

Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde

Luiz Carlos Oliveira Cecilio¹

Por que não podemos conseguir com o homem aquilo que os chineses sabem fazer com uma árvore – enquanto de um lado carrega rosas, do outro, peras? (Nietzsche, citado por Van Balen, 1999, p.65)

Sobre as dimensões da gestão do cuidado em saúde

Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, como representado na Figura 1.

Na dimensão mais nuclear da figura, está a **dimensão individual da gestão do cuidado em saúde**. O “cuidar de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte”.

Estudos produzidos no campo da Saúde Coletiva, em particular no debate e formulação de modelos tecnoassistenciais (Silva Jr., 1998), adotaram o conceito de “estar sadio” como sinônimo de autonomia, no sentido apontado originalmente por Canguilhem (1982): estar sadio é a capacidade de, diante das adversidades da vida, produzir novas normatividades, novos modos de viver, utilizando-se da ideia de que a Vida é permanentemente (re)instauradora de normas. Enquanto estivermos vivos, estaremos em produção, fazendo escolhas, produzindo nosso modo de viver.

Por outro lado, ao se falar da dimensão individual do cuidado não se poderia ignorar o debate contemporâneo a respeito dos conceitos de “indivíduo” e de “autonomia”, de modo a contemplar pelo menos três pontos:

- A negação da subjetividade como algo coerente, durável e individualizado, ou seja, somos mais plurais do que pensamos (Rose, 2001).

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. Rua Borges Lagoa, 1341. São Paulo, SP, Brasil. 04.038-034. luizcecilio60@gmail.com

- A compreensão da autonomia não como algo que o “indivíduo” elabore no seu interior mas, ao contrário, sua abertura, sempre, ao que é outro, e não ele mesmo. Assim, a autonomia resulta de uma longa história segundo a qual o organismo humano se distancia do que o rodeia; ela não é nada menos do que a ligação cada vez mais aberta, cada vez menos determinada, entre o organismo e seu meio (Beardsworth, 2003).
- Os modos de subjetivação contemporâneos não podem ser desvinculados de um biopoder produtor de regras regulatórias que, afinal, definem nossos “eus” (Rabinow, Rose, 2006).

