaca-se, ainda, no documento a referência à preparação da revista *Painel de indicadores do SUS* como uma das primeiras tarefas assumidas pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags). Elaborado e editado pela SGEF do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o *Painel de indicadores do SUS* constituiu uma série editorial com números dedicados a temas específicos e outros panorâmicos do SUS.

O primeiro número da revista foi publicado em agosto de 2006. Em seu editorial é definida como “um instrumento de informação para o empoderamento, especialmente destinado aos conselheiros de saúde, entidades e movimentos da sociedade civil, visando sistematizar e disseminar informações sobre questões relevantes ao sistema” (Brasil, 2006, p. 5). Cumpre notar que a primeira edição foi constituída por temas que compõem o Pacto pela Saúde e projetos prioritários pactuados junto aos conselhos de saúde e às comissões intergestoras, segundo consta em seu editorial.

A formulação acima indica a ênfase dada na sistematização e disseminação de informações a serem destinadas aos conselheiros, entidades e movimentos da sociedade civil. A não explicitação de em que medida os mesmos participam diretamente na escolha dos temas/informações a serem produzidas pode estar associada

à compreensão da necessidade da existência de especialistas em avaliação, questão que correntemente encontramos na literatura sobre o tema, ou mesmo à concepção de avaliação adotada.

Cabe destacar que a viabilização do componente de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, pelo Demags, previu “a construção de espaços/canais de discussão e diálogo, nos quais possam convergir esforços de produção de dados e informações, de modo a permitir uma visão integrada no que concerne aos aspectos/dimensões da gestão a serem monitoradas e avaliadas” (Brasil, 2009b, p. 2-3). Para tal, foi desenvolvido um processo de cooperação entre o Demags/SGEP/MS e o GT de Avaliação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em que as demais secretarias do Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), foram tomados como parceiros estratégicos. Entre os objetivos dessa cooperação, encontra-se o de “apoiar o desenvolvimento metodológico na perspectiva de ampliar a capacidade técnica das equipes gestores, em M&A [monitoramento e avaliação] voltados para a gestão” (Brasil, 2009b, p. 3).

Identifica-se no ParticipaSUS uma forte orientação em direção à institucionalização, integração e articulação das ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Em relação ao Pacto pela Saúde, prevê no componente de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, ações articuladas entre as diferentes áreas do Ministério da Saúde para sua regulamentação e monitoramento. No sentido de desenvolver um processo permanente de monitoramento dos objetivos, metas, responsabilidades e cronograma presentes nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), buscava-se desencadear ações de apoio para a qualificação do processo de gestão do SUS. A concepção norteadora do monitoramento e da avaliação no TCG pode ser verificada em trecho do *Caderno Demags 2009: subsídios para o encontro temático*, destacado abaixo:

Ao construir o TCG, o gestor identifica potencialidades e fragilidades de sua gestão, sendo necessário, para a sua qualificação, o desenvolvimento de um processo permanente de acompanhamento dos cronogramas pactuados, para as situações identificadas como frágeis, e que guardam relação com a não realização satisfatória das responsabilidades definidas em cada um dos sete eixos do Pacto de Gestão, além de desenvolvimento de ações para realização plena de cada responsabilidade, estas ações devem ser previstas nas Programações Anuais de Ações de cada esfera de governo. Na Política ParticipaSUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – as ações relativas aos seus quatro componentes [...] tem uma relação direta com algumas responsabilidades de gestão postas no TCG e que são objeto de monitoramento e avaliação pelo Demags. (Brasil, 2009b, p. 11-12)

O trecho reproduzido acima permite compreender o papel assumido pelo Ministério da Saúde. O documento do ParticipaSUS menciona as diferentes atribuições e responsabilidades referentes ao monitoramento e à avaliação entre as esferas de governo presentes no Pacto pela Saúde, apontando para a necessidade de articulação entre as mesmas. Finalizando, o ParticipaSUS identifica a necessidade de implantação, em todas as unidades federadas, de mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação no sentido de responsabilização dos estados e municípios visando ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

Pelo exposto, é possível verificar que o ParticipaSUS visa fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação como funções gestoras do SUS nas diferentes esferas de governo, pretendendo alcançar, através da qualificação e transparência da gestão pública, a ampliação da capacidade de participação popular.

No que se refere à concepção de avaliação presente no ParticipaSUS, pode-se inferir que é entendida como um julgamento, que tem por base a medição e aferição, a ser realizado a partir da aplicação de instrumentos e estratégias pelas equipes gestoras com o objetivo de produzir e disseminar informações sobre a eficácia, eficiência e efetividade da gestão do SUS.

