

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p23-42>

NÃO É SÓ UM PROBLEMA DE "SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS": CONSIDERAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

It is not only a "user satisfaction problem". Considerations about users' participation in primary health care evaluation

Non è solo un problema di "soddisfazione degli utenti". Considerazioni sulla partecipazione degli utenti nella valutazione dell'assistenza primaria

Maria Augusta Nicoli

Médica, Agência a Social e de Saúde, Região Emilia-Romagna.
E-mail: anicoli@regione.emilia-romagna.it

Ardigò Martino

Médico, Prof. Doutor, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural, Universidade de Bologna.
E-mail: ardigo.martino@unibo.it

Brigida Lilia Marta

Médica, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural, Universidade de Bologna.
E-mail: brigida.marta@gmail.com

Gabriel Calazans Baptista

Psicólogo, Rede Governo Colaborativo, UFRGS.
E-mail: g.calazanz.baptista@gmail.com

Cristian Fabiano Guimarães

Psicólogo, Prof. Doutor, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, SES/RS.
E-mail: crisfabianog@gmail.com

Francesco Sintoni

Médico, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural, Universidade de Bologna.
E-mail: sintofra@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Médico, Prof. Doutor, Rede Governo Colaborativo, UFRGS.
E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Resumo

Frente as transformações do novo cenário epidemiológico global, os sistemas e os serviços de saúde do Brasil e da Itália estão reorientando a lógica da assistência para produzir novas formas de cuidado, através da Atenção Primária em Saúde (a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família no Brasil; a implantação das Casas da Saúde na Itália), destacando a importância de colocar no centro dos processos de produção de cuidado os indivíduos e a comunidade, com os próprios valores, objetivos e trajetórias de vida. Na literatura destaca-se que para sustentar estas inovações atividades de pesquisa, avaliação e formação sejam necessárias e devem ser desenvolvidas em todos os níveis do sistema de saúde, desde o macro até o micro, levando em conta a estrutura do sistema onde os serviços de saúde estão inseridos, e os determinantes sociais, políticos e econômicos do contexto de referência. A partir destas considerações apresentamos aqui os resultados de um estudo exploratório cujo objetivo é aprofundar as dimensões ético-políticas, culturais, sociais e técnicas da avaliação em Primary Health Care. Mais especificadamente, foi colocado em debate o cenário brasileiro e o sistema de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica-PMAQ, a respeito da fase de avaliação externa - Módulo III, Satisfação e percepção dos usuários quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Elemento de inovação desta pesquisa é o foco no desenvolvimento de metodologias de análise e ação multi-locais e multi-situadas, que permitem a conexão entre atores interinstitucionais em nível local e promovem a estruturação de redes internacionais de troca de boas práticas entre diferentes territórios.

Palavras-Chaves: Atenção Primária; PMAQ; Avaliação; Participação.

Abstract

Considering the transformation of the new global epidemiological scenario, health systems and health services in Brazil and Italy are redirecting their logic of assistance to produce new forms of care through the Primary Health Care approach (the National Primary Care Policy and Strategy of Family Health Care in Brazil; the implementation of Houses of Health in Italy), highlighting the importance of putting at the center of care production processes individuals and the community, with their own values, objectives, and life trajectories. Literature emphasized that, in order to sustain these innovations, research, evaluation and training are necessary and must be developed at all levels of the health system, taking into account its structure, as well as the social, political and economic context. Starting from that, we present the results of an exploratory study whose aim is to deepen the ethical-political, cultural, social and technical dimensions of evaluation in Primary Health Care. It was analyzed the Brazilian scenario and the evaluation system of the National Program for Improving Access and Quality of Care – PMAQ, basically concerning the external evaluation phase - Module III, satisfaction and perception of users regarding access and use of health services. Innovation element of this research is the development of multi-local and multi-site methodologies, which provide the connection between inter-institutional actors at the local level and promote the structuring of international networks for best practices exchange between different territories.

Keywords: Primary Health Care; PMAQ; Evaluation; Participation.

Riassunto

Per rispondere alle trasformazioni che attraversano il nuovo scenario epidemiologico globale i sistemi e i servizi di salute di Brasile e Italia stanno riorientando le proprie logiche di assistenza attraverso l'approccio della Primary Health Care (la Politica Nazionale di Assistenza Primaria e la Strategia di Salute della Famiglia in Brasile; l'implementazione delle Case della Salute in Italia), sottolineando l'importanza di collocare al centro dei processi di presa in carico la comunità e gli individui, con i propri valori, obiettivi e itinerari di vita. Numerosi esempi in letteratura riportano che per sostenere tali innovazioni sono necessarie attività di ricerca, valutazione e formazione, sviluppate a tutti i livelli del sistema di salute, dal macro al micro, tenendo in considerazione la struttura del sistema in cui i servizi sono inseriti, e i determinanti sociali, politici e economici del contesto di riferimento. A partire da queste considerazioni presentiamo di seguito i risultati di uno studio esplorativo il cui obiettivo è approfondire le dimensioni etico-politiche, culturali, sociali e tecniche della valutazione in Assistenza Primaria in Salute. Nello specifico, si è analizzato lo scenario brasiliano e il sistema di valutazione del Programma Nazionale di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità dell'Assistenza Primaria-PMAQ, prendendo in esame la fase di valutazione esterna – Modulo III, Soddisfazione e percezione dei pazienti rispetto all'accesso e all'utilizzo dei servizi sanitari. Elemento di innovazione di questa ricerca è lo sviluppo di metodologie di analisi e intervento multi-locali e multi-situate, volte alla connessione tra attori

inter-istituzionali a livello locale e alla promozione di reti internazionali di scambio e confronto di buone pratiche tra differenti territori.

Parole chiave: Assistenza Primaria; PMAQ; Valutazione; Partecipazione.

Globalização, Primary Health Care e Avaliação

No novo cenário epidemiológico global assistimos a um progressivo aumento da incidência das doenças crônicas, a um aumento das desigualdade em saúde, acompanhados por uma crescente complexidade dos condicionantes e determinantes de saúde que afetam as nossas populações.^{1,2} Frente a essas transformações os sistemas e os serviços de saúde de diversos países do mundo estão reorientando a lógica da assistência para produzir novas formas de cuidado. Em 2008 a Organização Mundial da Saúde elaborou o relatório anual da Primary Health Care, com o seguinte título: “**Primary Health Care now more than ever**”³ (Atenção Primária agora mais que nunca) que explica muito bem o nível de consentimento adquirido internacionalmente a respeito do modelo assistencial que deveria ser adotado no contexto atual. Como apontado por vários autores, os serviços de saúde aptos ao novo contexto devem focar no bem-estar dos indivíduos, sendo que o principal objetivo desses sistemas não pode ser a cura da doença, mas impedir a desfuncionalidade dos indivíduos, garantindo o máximo bem estar possível em um determinado contexto e com determinados recursos disponíveis.⁴ É claro, portanto, que para trabalhar a dimensão do bem-estar, é necessário adotar a lógica da integralidade⁵, colocando

no centro dos processos de produção do cuidado os indivíduos e a comunidade, com os próprios valores, objetivos e trajetórias de vida. Internacionalmente a ideia da integralidade é associada a “comprehensiveness” portanto os sistemas de serviços de atenção primária que são focados na integralidade são associados a comprehensive primary health care (CPHC)⁶.