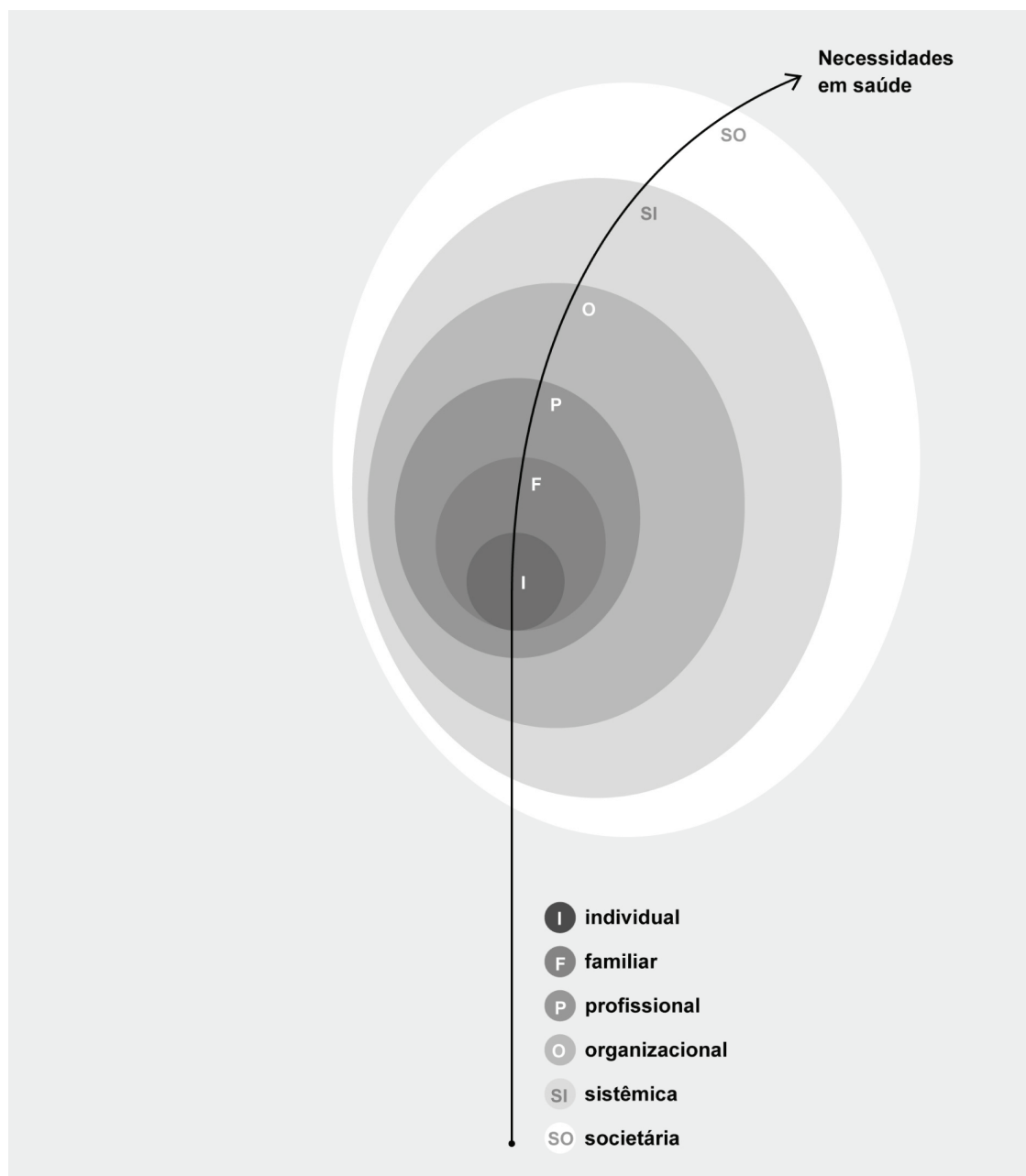


Figura 1. As múltiplas dimensões do cuidado em saúde

Mesmo reconhecendo que o “individual” é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico, é possível, sempre, reconhecer uma esfera “individual” na qual seria possível escapar da mão pesada das determinações sociais mais amplas, e que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena.

A **dimensão familiar da gestão do cuidado** é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem, como seus atores privilegiados: pessoas da família, os amigos e os vizinhos. Dizer isso não é imaginar um mundo sem dificuldades e contradições. Basta lembrar as relações conflituosas que se apresentam nesse campo, em particular aquelas entre cuidadores e cuidados, como consequência da complexidade dos laços familiares, da sobrecarga de trabalho para os cuidadores, das exigências permanentes para a realização do cuidado etc. Além disso, essa dimensão tem sido, crescentemente, colonizada por certas lógicas institucionais, em particular na operacionalização de programas de desospitalização e de atendimento domiciliar (Carvalho et al., 2007). Como consequência do envelhecimento acelerado da população brasileira, essa dimensão assumirá crescente importância para os serviços e pesquisas em saúde.

A **dimensão profissional do cuidado** é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro “privado”, que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral, fora de qualquer olhar externo de controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados.

A **dimensão organizacional do cuidado** é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Aqui, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder.

A **dimensão sistêmica da gestão do cuidado** é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Historicamente, foi trabalhada como a imagem de uma “pirâmide” constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes ordenados e racionalizados de usuários. O movimento real dos usuários no “sistema de saúde”, em particular, o modo como constroem itinerários terapêuticos que escapam à racionalidade pretendida pelos gestores; a transversalidade que o trabalho médico produz ainda hoje no “sistema” de saúde, a despeito das estratégias crescentemente disciplinadoras a que vem sendo submetido; a multiplicidade de “portas de entrada” para o “sistema”, em particular, nos serviços do tipo pronto-atendimento, que desafiam o ideal da rede básica como “porta de entrada” da pirâmide de serviços, tudo isso tem obrigado gestores e pesquisadores da área a trabalharem com conceitos mais flexíveis de redes de cuidado construídas a partir da ação de usuários, trabalhadores e gestores. A despeito de tal complexidade e multiplicidade de atores e movimentos, os gestores, ou seja, aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde, têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, sendo essa, normalmente, sua atividade mais visível e trabalhosa. Estamos em pleno domínio: da construção da relação público-privado, em particular, a compra de

serviços; da programação orçamentário-financeira; de regulação da relação Estado/prestadores privados; da formulação de políticas de prioridades; da política de investimentos etc. As equipes gestoras ocupam parte importante de suas agendas fazendo a gestão do cuidado nessa dimensão.