A descentralização da política de saúde em nosso país é considerada um dos avanços alcançados pelo SUS. Os efeitos pretendidos com essa descentralização se referiam à ampliação da democratização e da participação social e à superação de um sistema altamente centralizado, concentrador de poder e distante das condições de vida e saúde da população brasileira. O ParticipaSUS se insere nesta perspectiva ao se voltar para o fortalecimento da participação social e buscar favorecer a formulação e deliberação conjunta da política de saúde através da gestão estratégica e participativa.

A GESTÃO DO SUS E OS ASPECTOS DE SUAS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO

A institucionalização do monitoramento e avaliação da gestão do SUS que inclui a participação social, entretanto, requer mudanças de práticas, processos mais amplos de democratização da gestão e do cuidado em saúde e uma maneira de conceber a avaliação que transcenda a disseminação de informações e de resultados.

Contudo, verificamos também uma importante dificuldade nas práticas avaliativas em vigência no que diz respeito ao olhar do usuário sobre as ações produzidas na política de saúde. De um modo geral, a participação do usuário, quando ocorre, se dá de forma representativa, ou seja, por meio de um “representante” formalizado, em espaços formais de participação como conselhos de saúde (local, municipal, estadual ou nacional) instituídos pela lei nº 8.142/1990.

Os instrumentos principais em torno dos quais se dão os debates entre os gestores, técnicos e representantes dos usuários são os relatórios de indicadores.

Sem negar a importância e a legitimidade atribuídas às várias representações de usuários, nos preocupa a assimetria de informações e a hegemonia da lógica tecnoprofissional das discussões de saúde produzindo um discurso e uma compreensão de fenômenos distanciada da realidade dos usuários (Contandriopoulos, 2006). Compreensão esta que ignora, na maioria das vezes, o impacto (posi-

tivo ou negativo) das ações de políticas de saúde sobre o cotidiano da população. Os usuários reais, em seus cotidianos, percebem os problemas e suas soluções de maneira muitas vezes diferente da visão dos gestores e as formas de vocalizar estas visões ainda são precárias ou “filtradas” pelo “olhar técnico”.

Mesmo para os representantes técnicos (profissionais de saúde em geral) o uso acrítico e descontextualizado de indicadores produz sérios vieses de foco e interpretações como chamaram atenção Mattos, Robaina e Siqueira (2008a e 2008b). O desafio consiste em como instrumentalizar discussões permitindo, entretanto, a incorporação de novos pontos de vista e a construção de novos valores pactuados. Nesse aspecto, ganha importância o papel do profissional de avaliação.

O papel do avaliador

Caracelli (2000) apontava a evolução do papel do avaliador de imparcial observador externo para um coinvestigador nas ações avaliadas, atuando como facilitador nas discussões com os atores envolvidos, aportando teorias, soluções e críticas. Esse ponto de vista é compartilhado com Rossman e Rallis (2000), que veem na figura do avaliador o papel de parceiro e coprodutor de conhecimento, defendendo a noção de que o diálogo substitui a discussão.

Questiona-se a noção utilizada nas práticas hegemônicas de avaliação de “transferência de tecnologias” dos avaliadores para os interessados na avaliação (gestores, profissionais ou usuários). Remete-se para a noção de “construção conjunta de conhecimentos”, dando sentido às apropriações e aos aprendizados na avaliação mais adequada ao uso ou significado que os interessados compreendem de suas realidades, numa perspectiva construtivista.

Preocupados com o “abismo” que se forma entre o conhecimento científico, como o produzido pelas avaliações, e as apropriações feitas pelos decisores e formuladores de políticas, Callon e Latour (1986 apud Hartz et al., 2008) desenvolveram uma sociologia

da tradução que tenta explicar e eventualmente dar sustentação na transformação de questões políticas em questões técnicas e vice-versa. Essa teoria pressupõe que todo o processo e resultados de pesquisas são modificados por ativos interesses (de atores humanos e não humanos) num processo de construção de uma rede de atores por interações multifacetadas, em que apenas a trajetória das negociações descreve o produto final a ser implantado. Em outras palavras, o conhecimento é e deve ser transformado pelos atores envolvidos levando em conta seus contextos, usos pretendidos e papéis desempenhados por cada ator e recursos alocados. Tradução, portanto, refere-se à contínua reinterpretação dos atores de seus papéis como produtores de inovação nos programas de ação política e que só pode emergir quando levada a cabo por redes de interação (*network*).