Por outro lado a integralidade abre as portas dos serviços aos sujeitos e as subjetividades, consideradas como elementos constituintes da produção de cuidado. Considerar cada sujeito e cada subjetividade traz para os serviços de saúde a riqueza da pluralidade e das diferenças, mas acarreta também todas as complexidades ligadas ao desafio de oferecer cuidados diferentes à sujeitos diferentes como estratégia para garantir resolutividade e equidade. Nesse contexto não é possível simplesmente dizer que um serviço está funcionando bem pelo fato de possuir bons níveis de *pontuação* em determinados indicadores, tampouco porque ele está respondendo a questões epidemiológicas de forma quantitativa, justamente porque essas informações dizem pouco a respeito de quanto o serviço tem contribuído ao bem-estar do indivíduo e à sua autonomia.

Quais são os limites aceitáveis ou praticáveis dessas diferenças, e qual deve ser a posição do serviço e do sistema de saúde a respeito de tanta diversidade?

O sistema de valores do indivíduo junto com o sistema de símbolos e de explicações dos eventos que ele atravessa é fluido, muda ao longo da vida e se transforma com base nas relações entre indivíduo e espaço ecológico, social e cultural que ele atravessa, incluindo os processos de saúde-doença que ele enfrenta e a relação com os serviços.⁷ A doença e a relação com os serviços de saúde são em si fatores que em algumas circunstâncias podem mudar muito profundamente o universo

simbólico e explicativo dos pacientes ou das comunidades, e sendo assim é preciso avaliar como o serviço de saúde interfere com o bem estar do indivíduo, não somente de forma material mas também de forma simbólica, implicando o universo dos seus valores.⁸

Tais considerações se fazem necessárias sobretudo quando estamos falando de sistemas de saúde públicos e universais, pautados pela lógica da integralidade, equidade e participação social e com foco na atenção primária, como no caso do Brasil e da Itália. O Brasil tem desenvolvido a **Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB)⁹, através da implantação de estratégias tais como a **Estratégia Saúde da Família** (ESF)¹⁰, e tem promovido um processo de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica à Saúde (ABS) favorecendo a reorientação do processo de trabalho e cuidado, produzido nos territórios das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também nas unidades onde atuam as equipes de Saúde da Família (eSF).

A Itália nos últimos 10 anos tem começado a implementação de modelos de Primary Health Care através da implantação das **Casas da Saúde**¹¹ que na Região Emilia-Romagna estão sendo experimentada desde 2010.

Na literatura destaca-se que para sustentar esses processos inovativos, **atividades de pesquisa, avaliação e formação** sejam necessárias e devem ser desenvolvidas em todos os níveis do sistema de saúde, desde o nível macro - internacional e nacional – até o nível local da unidade de Saúde da Família, configurando a avaliação como uma necessidade das instituições, dos profissionais e dos cidadãos que se encontram em relação com o contexto ecológico, social, político e cultural.¹²

No campo da saúde, e no específico da Primary Health Care, o desempenho dos serviços de saúde é fortemente associado à estrutura do sistema, que

é inserido por sua vez em um contexto de determinantes sociais, políticos e econômicos. Portanto, é fundamental construir um modelo de avaliação que possa compreender tanto a **análise das dimensões políticas, sociais e econômicas**, quanto a **conformação do sistema**¹³, adotando um olhar que compreenda os **processos macro** (formulação das políticas dentro de um determinado contexto social), **meso** (operacionalização e gestão) e **micro** (práticas e lógicas locais).

De fato, a própria CPHC é uma estratégia/abordagem que se articula com outros setores das políticas públicas para a estruturação de **ações intersetoriais e integradas**¹⁴, precisando, então, de metodologias de avaliação intersetoriais e que abranjam dimensões técnicas e políticas.

Estas características peculiares fazem com que a avaliação se torne um campo de trabalho propício para a **aplicação transdisciplinar dos conhecimentos pertencentes às várias áreas profissionais**, incorporando uma multiplicidade de olhares e metodologias integradas, qualitativas e quantitativas.

A adoção da transdisciplinaridade na avaliação¹⁵ é baseada na concepção de que é fundamental utilizar os conhecimentos dos atores envolvidos nos processos de trabalho, de maneira que se valorizem os saberes produzidos pela prática e que se envolvam os profissionais e comunidade na busca coletiva de soluções para os problemas identificados, tornando a tomada de decisão mais participativa e democrática.

Vários autores apontam como resultados satisfatórios para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, as avaliações que pressupõem a **participação dos atores envolvidos, com caráter formativo**: que possam fortalecer os vínculos existentes entre os grupos envolvidos mantendo o foco nas necessidades em relação ao serviço/programa/projeto a ser

avaliado, empoderar os sujeitos interessados (gestores, profissionais, comunidade), compor soluções em relação aos problemas identificados, aprimorar os processos de monitoramento e avaliação.^{16,17}

Desta forma se manifesta a necessidade de avaliar os processos interligados com a saúde e a produção do cuidado tendo em vista **diferentes posicionamentos**: o dos usuários, os das comunidades, os dos trabalhadores e os dos serviços, e ao mesmo tempo avaliar o contexto onde os processos saúde-doença acontecem, assim com os processos de encontro e de relação que são produzidos a partir do trabalho em saúde.

Ao mesmo tempo fica claro que o processo de avaliação em si é baseado em valores e em um específico **posicionamento ético-político**, visto que se propõe a julgar processos em ato no cenário dos serviços e a partir desses julgamentos produzir algum efeito no campo das práticas, seja esse efeito de ruptura ou de continuidade na realidade onde ele é realizado.

Sendo assim, como já mencionado, os valores que informam o sistema de avaliação tendem a produzir um **efeito pedagógico**^{18,19}, interferindo com os valores e as práticas dos sujeitos envolvidos: gestores, profissionais, usuários e comunidade.

Portanto no planejamento da mudança do serviço a avaliação pode se tornar uma ferramenta muito interessante de produção de intervenção e transformação²⁰ e com isso avaliar os efeitos da avaliação se afirma como outro interesse do sistema de saúde. Assim, como apontado também por Guba e Lincoln²¹, o processo de avaliação sai do plano da objetividade para entrar no plano **sociopolítico de negociação e colaboração** com os atores envolvidos, voltada à transformação das práticas (avaliação de 4ª geração). Traz à cena a introdução de ferramentas integradas de natureza quali-quantitativa, através de uma abordagem que seja, ao mesmo tempo, indutora de processos de transformação

e de melhoria, a partir das práticas de cuidado desenvolvidas no cotidiano dos serviços e na comunidade. Ao aplicar esta abordagem no campo da Atenção Básica em Saúde, o desenvolvimento de ferramentas integradas de avaliação pode ser funcional para o desencadeamento de processos de inovação nas escolhas organizacionais, de gestão e funcionamento dos serviços, a partir do envolvimento ativo de profissionais e usuários, e do fortalecimento do trabalho em rede e das atividades de educação permanente.