Por fim, a **dimensão societária da gestão do cuidado em saúde**. Aqui estamos tratando de como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, ou seja, é nela que se aprecia como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor. É a dimensão do encontro da sociedade civil, em sua heterogeneidade, com o Estado, e a disputa de diferentes projetos societários que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos extratos da população.

Para finalizar, é bom lembrar, portanto, que há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores. Nesse sentido é que vale enfatizar que a representação em círculos concêntricos, que está sendo utilizada no artigo, seria devedora da representação atômica clássica; a dinâmica real de interpenetração das várias dimensões seria melhor pensada a partir dos conceitos da física quântica ou, mesmo, de um "rizoma" (Figura 2).

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós.	Cuidar de si. Autonomia. Escolha.
Familiar	Família. Ciclo de amigos. Vizinhos.	Apoio. Proximidade. Mundo da vida.
Profissional	Profissionais de saúde. O Médico.	O preparo técnico. Ética. Vínculos.
Organizacional	A equipe de saúde. O gerente.	Div. Téc. do trabalho. Coordenação.
Sistêmica	Os gestores.	Linhas ou redes de cuidado. Financiamento.
Societária	O "Estado" A "Sociedade Civil"	Políticas sociais.

Figura 2. Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde

Sobre a avaliação da gestão do cuidado em saúde

Por tudo o que foi dito no ponto anterior, a avaliação da gestão do cuidado em saúde deverá dar conta da complexidade e heterogeneidade do seu “objeto”. De fato, o mais correto seria dizer as várias dimensões da avaliação da gestão do cuidado, deixando claro, de saída, que não haveria um único instrumento, ou um conjunto de instrumentos avaliativos que dessem conta da multiplicidade das dimensões como foram apresentadas. Como avaliar campos tão distintos que, sendo imanentes e interpenetrados, apresentam-se, ao mesmo tempo, irredutivelmente singulares? Ao pretendermos construir instrumentos de avaliação poderosos e “objetivos”, o suficiente para dar conta de tudo, não poderíamos ter o risco da simplificação grosseira, talvez a utilização de uma rede de malhas muito grossas que não conseguisse pescar os peixes menores? E se a rede não fosse o melhor modo de se pegarem os peixes pequenos, mesmo que fosse trançada com malhas bem finas? E se fosse necessário pensar em **outra coisa** para além da rede para se alcançar **aquilo** que ferve na água, mas que nos escapa aos olhos?

Imaginemos, então, um modo de avaliação que fosse construído como uma *gradação* atravessando as várias dimensões. Não seria incorreto afirmar que o Movimento Sanitário, mesmo em sua produção mais crítica, de algum modo cultivou uma postura de **externalidade** em relação ao **campo micropolítico da produção do cuidado em saúde**, se ele for definido **como o território onde se realiza o ato último de cuidar, ali na intimidade dos serviços de saúde e no labor das equipes junto aos usuários**. Na discussão que se segue, ele será tomado como o “interno” por referência a um “externo”, uma espécie de convenção que necessita de alguma problematização. O Movimento Sanitário sempre apresentou certa “externalidade” em relação a esse campo micropolítico por conta de uma dupla herança. Em primeiro lugar, a herança da Saúde Pública, que sempre lidou mal com tal espaço, pelo modo como construiu seu objeto e seus instrumentos operatórios, em particular, a epidemiologia e seu olhar sobre os grandes números, sobre o que é extensivo, sobre os coletivos. O campo micropolítico ficava ausente de tal construção. Por outro lado, o pensamento mais crítico presente na fundação da Saúde Coletiva, ou voltou sua atenção para a “determinação social” do processo saúde-doença, em particular, seus componentes macroestruturais – econômicos, políticos e sociais –, ou, quando se ocupou do espaço micropolítico, foi para apontar sua articulação com as determinações mais amplas, como se ele fosse a simples caixa de ressonância de um jogo pesado que se dava fora dele, ou “externo” a ele. Basta lembrar como a Medicina e a prática médica sempre foram estudadas muito mais na perspectiva de sua cumplicidade com a biopolítica do Estado capitalista e sua articulação crescente com o complexo médico-industrial, contribuindo para um modo cada vez mais poderoso de realização do capital, de controle da força de trabalho ou de sua produção e reprodução para os interesses dos capitalistas. Essa seria a nossa segunda herança, aquela produzida pelo pensamento crítico.