Nessa teoria, a inovação é precedida de muita discussão e controvérsias – uma vez que os atores possuem pontos de vistas diferentes – solucionadas, em parte, pelo compromisso acertado com os atores de colaboração na solução dos problemas. Essa tarefa é facilitada pela incorporação parcial e negociada dos diversos interesses (Bilodeau, Chamberland e White, 2002). Hartz et al. (2008) chamam atenção para a mediação necessária nesses processos avaliativos seguindo a teoria de tradução de Callon e Latour.

Avaliação, participação social e mediações necessárias

Davallon (2003) discute a noção de mediação a partir de duas definições do senso comum. A primeira, pressupondo conflito de interesses entre diferentes atores, interpõe-se entre as partes e, utilizando uma “relativa neutralidade”, busca negociações, conciliação, acordos, consensos ou possibilidades de superação de impasses ou conflitos. A segunda noção de mediação é a de possibilitar a circulação de informações entre atores distintos.

Para o autor, em uma primeira aproximação, a noção de mediação aparece cada vez que há necessidade de descrever uma ação

que implica em uma transformação da situação ou um dispositivo comunicacional, e não uma simples interação entre elementos já constituídos, e ainda menos, uma circulação de um elemento de um polo para outro. Ou seja, recorre-se à mediação quando há falha ou inadaptação das concepções habituais da comunicação: como transferência de informação e como interação entre dois sujeitos sociais.

Velho e Kuschnir (2001), no livro *Mediação, cultura e políticas* reconhecem que a mediação é um instrumento fundamental em um mundo que comporta realidades fundamentalmente diferentes, polarizadas. Abordam como exemplo a coexistência de comunidades extremamente carentes com bairros muito abastados no município do Rio de Janeiro. Entre esses dois polos de realidade, há o que eles chamam de “capilaridade”, espaço que permite o intercâmbio de informações entre os polos. As metrópoles são exemplos eleitos pelos autores por serem lugares onde os mundos de cultura conflitante podem criar bastante espaço para mediadores. O fenômeno não é restrito às grandes cidades, mas é mais visível nelas por sua diversidade.

É exatamente no choque de culturas que se abre o maior espaço para a mediação. Vide a trajetória de um dos políticos usado como exemplo pelos autores, que transitava entre o mundo de estratos de maior renda da sociedade, onde era economista *self-made man*, e os de menores rendas, onde era membro de sindicato e crítico da “elite” (no sentido pejorativo da palavra). A habilidade desse político como mediador se dava entre o poder público e os diferentes segmentos da população. Seja na zona abastada ou em uma favela, há uma tradução das necessidades e dos problemas para que sejam resolvidos.

Ainda de acordo com Velho e Kuschnir, a tarefa básica do mediador é encontrar pontos de contato e comunicação entre os diferentes mundos, produzindo novos resultados com o processo. A interferência do mediador pode ser criativa, gerando valores novos e condutas novas. Para que isso ocorra, é necessário que se fale a linguagem que o destinatário entenda. O mediador não apenas transita entre os mundos, mas também estabelece uma ponte de

comunicação entre eles. O efeito colateral possível dessa prática é tornar as populações “mediador dependente” em seus processos comunicativos ou dialógicos.

Retomando os processos avaliativos como possíveis processos de mediação, Hartz et al. (2008), ainda discutindo a teoria de tradução de Callon e Latour, destacam quatro momentos, não necessariamente consequentes, na operacionalização da rede social para produção de avaliações e inovações. O primeiro momento é o de problematização, orientado por um dos atores, que traz uma definição de problemas ou ações provisórias para começar a identificar os interesses dos demais atores envolvidos em relação a sua proposta e levantando as principais controvérsias. Isso permite mapear o espaço social da intervenção em discussão.

O segundo momento consiste no esforço de convencimento ou negociação dos interesses, o que permite a construção de convergências e alianças onde o ator-condutor (tradutor) tem um papel estratégico. Uma flexibilidade interpretativa é necessária para a compreensão das diferentes concepções dos grupos envolvidos em seus variados contextos. O engajamento no processo de construção da rede, definindo a identidade de grupo, os papéis dos membros e os interesses comuns a serem trabalhados é o momento seguinte. Por fim, a mobilização onde a rede formada é ampliada e fortalecida em suas estratégias, legitimando porta-vozes e condutores das ações pretendidas. Em programas de avaliação esses momentos formam um processo de aprendizado social envolvendo os pesquisadores, os gestores e usuários em geral, na compreensão, interação, análise e ressignificação de suas ações, transformando políticas e instituições numa dinâmica contínua.