Materiais e métodos

A partir destas considerações apresentamos aqui os resultados de um estudo exploratório cujo objetivo é aprofundar as dimensões ético-políticas, culturais, sociais e técnicas da avaliação em Primary Health Care. A abordagem metodológica utilizada resgata o plano das interações, das integrações micro-macro²² e das interações **multi-situadas e multi-locais**²³ proporcionando o confronto de experiências de avaliação entre sujeitos que vivenciam o mesmo serviço ou o mesmo sistema de saúde mas em diferentes *locus* “existenciais” (diferentes atravessamentos do serviço o do sistema de saúde por exemplo em qualidade de usuário, profissional, gestor, acadêmicos, etc), e atores que pertencem ao mesmo *locus existencial* em diferentes lugares geográficos (acadêmicos, profissionais, gestores, usuários italianos e brasileiros). O trabalho não tem como objetivo comparar experiências ou estratégias de avaliação, mas visa evidenciar e problematizar similaridades e diferenças entre contextos geográficos e *locus* existenciais. O processo tenta estimular a reflexividade, *desnaturalizar* e extrair conhecimento a partir das práticas cotidianas, e facilitar

processos de auto-aprendizagem. O estudo tem sido desenvolvido a partir do ano 2013 por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rede Governo Colaborativo em Saúde), em parceria com gestores e pesquisadores da Região Emilia-Romagna, Itália (Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional, Universidade de Bologna, Agência Social e de Saúde da Região Emilia-Romagna), envolvendo acadêmicos, profissionais, estudantes, de várias instituições.

O tema que possibilita o encontro nessa pesquisa é o debate a respeito das formas de avaliação dos serviços de Primary Health Care que consideram a perspectiva dos usuários. Mais especificadamente foi colocado em debate o cenário brasileiro e o sistema de avaliação do **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica- PMAQ**²⁴. Um dos atores da rede de cooperação em saúde entre Brasil e Itália, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, junto com o Ministério da Saúde, tem contribuído na formulação do PMAQ desde o primeiro ciclo de atuação, buscando uma qualificação contínua do instrumento, e beneficiando-se da parceria com as instituições italianas no desenvolvimento de reflexões teóricas, estratégias, abordagens metodológicas e ferramentas sobre este tema. Alguns encontros temáticos foram realizados especificamente a respeito da fase de **avaliação externa - Módulo III, Satisfação e percepção dos usuários** quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Além disso ao longo do projeto foram desenvolvidas varias atividades, acompanhando o processo de avaliação do PMAQ no Brasil e da observação de participantes nos serviços de atenção básica na Itália. O grupo de pesquisa tem organizado vários seminários internacionais e nacionais, envolvendo gestores dos serviços a nível municipal, regional, estadual e federal (no Brasil) e as universidades, colocando em análise as abordagens ético-

políticas e teórico-metodológicas sobre avaliação das políticas públicas em atenção básica, assim como oficinas de trabalho com trabalhadores, gestores e acadêmicos, especificamente voltadas à análise do PMAQ e ao tema da participação dos profissionais e dos usuários no processo de avaliação.

As reflexões aqui elaboradas são o produto da análise do material coletado nos encontros, registrados inicialmente como transcrição dos diálogos, sendo que em todos os eventos um ou mais pesquisadores do grupo de pesquisa tem tido o papel de registrar as falas em documentos de texto eletrônico compartilhado. As transcrições foram registradas no idioma prevalente de cada encontro, operando uma tradução *on the fly* e produzindo os primeiros rascunhos de campo.²⁵ Depois dos encontros os rascunhos foram ampliados com comentários e integrações, visando compor um *field notes* coletivo onde foram integradas informações sobre dinâmicas, relações, detalhes de campo e impressões dos pesquisadores.

Em algumas oficinas internacionais foi solicitado aos convidados a preparação de um texto sobre as intervenções apresentadas, que foram incluídos no processo de análise. Para as oficinas do PMAQ foram utilizados como base de dados os relatórios que já eram parte da metodologia de registro do encontro. As experiências de observação dos participantes, foram registradas por meio de diários de campo individuais e coletivos.

Os materiais coletados foram analisados através das técnicas de **Conversation Analysis**²⁶ e **Discourse Analysis**²⁷ e os resultados discutidos coletivamente com o grupo de pesquisa internacional de forma presencial.

As categorias emergidas, assim como os elementos traçantes, os pontos de forças, os pontos críticos e as questões-problemas foram sucessivamente problematizadas dentro do grupo de pesquisa utilizando

como elemento de comparação o quadro teórico da **Comprehensive Primary Health Care** de forma que pudesse ser realizado um processo de **progressive focusing**²⁸ nas categorias e sucessivamente de interpretação.

Das considerações iniciais deste estudo exploratório são abaixo apresentadas as que se referem a **avaliação da relação entre usuário e serviço, dentro do framework do PMAQ**, as problematizações são organizadas através de “**pontos de atenção**” e de “**dispositivos necessários**”.

Como já citado, o elemento de inovação desta pesquisa é o foco no desenvolvimento de metodologias de análise e ação multi-locais e multi-situadas, que permitem a conexão entre atores interinstitucionais em nível local e promovem a estruturação de redes internacionais de troca de experiências e boas práticas entre diferentes territórios, visando repercussões a nível global.

Introduzindo o objeto de discussão: o PMAQ e a suas características principais

Geralmente nos sistemas de saúde universalistas, assim como é o SUS, a atenção básica baseia a própria lógica organizacional e de gestão no processo de saúde coletiva, portanto a produção de serviços é também o resultado da relação interativa entre os diferentes atores sociais implicados no cuidado. Consequentemente, a qualidade do serviço é produzida no contexto relacional dos diferentes atores sociais envolvidos. Pode-se assim afirmar que os **cidadãos / usuários são co-produtores dos serviços prestados**.^{29/30} A premissa norteadora é baseada na visão que a produção do serviço é, de fato, construída entre os diferentes atores sociais. Portanto, quanto mais estão previstos momentos

de discussão e definição de **convergências sobre os “objetos de trabalho”**, maior é a chance de compartilhar o significado da ação de cuidado e gestão organizacional. Consequentemente, do ponto de vista operacional é preciso organizar e reforçar **formas polifônicas e multidimensionais de inclusão do ponto de vista do usuário**, da sua família, e do contexto comunitário. A resposta do sistema dos serviços e os significados dos processos de cuidado devem, da mesma forma, ser constantemente negociados, de modo que o objeto de trabalho seja reconhecido e compartilhado entre os profissionais e os cidadãos que acessam aos serviços. Podemos dizer que a base conceitual do PMAQ se aproxima de um processo de pesquisa-ação aplicada ao campo da avaliação dos sistemas de saúde, a fim de promover a equidade no acesso e na assistência, bem como a melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços. Neste sentido, a avaliação é concebida como um instrumento de desenvolvimento e inovação do sistema, e não como o objetivo final do programa. Os elementos característicos do PMAQ compõem:

1. *Envolvimento dos profissionais:* o Programa está estruturado em fases sucessivas que são articuladas uma com a outra em um ciclo contínuo. Em cada uma delas é necessária a participação ativa dos trabalhadores nos processos de auto-avaliação e análise dos elementos críticos; reorganização dos processos de trabalho; e monitoramento das inovações induzidas;

2. *Apoio Institucional:* todas as fases do processo são acompanhadas por profissionais de referência com conhecimentos específicos. Esta estratégia qualifica o diálogo com a equipe e permite apoio para processos de inovação;

3. *Educação Permanente:* este dispositivo coloca os profissionais no centro dos processos de transformação, investindo no desenvolvimento das suas práticas, a partir da análise de questões críticas e a elaboração de melhorias;

4. *Integração de informações qualitativas:* o programa visa não só coletar e analisar os principais indicadores de organização e funcionamento dos pontos de atenção em saúde, mas também integrá-los com informações relacionadas com a satisfação dos trabalhadores e usuários para usá-los como um ponto de discussão com gestores e profissionais de saúde.