O Movimento Sanitário, com sua dupla herança de externalidade, exerceu grande influência, nos últimos anos, sobre o modo de se pensar, fazer e estudar a gestão em saúde no nosso país, seja pela ocupação direta de cargos de governo ou gerência, seja por sua produção teórico-científica, com forte influência na produção das políticas de saúde, inclusive das políticas de avaliação. Por outro lado, quem faz gestão em saúde, pela natureza da sua função ou pelo lugar institucional que ocupa, tende a se colocar de modo “externo” a esse campo micropolítico, enxergando-o como território a ser normalizado e controlado. Interessa-nos, portanto, nessas reflexões, destacar a externalidade dos gestores e, muitas vezes, dos próprios gerentes de serviços, em relação a tal campo, e as implicações disso para a discussão sobre avaliação.

No presente texto, será adotada a definição de **micropolítica** como o conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. Os atores são portadores de valores, de projetos, de interesses, e disputam sentidos para o trabalho em saúde. É um campo, portanto, desde sempre, marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder. Na micropolítica, se produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central da micropolítica das organizações de saúde (Cecilio, 2007).

No texto, será considerado “externo” aquilo que opera mais distante do território do cuidado direto e que possui, portanto, uma qualidade de “externalidade”, em contraposição ao “interno”, em particular, as dimensões organizacional e profissional do cuidado, portadoras da qualidade de “internalidade”, no sentido que está sendo usado no artigo.

Tomados os devidos cuidados para explicitar o que está sendo chamado de externo/interno, e mesmo relativizando qualquer entendimento de uma oposição absoluta entre os termos, retomemos a ideia de se pensar a avaliação das múltiplas dimensões da gestão do cuidado como uma gradação móvel e variável que, partindo das esferas mais “externas” da gestão do cuidado em saúde – ou seja, as dimensões societárias e sistêmicas, como estamos adotando –, vá se aproximando do campo interno da micropolítica, respeitadas suas especificidades.

Para caracterizar tal gradação de avaliação, será utilizada a equação externalidade/internalidade, de modo tal que ela vá se modificando à medida que se translada da periferia para o centro, do mais “externo” para o mais “interno”, como pode ser visto na Figura 3. Nela, o vetor **AB**, partindo da dimensão mais externa da gestão do cuidado, a societária, vai transversalizando todas as demais até alcançar o núcleo mais micropolítico, no sentido que está sendo adotado no texto.

A partir de **A**, predominam os indicadores “duros”, ou seja, aqueles com pretensão de objetividade, de quantificação, de produzir certa visibilidade, “abrindo” todas as demais dimensões até atingirem os espaços mais “micro”. Traduzem a intencionalidade de se produzir um conhecimento objetivo e inquestionável da realidade organizacional. São chamados de “duros” porque são do campo das ciências duras, matemáticas. Sua marca é a externalidade em relação ao campo micropolítico e são operados tanto por atores que ocupam lugares de gestão, como por pesquisadores que se filiam às metodologias de caráter mais positivista. Compõem o polo **A** os indicadores epidemiológicos, físico-financeiros e de produção. Nesse polo, a avaliação da qualidade da gestão do cuidado pode mirar: a) indicadores de resultado, como os de morbimortalidade; b) indicadores de processos, referentes ao cumprimento de metas físicas, cumprimento de protocolos, normas e, mesmo, a qualificação e produtividade dos trabalhadores; c) de estrutura, como avaliações das condições físicas de trabalho, equipamentos, manutenção etc, se utilizarmos a tipologia de Donabedian (1980, 1990). Olham o espaço micropolítico como uma “caixa-preta”, com seus processamentos próprios, mas se valorizam mais seus *outputs*. A pretensão máxima, quando se usam os indicadores “duros”, é que eles tenham potência não só para revelar, mas também para formatar o território da micropolítica. O polo **A** do vetor de gradação é claramente funcionalista-sistêmico. Todo o processo de contratualização entre Estado e os novos regimes de gestão (Organizações sociais, fundações estatais de direito privado, OSCIPS etc.) está fortemente ancorado no conceito de “contratos de gestão” que, por sua vez, apoiam-se em indicadores de resultados, os quais, em princípio, seriam a garantia da “objetividade” no acompanhamento dos contratos e, por conseguinte, de controle do Estado. Dizer que o que importa é acompanhar resultados, não processos, marca esse campo. O polo **A** poderia ser representado pela seguinte equação: EXTERNALIDADE/internalidade.