A mediação nesse processo significa mais do que intermediação para obtenção de resultados e impactos sobre problemas, aproxima-se da reconstrução da realidade compartilhada com efeitos na *historicidade* dos componentes da rede e de sua institucionalidade (Hartz et al., 2008, p. 111).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sua trajetória histórica a avaliação em saúde tem apresentado concepções crescentemente voltadas à participação social. A adoção das concepções presentes na avaliação participativa constitui uma possibilidade de transformação da perspectiva instrumental e gerencialista de avaliação, voltada para a medição de resultados de forma descontextualizada e pautada isoladamente pelo princípio da eficiência. Nesse sentido, aproxima-se do ideário contido no SUS, ao tomar a participação como direito dos diferentes grupos de interesse. A avaliação assume, assim, o papel de promover o exercício democrático, em um processo que envolve a oportunidade de aprendizagem por parte de todos os envolvidos.

O ParticipaSUS, ao incorporar como componente o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, produz avanços no que se refere à institucionalização da avaliação em saúde. Esse aspecto, entretanto, se coloca igualmente como um desafio, na medida em que a concepção presente nessa política toma a avaliação como julgamento, que tem por base a medição realizada por parte de gestores, sem envolver o conjunto dos grupos de interesse em todas as fases do processo de avaliação. As concepções presentes na avaliação participativa se mostram potentes para o cumprimento dos objetivos do ParticipaSUS de fortalecimento da participação social e da formulação e deliberação conjunta da política de saúde através da gestão estratégica e participativa.

Como pudemos refletir, ainda há muito a se fazer no campo da gestão e da avaliação na política de saúde no que tange as suas práticas, estratégias metodológicas e instrumentos no que se refere à promoção da participação social. Consideramos as lições aprendidas em abordagens participativas na construção de intervenções no campo da saúde como um terreno fértil de inovações. O papel dos avaliadores e a mediação entre os vários atores interessados nas ações da política merecem discussão e olhar crítico.

Construir novos valores de avaliação que incluam perspectivas diversas, e que levem em conta o cotidiano dos usuários nos parecem os maiores desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. *Informations Sociales*, Paris, n. 110, p.1-7, 2003.

BILODEAU, A.; CHAMBERLAND, C.; WHITE, D. L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, Ontario, n. 17, p. 59-88, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de Indicadores do SUS*, Brasília, v. 1, n. 1, ago. 2006.

_____. _____. _____. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Caderno DEMAGS 2009: subsídios para o encontro temático*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CARACELLI, V. J. Evaluation Use at the Threshold of the Twenty-First Century. *New Directions for Evaluation*, San Francisco, n. 88, p. 99-112, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 6 fev. 2013.

DAVALLON, J. La médiation: La communication en procès? *Mediations & Médiateurs*, Paris, n. 19, p. 37-59, 2004.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-39.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. Y. A avaliação no SUS como estratégia na reordenação da saúde. *Cadernos Fundap*, São Paulo, n. 19, p. 98-105, 1996.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. A avaliação da avaliação. In: CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. (org.). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Editora Unicamp, 2011. p. 19-40.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

_____; _____. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury: Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 50-55.

HARTZ, Z. M. A. et al. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (org.). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. Nova York: Springer, 2008. p. 101-120.

KANTORSKI, L. P et al. Avaliação qualitativa de quarta geração: aplicação no campo da saúde mental. In: CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. (org.). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Editora Unicamp, 2011. p. 63-95.

MATTOS, R. A.; ROBAINA, J. R.; SIQUEIRA, N. N. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Atenção básica e a integralidade: contribuições de estudos de práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008a. p. 295-312.

MATTOS, R. A.; ROBAINA, J. R.; SIQUEIRA, N. N.. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre potenciais e limites de alguns indicadores propostos pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. *Atenção básica e a integralidade: contribuições de estudos de praticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008b. p. 313-348.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. *Atenção básica e a integralidade: contribuições de estudos de práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

ROSSMAN, G. B.; RALLIS, S. F. Critical inquiry and use as action. *New Directions for Evaluation*, San Francisco, n. 88, p. 25-38, 2000.

VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (org.). *Mediação, cultura e políticas*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente, 2004.