Entre as fases do PMAQ a de **Avaliação Externa** merece destaque pela abrangência das dimensões que a compõem e pela sua capacidade de fornecer dados que auxiliam nas inovações dos processos de avaliação e qualificação da ABS. Além disso, esta fase configura-se como uma etapa muito significativa do próprio programa pela capacidade de reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde, representando o ponto de partida para a inovação e a qualificação do inteiro processo de avaliação.

O Programa agora está em seu terceiro ciclo de atuação, sendo que a cada ciclo sofreu periódicas revisões a partir dos resultados e da análise crítica sobre seu próprio valor de uso, visando um aprimoramento através das contribuições de diferentes atores que participaram do processo.

Modelos de avaliação nos serviços e envolvimento dos usuários no encontro multi-situado: Universidade olhando o Sistema de Saúde

No contexto brasileiro, a avaliação externa do ponto de vista do usuário não pode ser separada da estrutura geral do PMAQ, ou seja, de um sistema de avaliação interligado, que inclui vários níveis de avaliação coerentemente com os objetivos da atenção básica, que quer desencadear

processos de reflexividade organizacional envolvendo todos os atores sociais que povoam a cena do cuidado, incluindo a comunidade e os usuários.

Além disso, o sistema de avaliação PMAQ tem como premissa epistemológica subjacente a ideia que a produção do cuidado é um processo construído nos vários contextos, com todos os atores sociais envolvidos (**co-produção**). Por isso, difere da maioria dos atuais modelos de avaliação, que nascem da ideia de serviços como produto, preparados por uma organização para os seus usuários / beneficiários. O significado das atividades de avaliação do ponto de vista da comunidade e dos usuários é profundamente diferente nas duas perspectivas mencionadas e, da mesma forma, são diferentes as estratégias postas em prática.

Na literatura internacional é relatado que “health policy has long emphasised the importance of evaluating health services from a wide range of perspectives, including those of consumers” (A política de saúde tem enfatizado há muito tempo a importância de avaliar os serviços de saúde, a partir de uma ampla gama de perspectivas, incluindo as dos usuários).³¹ Nesta crescente atenção, falta sistematicamente uma referência explícita às **relações existentes entre o interesse declarado das políticas e as lógicas organizacionais que fundamentam o uso**; pelo contrário, a reflexão concentra-se exclusivamente sobre os aspectos técnicos: quais os indicadores, como detectá-los.

E ainda, **os indicadores representam a operacionalização de quais dimensões?** Qual é a “realidade” que os indicadores descrevem? As dimensões são consideradas relevantes para quem? Existem outras formas para avaliar os serviços do ponto de vista das comunidades e dos usuários? Para fornecer uma contribuição em relação a avaliação externa sobre a satisfação do usuário, é preciso, antes, focar a análise sobre as premissas subjacentes, para não

correr o risco de concentrar a atenção nos indicadores³² e perder de vista o contexto em que a tomada de decisões e as escolhas estão localizadas. Em última análise, é importante manter a atenção sobre quem define as prioridades dos indicadores a serem considerados, para responder a quais exigências. Estas informações nos ajudam a compreender as premissas dos observadores, assim como, quais são os **conteúdos implícitos da avaliação**, que podem ser desconhecidos aos próprios comitentes da avaliação. Dessa forma podem ser explicitadas as **dimensões pedagógicas** que a avaliação vai colocando no campo avaliado e essas dimensões podem ser corretamente reguladas. É também crucial analisar a preparação das fases de coleta de dados, a forma como os diferentes sujeitos transitam no processo, a existência, ou não, de espaços de escuta e quando no processo são envolvidos os vários atores incluindo os usuários e a comunidade. Igualmente deveriam ser observadas as formas como as ferramentas são utilizadas e se há espaço para ressaltar e discutir as informações que derivam deste processo.

Finalmente, é possível que nem todas as informações e os dados coletados sejam tratados com o mesmo interesse e prioridade. Como acontece a escolha, a priorização e a valorização dos dados coletados, e qual são os motivos e os valores por trás dessas escolhas, são questões que representam, também, um momento fundamental da avaliação.

Modelos de avaliação nos serviços e envolvimento dos usuários no encontro multi-local: o SUS encontra o SSNⁱ

Ao longo do projeto foram realizados encontros internacionais no Brasil e na Itália para discutir o PMAQ em si, os resultados do primeiro ciclo, e a relação entre usuário e serviço, aos quais foram convidados gestores italianos do Serviço de Saúde da Região Emilia-Romagna. Foram produzidos relatórios do evento e textos por parte dos participantes, resumindo as contribuições em debate. Os gestores italianos focaram a própria reflexão sobre alguns elementos-chaves, que resumem o debate europeu quanto aos paradigmas e aos modelos. Na Europa em geral, e mais especificamente na Itália o debate sobre avaliação com envolvimento de usuários tem se polarizado ao redor do modelo da qualidade (a) e da performance (b).

a) No **modelo de qualidade** é reconhecida como relevante a dimensão da “qualidade percebida”, através da qual é detectado o ponto de vista do usuário sobre questões consideradas importantes na definição que o mesmo dá a qualidade de um serviço.

As formas usuais de identificação da perspectiva do usuário, conhecidas por meio do modelo do “**user satisfaction**”, são baseadas na ideia de que uma estrutura/organização é responsável pela produção de serviços, que são destinados para a utilização dos pacientes. Não há necessidade, neste modelo, de compartilhar o “objeto de trabalho” com o usuário, se não como um produto a ser vendido/utilizado, que requer ações de persuasão para responder a demandas que, na maioria das vezes, são induzidas.

ⁱ Servizio Sanitario Nazionale, o serviço de saúde público italiano.