Por outro lado, à medida que o vetor de gradação **AB** se aproxima do território mais micropolítico, a “internalidade” passa a ser cada vez mais importante ao se almejar fazer uma avaliação efetiva da qualidade da gestão do cuidado. A internalidade é entendida, conforme visto antes, como o complexo campo de saberes, de relações de poder e de disputas de sentidos, e, marcadamente, dos autogovernos dos trabalhadores no interior dos serviços de saúde, produzindo o cuidado em ato: o encontro dos trabalhadores com os usuários (Merhy, 2002, 1997). Embora esse campo micropolítico apresente elementos estruturados, dotados de certa regularidade e previsibilidade, como não poderia deixar de ser em função da institucionalização das práticas de saúde – a cotidianidade dos serviços –, ele é, sobretudo, território de fluxos, de arranjos contingentes e negociados, de produção de novidades e novos conhecimentos, do inusitado e do que escapa à pretensão de normalização, visibilidade e controle. Olhados desse território micropolítico, os dirigentes, os gestores e, muitas vezes, os próprios gerentes são percebidos como o que é “de fora” (ou “de cima”), o intangível, distante, a externalidade enfim. Para não complicar a reflexão, vamos ignorar, propositalmente, a ideia de que o “micro” é, ele próprio, composto por vários territórios profissionais-existenciais que se tangenciam, se dobram uns sobre os outros, de modo que, também, nele haveria “internos” e “externos”...