O núcleo desta abordagem é a importância da “**orientação do usuário**” respeito à própria satisfação, para construir uma imagem positiva dos serviços. De fato, em vários sistemas de saúde que adotaram a diretriz da qualidade como filosofia de melhoria contínua da organização, a relação com o cidadão/usuário foi muitas vezes considerada em termos contratuais, vendo no cidadão o “cliente” consumidor de prestações.³³

Consumer evaluations of their health care are now an established component of quality assessment, mainly through surveys of patient satisfaction and experience and patient-based health outcome studies (e.g. health status and health-related quality of life). It is generally acknowledged that planners need to understand the expectations underlying patients' views in order to interpret their feedback. Understanding how expectations are formed is, in theory, crucial for furthering knowledge on a range of health topics from health and illness behaviour to patient-assessed outcomes, that is, understanding what people 'hope for', 'anticipate' or 'expect' from health care is important given the likely influence of these 'beliefs' on their health-care outcomes. However, there is conceptual and methodological uncertainty regarding what is an 'expectation' and how it should be measured.^{ii,34}

ⁱⁱ A avaliação do usuário sobre a própria saúde é agora uma componente estável da avaliação da qualidade, principalmente por meio de pesquisas sobre a satisfação e as experiências destes, e de estudos baseados nos pacientes e nos resultados em saúde (ex. estado de saúde e qualidade da vida). É reconhecido, de forma geral, que para poder interpretar o feedback dos usuários é necessário que quem planeja as políticas, conheça as expectativas e os pontos de vista deles. Entender como as expectativas são formadas é, em teoria, crucial para aprofundar o conhecimento sobre uma variedade de tópicos em saúde (os comportamentos dos usuários em relação à saúde e à doença, a avaliação do usuário etc), ou

b) No **modelo de performance** o usuário espera passivamente para receber serviços, determinados unicamente pelos prestadores. Em resumo, os sistemas de saúde são responsáveis não só por melhorar a saúde dos cidadãos, mas também para protegê-los contra o custo financeiro do adoecimento – e tratá-los com dignidade.

Os sistemas de saúde, portanto, têm três objetivos fundamentais. Estes são:

- melhorar a saúde da população que servem;
- fornecer proteção financeira contra os custos das doenças;
- responder às expectativas das pessoas (responsividade).

A “**responsividade**”, ou seja a resposta do sistema às expectativas das pessoas, não é uma medida de como o sistema responde às necessidades de saúde, o que mostra-se através dos resultados de saúde, mas de como o sistema funciona em relação a aspectos mais amplos, **atendendo ou não às expectativas da população** respeito à atividades de promoção, prevenção, regulação da assistência, organização de serviços não pessoais. (A última categoria é a menos importante, uma vez que os indivíduos normalmente não entram em contato pessoal com este tipo de intervenções. No entanto, mesmo as medidas de saúde pública, tais como o controle vetorial etc., podem ser conduzidas com mais ou menos respeito pelas pessoas e seus desejos. A avaliação da responsividade dos prestadores de serviços não-pessoais é um desafio particular.)

Para compreender o que se entende por responsividade, um dos desafios é distingui-la do que tem sido chamado de “satisfação do usuário”. (ver tabela seguinte)

	Satisfação do usuário	Responsividade
Objetivo	geralmente concentra-se em interações clínicas em específicos contextos de cuidado.	avalia o sistema de saúde como um todo.
Alcance	geralmente abrange tanto os aspectos médicos que não-médicos do cuidado.	concentra-se prevalentemente no fortalecimento do sistema de saúde.
Racional	representa uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas individuais e experiências de cuidado.	avalia percepções individuais sobre o sistema de saúde, contra as “expectativas legítimas universais”.

O que os profissionais Italianos captam quanto a avaliação externa do PMAQ é que ela está mais relacionada com a abordagem conceitual da responsividade, sendo que quer avaliar como o sistema funciona em relação a aspectos amplos, que vão além da clínica, compreendendo às expectativas da população, com respeito aos serviços de saúde . Um dos atores comentou:

Reconhecer a responsividade como um objetivo intrínseco dos sistemas de saúde, estabelece que a função dos sistemas é servir as pessoas, e envolve um modelo de avaliação da satisfação do usuário que vai muito mais além da análise do cuidado puramente médico que ele recebe. A noção geral de responsividade pode ser decomposta em muitas dimensões. Uma distinção básica é entre os elementos relacionados ao respeito pelos seres humanos como pessoas - que são em grande parte subjetivos e julgados principalmente

seja, entender o que as pessoas “esperam”, ou “expectam” do serviço de saúde é importante, dada a provável influência destes processos nos resultados. No entanto, existe uma incerteza concetual e metodológica sobre o que é uma “expectativa”, e como ela deveria ser medida.

pelos usuários - e elementos mais objetivos, relacionados a forma como um sistema atende as demandas comumente expressas pelos usuários e suas famílias como “clientes” do sistema de saúde, algumas das quais podem ser observadas diretamente nas unidades de saúde. No PMAQ, a lista de perguntas sobre a opinião dos usuários considera seja a experiência que as condições de saúde relatadas pelo usuário, de acordo com esta perspectiva.

O encontro entre profissionais da área da saúde com o PMAQ estimula várias reflexões. Por um lado emerge como o debate europeu - italiano tem sido permeado há muito tempo pelo tema da empresarialização e da privatização³⁵, sendo que o paradigma da performance (com todas as diferenças quando comparado ao modelo da qualidade), remete ao quadro teórico da eficácia e da eficiência emprestado pela indústria. É importante ressaltar como essa produção do simbólico nos profissionais poderia ser indagada em relação aos efeitos produzidos no campo da avaliação.

Ao mesmo tempo, considerando que na Itália a *primary health care* se encontra ainda em uma fase experimental, poucos são os profissionais e os gestores com uma experiência direta de serviços baseados na integralidade. Isto é relevante se pensarmos a **necessidade de tradução linguística ou simbólica quando produzimos encontros entre atores que vivem em lugares geográficos ou existenciais diferentes**, trazendo para nossa atenção a necessidade de co-construção de significados. No nosso trabalho temos encontrado palavras que parecem ter o mesmo significado mas que em contextos diferentes significam coisas diferentes, e mesmo alguns significados ou símbolos para os quais não existem palavras que possam fazer a tradução. Alguns exemplos podem ser os sentidos que palavras como empresa de saúde ou

integralidade possuem no contexto italiano e no contexto brasileiro. A Azienda Sanitaria Locale (ASL) por exemplo, na tradução literal seria a Empresa Local de Saúde, mas ela representa uma entidade pública da República Italiana, trata-se de empresas com personalidade jurídica pública e centros de imputação de autonomia empresarial. As ASL são empresas com autonomia organizacional, gerencial, técnica, administrativa, financeira, contábil e com o vínculo administrativo que não podem produzir dívidas, mas pertencem 100% ao Estado e devem cumprir os deveres do sistema nacional de saúde italiano em uma determinada área geográfica. Para um profissional brasileiro não existe tradução direta da palavra empresa de saúde por falta dos significados a quais a palavra remete, ao mesmo tempo temos que verificar quando os profissionais que não tem tido exposição a modelos de *Comprehensive Primary Health Care (CPHC)* (independentemente do lugar geográfico onde eles trabalham) podem entender a respeito do sentido que a palavra Integralidade tem e das ações que competem a um serviço de saúde integral.

Da mesma forma, no campo da avaliação, pode ser difícil para profissionais, gestores e para o próprio usuário entender qual é o sentido de um processo de avaliação de 4ª geração, que sai do plano da objetividade para desencadear processo de formação, planejamento, e transformação das práticas. Mais ainda porque todos os sistemas de avaliação têm lógicas internas coerentes, mas para manter a coerência é necessário que as premissas sejam compreensíveis e aceitáveis, mesmo que a compreensão não aconteça de forma explícita e cognitiva mas permaneça no plano implícito e pré-cognitivo. **O encontro entre modelos portanto produz reflexão, na medida em que se consegue revelar o que está escondido e colocar no plano cognitivo o que se considera dado**, não tanto em relação a alteridade que encontramos,

mas em relação ao que nós mesmos estamos carregando de implícito no nosso posicionamento. Por exemplo, a reflexão sobre o PMAQ ajuda a tornar visível para os profissionais italianos o que de naturalizado e implícito tem, seja no modelo da qualidade seja no da performance. Ambos os modelos restringem a avaliação a categorias simplificadas que dificilmente permitem a compreensão sobre a capacidade do serviço de produzir cuidado e saúde além de prestações, e no mesmo tempo fixam o sujeito em uma dimensão individual e molecular, sem conseguir colocar em análise as interações dinâmicas entre indivíduo, serviço e contexto. Além disso, parece que ambos os modelos, mesmo promovendo o protagonismo do usuário na avaliação, não desenvolvem reflexões sobre as expectativas e as concepções de serviço que a proposta de avaliação do usuário produz no indivíduo e na sociedade. Os dois modelos tendem a separar a percepção da construção social da percepção, com o risco de perder uma oportunidade de *empowerment* de sujeitos, comunidades e profissionais. No **modelo da qualidade não tem tentativa de empowerment**, sendo que a proposta de relação é de tipo contratual. No **modelo de performance pode se perder a subjetividade quando os valores do sujeito não se encaixam nos valores do serviço**, não sendo necessariamente os valores subjetivos injustos ou não éticos, mas simplesmente diferentes. Mas se no serviço não existe um lugar de pactuação ou repactuação individual e coletivo, que permita recolocar as percepções e necessidades individuais dentro do espaço do coletivo, da mesma forma o serviço não tem capacidade de produzir *empowerment* e portanto resolutividade.

Na perspectiva italiana temos poucas experiências de integralidades e de dispositivos de encontro e pactuação entre serviços-sujeitos-comunidades (agentes de saúde e reunião com usuários, equipe de

saúde da família, etc), estes limites foram revelados através do encontro com outras realidades, desencadeando processos de reflexividade nos profissionais em relação a própria forma de **organizar, repensar e até imaginar os serviços de saúde**.

PMAQ como “espaço de diálogo público”: avaliação em conjunto

Em relação as discussões desencadeadas a partir das ferramentas, relatamos aqui o debate sobre o **modulo III avaliação com usuário**, destacando não somente as reflexões a respeito da ferramenta de avaliação em si como também a discussão sobre o efeito a avaliação no encontro com o usuário.

Um ponto comum entre Itália e Brasil é a questão da **necessidade de integração das fontes informativas**. Seja no Brasil seja na Itália parece difícil agregar fontes informativas pertencentes a sistemas diferentes e coletadas de formas diferentes. O que acontece por exemplo com a avaliação externa e interna do PMAQ. Portanto, **a detecção individual realizada através da avaliação externa não pode ser alheia aos outros métodos já existentes no sistema do PMAQ** (avaliação interna). A recomendação que os profissionais de ambos os contextos aportam é que a quantidade de informações coletadas “não sirva tanto para aumentar as informações em si, quanto para **alimentar espaços de diálogo**, necessários para manter viva a discussão e a reflexão sobre o significado da ação do cuidado e a possibilidade de operar transformações, quando necessário.”

A investigação externa sobre a satisfação do usuário é baseada nas dimensões que são relevantes para os objetivos estabelecidos pela própria Atenção Básica. Estas dimensões são a

avaliação do serviço oferecido e a análise de como ele é ofertado, a partir da perspectiva do usuário. O serviço portanto pede ao usuário o ponto de vista dele, mas somente a respeito dos objetos e das dimensões que o serviço tem definido como relevantes ou prioritárias. Essa reflexão tem sugerido a necessidade de incluir nos processos de avaliação metodologias e ferramentas que possam ajudar a **entender o ponto de vista do usuário a respeito dos objetos e dimensões que ele acha relevantes**. Tendo em conta o ponto de vista do usuário, este aparece no campo da produção do cuidado como sujeito, com problemas específicos e singulares. Portanto, a avaliação favorece a subjetivação e o fortalecimento das ações de cuidado, integralidade e resolutividade. Ao mesmo tempo, a afirmação do sujeito favorece a emergência de perspectivas divergentes, revelando o que vem sendo definido como **“gap do inusitado”, o seja, a distância entre o usuário ideal e o usuário real**. A redução do *gap* do inusitado ajuda o sistema de saúde a sair da sua posição de auto-referenciação, com todas as consequências que isso implica em termos de relações entre serviços, usuários, comunidade e resolutividade. Portanto, refletindo sobre as sugestões dos atores envolvidos no estudo, pode se comentar que a avaliação externa, para além daquela já prevista no PMAQ, deveria ser realizada também com **grupos de usuários que têm características específicas**, e através de dispositivos discursivos abertos, que facilitem a subjetivação, como por exemplo a utilização de grupos focais. Outra questão importante tem a ver com a necessidade de **verificar o “priority setting” -a moldura- das dimensões da humanização e do empoderamento do usuário**, a fim de perceber as variações dos diferentes contextos em que os serviços são oferecidos. Neste caso, a sugestão é incluir periodicamente na avaliação interna algumas dimensões e formas de coleta de dados que podem contribuir para a

estruturação da avaliação externa. Essas sugestões tem disparado uma discussão mais profunda quanto a natureza da avaliação que, por quanto tente a estimular processos, sempre corre o risco de se tornar uma prática burocratizada. Nas experiências dos atores envolvidos no estudo, para garantir que essas atividades mantenham uma utilidade em termos de aprendizagem organizacional, é necessário **prestar atenção à fase de devolução aos sujeitos envolvidos**. Em particular, no caso da avaliação externa incluída no mais amplo sistema de avaliação do PMAQ, é fundamental o **envolvimento dos profissionais da gestão através de espaços de discussão**, para refletir sobre as informações coletadas e as opiniões, especificamente aquelas expressas pelos usuários. Algumas sugestões foram evidenciadas em relação a como facilitar e estruturar o *feedback* da experiência dos usuários, a fim de **tornar a avaliação, uma ferramenta de mudança organizacional**. Algumas estratégias propostas focam na necessidade de dar mais visibilidade à avaliação externa, valorizando as informações que são decorrentes de relatos espontâneos de usuários. Para tentar diminuir o risco de burocratização uma sugestão é tentar promover **encontros de discussão centrados no local**, reservando portanto **“espaços públicos de proximidade”** dentro dos serviços, que possibilitem a participação direta da comunidade, facilitada através de uma troca informal sobre as informações/avaliações colhidas e reconhecidas como fonte de conhecimento situado. Estes processos têm o potencial de gerar, localmente, formas de **reflexão coletiva** sobre o cuidado. É importante focar nas consequências desses processos, que deveriam ser ligados a ações de melhoria das organizações, valorizando adequadamente o empoderamento dos atores envolvidos e a participação dos usuários ao processo avaliação-discussão através das ações de reajuste que respondam as necessidades por eles identificadas.

Do público ao coletivo

Uma reflexão interessante que surge no encontro entre os contextos italianos e brasileiros é a **recuperação do diálogo entre a medicina social italiana e saúde coletiva brasileira**. O estímulo que vem deste encontro é a necessidade de **superar ou reformular o conceito de público à partir da ideia de coletivo** como processo relacional. A ideia de desburocratização da avaliação, de co-construção, de emponderamento mútuo, tem trazido na mesa de discussão a necessidade de experimentar situações de encontro como **apostas na produção de redes comunitárias**, de produção de espaços e bens comuns, de identidade coletivas; uma ideia de público não como algo que possa ser disponibilizado a indivíduos através de recursos institucionais mas como co-participação na produção de recursos que não existem sem a superação da molecularização da sociedade. A avaliação portanto pode ser uma ferramenta para colocar os problemas em cena, um disparador de pensamento para os atores envolvidos que, independentemente dos papéis (usuário, gestor, profissional, etc), podem refletir e se conscientizar sobre a interdependência deles na co-construção de soluções para problemas que também são interdependentes. Na nossa experiência, a abordagem multi-situada tem se demonstrado uma ferramenta interessante em revelar qual parte dos problemas têm dimensões e raízes locais e qual e quanto dos problemas locais necessitam de uma **visão que supere o plano do micro para abranger uma dimensão meso e macro**.

Dispositivos necessários

De forma geral, a avaliação se preocupa mais com as dimensões que devem ser medidas e muito menos com as formas de produção de mudanças dos objetos avaliados. Os sistemas de avaliação não indicam quais são os dispositivos necessários para produzir transformação e quais são os atores que devem ser incluídos. Os itens considerados são, de fato, “centrados no serviço”. No **PMAQ destaca-se, ao contrário, uma potencialidade de osmose entre os vários componentes do sistema de atenção básica e os atores sociais envolvidos** no processo.

Podemos ressaltar as potencialidades de alguns dispositivos:

- a. estratégias de avaliação baseadas na mobilização social;
- b. não perder o foco nas interação entre usuário real e serviço real, dentro do cenário do contexto local;
- c. manter horizontalidade entre os diferentes níveis do sistema, superando o modelo hierarquizado da abordagem biomédica;
- d. manter vivas as dimensões da avaliação da satisfação dos usuários desburocratizando-a e utilizando-a como estratégia de problematização e não como ferramenta normatizante.

Com o **ponto a)** os atores envolvidos destacam o fato de que é necessário **cuidar do processo de encontro entre os diferentes níveis de governança com a comunidade**, não só através de dispositivos de tipo deliberativo. Também, deveria ser revista a forma de governo do sistema, **suportando processos de descentralização da programação**, para incluir, na primeira fase da avaliação, ações de envolvimento dos cidadãos na definição das prioridades para as quais direcionar as políticas territoriais. Em ambos os contextos - brasileiro e italiano - este tipo de abordagem não esta

implementada. Atualmente, no sistema da atenção básica brasileiro os processos de negociação são implementados entre as equipes da gestão, os gestores municipais e as formas de representação cidadã (com as limitações que estas formas, muitas vezes, têm); no modelo italiano e mais especificamente da Região Emilia-Romagna existem lugares de pactuação entre gestores dos serviços, poder político e representantes dos vários setores que compõem a comunidade (econômico - produtivo, privado social, profissionais, voluntariado, ONGs), mas não existe um lugar de contato entre os profissionais, os usuários e a comunidade de um específico contexto local.

As considerações anteriores nos levam ao **ponto b)**, que pretende destacar como e quanto o sistema de avaliação consegue compreender como o serviço de saúde responde as necessidades dos usuários. De qual serviços e qual usuários nos estamos falando, do serviço padrão e do usuário mais frequente? O serviço planejado e os usuários esperados? Se queremos compreender como o serviço real responde as necessidades reais dos usuários, dentro de uma comunidade real, em um cenário eco-social concreto, devemos questionar também qual é o valor da **representatividade**. Quem pode falar em nome de quem, e através de quais processos democráticos? Os mecanismos de representatividades “democrática” preservam um papel de emponderamento dos atores ou se caracterizam como práticas burocráticas normatizantes? Mesmo se estas problematizações não tiverem soluções, ou se as soluções não tiverem valor fora de contextos específicos, e mesmo nos questionando sobre quem tem a autoridade para definir o que é real e o que não é, permanece a recomendação que **usuário real, serviço real, comunidade real e cenário real, sejam utilizados como horizontes, direção para o caminho,**

tensores do processos de avaliação. Ou seja, como um estímulo permanente ao encontro para a co-produção de significados, de espaços coletivos e redes.

o **ponto c)** descende diretamente do quadro da CPHC que se estrutura à partir de redes de cuidado horizontais, onde as ações de promoção, prevenção, restituição da saúde e reabilitação não são hierarquizadas mas operam e atuam simultaneamente e sinergicamente através de redes multissetoriais, interdisciplinares e participativas. **As redes horizontais reduzem o risco de delegar a lógica da avaliação ao campo da técnica e dos especialistas.** Uma consideração interessante que emerge da discussão e das experiências dos atores envolvidos no processo de pesquisa, é que quando a complexidade investe em sistemas baseados em saberes especializados e de tipo técnico, tais como o modelo biomédico, produz-se um paradoxal afastamento das abordagens sociais e humanísticas. No paradoxo, **quanto mais a lógica técnico científica se mostra insuficiente, mais se gera demanda de técnicas e de tecnologias duras e menos parecem relevantes as respostas ético políticas e práticas democráticas.**

O **ponto d)** destaca o fato que, quando ativamos investigações sobre o ponto de vista individual do usuário, **as dimensões consideradas devem ser fluidas, abertas e processuais.** Isso reforça a **necessidade da relação entre o plano micro, meso e macro, assim como, entre avaliação interna e externa,** para manter interligados os objetivos locais e os objetivos do sistema de saúde em si. Nessa perspectiva é possível pensar também em uma avaliação que costure uma ponte entre territórios geográficos e existenciais distantes.

Considerações finais

Colocando em análise vários pontos de vista, valores e trajetórias e visando uma mudança no posicionamento e nas práticas de gestores, profissionais, usuários e comunidades, **a avaliação deve se interessar por temas como a ética, a justiça, a liberdade e a democracia**, para produzir saberes que proporcionem uma mediação entre interesses potencialmente muito diferentes de vários indivíduos, respeitando as diferenças, mas no mesmo tempo possibilitando uma mediação entre indivíduos e coletivo. **A avaliação tem que possibilitar uma distribuição justa dos recursos materiais, simbólicos, humanos, ecológicos e sociais, tendo ela efeitos diretos na gestão dos financiamentos dos sistemas e serviços de saúde.** Ademais a avaliação **vai estruturando o imaginário individual** (de usuários e trabalhadores) **e social**, produzindo tencionamentos, estruturando relações de poder, e mecanismos de proteção ou empobrecimento do patrimônio ambiental e ecológico comum.

Sem querer aprofundar as dimensões teóricas das ideias de liberdade, justiça e democracia podemos aqui ressaltar que todos esses conceitos se encaixam perfeitamente com a **construção participada de valores e bens comuns** que pode guiar a avaliação do serviço e as transformações produzidas através da avaliação.

A participação dos sujeitos ajuda a produzir um processo avaliativo que tende a não usar os valores de forma normativa, mas a construir redes produtoras de valores e bens comuns através do próprio processo avaliativo. Portanto, no planejamento da avaliação é apropriado reservar tempo e lugares para possibilitar a expressão do ponto de vista dos vários atores e no mesmo tempo garantir a interação e a mediação. Do outro lado sempre existe o

risco que os processos participativos se burocratizem ao longo do tempo e que a simples análise participativa dos processos de produção do cuidado não consigam produzir aprendizagem e empoderamento.

Manter **uma circularidade do processo, garantindo uma devolução** e mostrando como o processo de avaliação considera e usa as informações e as indicações dos vários participantes pode ser uma estratégia para manter vivos os próprios processos participativos.

A burocratização pode ser controlada também através da organização de encontros locais de discussão e troca informal, coordenados pelos próprios profissionais, especialmente aqueles com uma função de ponte entre comunidade, serviços e gestão. Por isso **é importante reservar ao redor dos serviços “espaços públicos de proximidade” como locus sociais (lugares sociais e de socialização) estruturados para o encontro, a troca e a construção de redes.** É dentro desses espaços que as informações/avaliações podem ser reconhecidas pelos próprios atores envolvidos como fonte de conhecimento significativo a respeito do contexto e da rede de conexões localmente produzidas. Por meio desse conhecimento situado é possível gerar, localmente formas de auto-reflexão coletivas com o intento de transformar a produção de trabalho no cuidado e na assistência, mas também de interferir com processos sociais de construção democrática da saúde como Direito Humano Fundamental.

Além das metodologias e das técnicas escolhidas pela avaliação, **incorporar no processo avaliativo valores como a justiça social, a participação, o encontro, a pactuação e a construção de bem comum e de coletivo constitui uma forma de produção de democracia em ato.** É interessante observar como os processos de pactuação e a produção de encontro são ao mesmo tempo características peculiares da produção de cuidado em saúde e de

democracia, produzindo **uma interessante sobreposição entre *Primary Health Care* e Direitos Humanos**.

Finalmente ressaltamos que os quadros teóricos das integrações dos planos micro, meso e macro e dos encontros entre atores de diferentes *locus* existenciais e geográficos representam ferramentas muito promissórias de **pesquisa-intervenção em saúde**. Um limite ao envolvimento direto dos usuários e dos profissionais ainda são as diferenças de idioma e de contexto de vida e de trabalho, que tornam difícil a comunicação entre os atores locais por falta de palavras e conceitos comuns. **Nesse cenário é interessante pensar o papel da universidade em quanto construtora de pontes entre comunidades**, sendo que a academia tem uma grande tradição de encontros e cooperação internacional. A grande aposta não é tanto na mediação linguística mas na **capacidade de produzir um sentido comum entre grupos que por questões geográficas ou sociais vivem locus separados**, superando assim a fragmentação do imaginário social e do corpo social, entre o plano micro, meso e o macro.

Referências

1. Labonté R, Schrecker T. Globalization and the social determinants of health: A diagnostic overview and agenda for innovation. Part 1,2,3 Globalization and Health; 2007.
2. World Health Organization - WHO: Prevenire le malattie croniche un investimento vitale: rapporto globale dell'Oms; 2005. ISBN 88-88734-13-9
3. World Health Organization. "The World Health Report 2008: Primary health care (now more than ever)." 2008.
4. Mendes EV, O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Victora CG, Barreto ML, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC, and the Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet, 2011; 377: 2042–53.
6. Magnussen, Lesley, John Ehiri, and Pauline Jolly. "Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy." Health affairs, 2004; 23(3): 167-176.
7. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? Social Science and Medicine, 1994; 39(7):887-903.
8. Good B. (1999), Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico al rapporto medico-paziente, Einaudi, Torino.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 08 mar 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 08 mar 2016.

11. Itália. Azienda Sanitaria Regione Emilia Romagna. Cure primarie in salute. Disponível em: <<http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute>>. Acesso em: 08 mar 2016.
12. Mezirow J. Transformative learning: Theory to practice. *New directions for adult and continuing education*, 1997; 74: 5-12.
13. Viacava F, Ugá MA, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise / Evaluation of performance of health systems: a model for analysis. *Ciênc. saúde coletiva*, abril/2004; 17(4):921-934.
14. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil, *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(1):s7-s16).
15. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2000; 4(7).
16. Nickel DA, Calvo MCM, Nata SI, Freitas SFT, Hartz ZMA. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011 / *Cad. Saúde Pública*, abril/2014; 30(4):839-850.
17. Franco TB, Merhy EE, Trabalho, produção docuidado e subjetividade em saúde. textos reunidos Hucitec Editora, São Paulo; 2013.
18. Mezirow J. Transformative learning: Theory to practice. *New directions for adult and continuing education*. 1997; 74:5-12.
19. Mertens DM. Transformative research and evaluation. Guilford press; 2008.
20. Daniela Alba, Nickel; Sonia, Natal; Zulmira Maria de Araújo, Hartz; Maria Cristina Marino, Calvo. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, janeiro/2014; 30(12):2619-2630.
21. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
22. Legge, David G et al. "Micro macro integration: Reframing primary healthcare practice and community development in health." *Critical Public Health*, 2007; 17(2):171-182.
23. Martino A et al. O Ensino como Ferramenta de Transformação Social e Promoção da Saúde: a experiência dos Centros de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural (CSI) da Universidade de Bologna. *Interface (Botucatu. Impresso)*, v.Suplemento, 2012:160.
24. Brasil. Ministerio da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php>. Acesso em: 8 mar 2016.
25. Sanjek R. A Vocabulary for Fieldnotes. in Sanjek R. *Fieldnotes: The makings of anthropology*. Cornell University Press. 1990:92-122.
26. Heritage J. "Conversation analysis and institutional talk" Silverman D. *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*. SAGE Publications, London; 2004:222-246.
27. Potter J. "Discourse analysis as a way of analysing naturally occurring talk." in Silverman D. *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*. SAGE Publications, London; 2004:200-222.
28. Silverman D, Amir M. "Doing qualitative research: A comprehensive guide". Sage, London; 2008:52-54.

- ²⁹. Vilaça Mendes E. A APS no Brasil, in O Cuidado Das Condições Crônicas Na Atenção Primária À Saúde: O Imperativo Da Consolidação Da Estratégia Da Saúde Da Família, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- ³⁰. Realpe A, Wallace L. “What is co-production.” London: The Health Foundation. 2010.
- ³¹. Bowling A et al. The measurement of patients’ expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients’ expectations; 2012:3.
- ³². Lakoff G. Don’t think of an elephant, Kindle Edition; 2006.
- ³³. Olivetti Manoukian F. Produrre Servizi. Lavorare con oggetti immateriali, collana “Studi e Ricerche”, il Mulino, Bologna; 1998.
- ³⁴. Bowling A et al. “The measurement of patients’ expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients’ expectations”; 2012.
- ³⁵. Maciocco G. Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell’era della globalizzazione, Il Pensiero Scientifico; 2009.