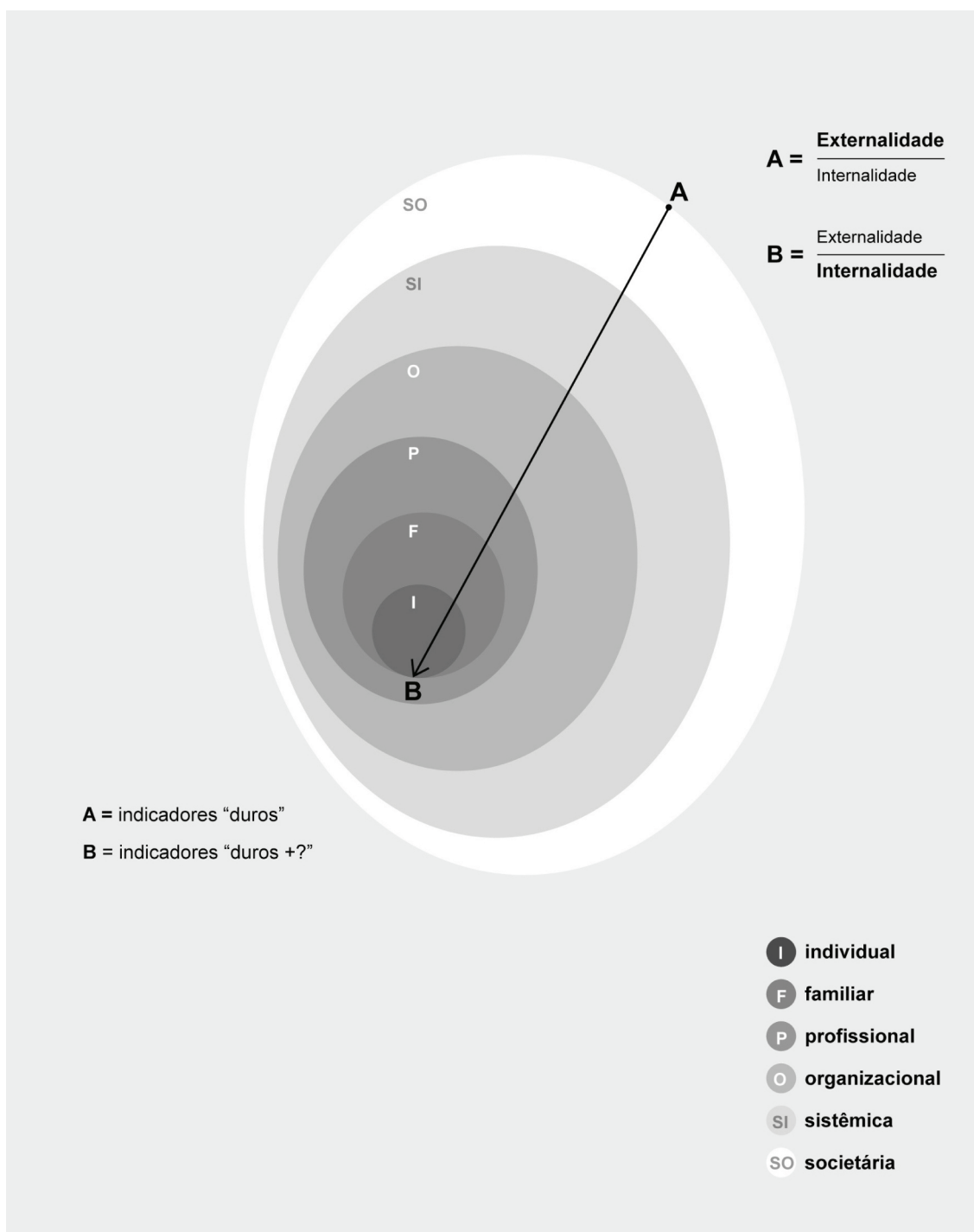


Figura 3. A graduação na avaliação das várias dimensões da gestão do cuidado em saúde

O que interessa, no momento, é deixar bem estabelecido que “aquilo que ferve na água”, como foi dito antes ao se usar a imagem da pesca, ou seja, a complexidade desse território micropolítico, escapa, o tempo todo, por entre as malhas da rede. O polo **B** do vetor de gradação, por isso mesmo, terá de dar conta de outros modos de se fazer avaliação que não se resumam aos indicadores e metas que normalmente temos utilizado para fazer a avaliação em saúde, a partir de **A**. Isso não significa desconsiderar a importância dos indicadores “duros”, até porque eles têm sido historicamente utilizados, no caso do campo governamental, como instrumentos de aprimoramento das políticas de saúde, em particular, ao alimentarem processos de alocação de recursos que permitam a garantia dos princípios basilares do SUS, como a integralidade, a universalidade do acesso e a equidade. Trata-se, portanto, no caso do polo **B**, de refletir sobre sua especificidade e suas exigências práticas, vinculadas quase que imediatamente ao próprio processo de gestão e organização do cuidado. Nesse polo, a gradação do processo avaliativo que estamos utilizando alcança a mais alta expressão da relação na forma externalidade/INTERNALIDADE. E isso nos coloca novos desafios.

Por tudo o que vimos até agora, é possível dizer que a equação externalidade/internalidade vai sofrendo uma gradação ao se deslocar do mais “externo”, ou mais “macro” (dimensões societária e sistêmica, principalmente), em direção aos processos mais “micro” ou “moleculares” (dimensões organizacionais, profissionais), mas sempre mantendo a presença, com pesos diferentes, dos dois polos (**A** e **B**). O delírio funcionalista e controlador máximo é supor ser possível anular o componente da internalidade da equação. Se triunfasse tal visão, a dinâmica do “interno” à micropolítica poderia ser totalmente capturada, esquadrihada e controlada por um olhar externo objetivo, “científico”, distanciado: a externalidade absoluta. Por outro lado, mesmo criticando tal posição funcionalista e destacando o peso da internalidade, bem sabemos que algum componente de externalidade sempre há de estar presente no processo avaliativo.

Trabalhadores e usuários dos serviços de saúde: outros olhares, outros sentidos

Assumida a tradição de externalidade nos processos avaliativos no SUS, pela dupla herança apontada antes e por ser, tradicionalmente, uma atividade dos gestores, temos de enfrentar o desafio de inventar novos modos de avaliação que assumam, para valer, o protagonismo dos trabalhadores e usuários, no território nuclear da micropolítica. Caminhar por aí significa assumir alguns pressupostos: a) suportar um descentramento radical dos processos avaliativos, isto é, adotar a ideia de que não há mais um “centro” ou um ponto ou uma instância de onde partam diretrizes, técnicas, métodos ou modos de se fazer avaliação do cuidado. Adotar a ideia de que a avaliação deve se realizar em uma rede móvel, flexível, contingente imanente aos processos de trabalho em saúde. Dar o devido peso, e limites, aos “avaliadores” ou às instâncias de avaliação tradicionais, lugar da produção e utilização dos indicadores “duros”, utilizados nos processos de gestão; b) romper com a concepção de que a avaliação da micropolítica se faz, portanto, a partir de indicadores vindos de fora ou de cima, seguindo o “princípio” clássico da Saúde Pública (“centralização na formulação, descentralização na execução”). O Pacto da Saúde (Brasil, 2006) ainda é devedor dessa concepção: os indicadores são pensados em Brasília, “assumidos” em um contrato de gestão pelos gestores locais e “destrinchados” pelas equipes locais. Se bem pensado, todo o oneroso (para os trabalhadores) processo de “produção de informação” – na verdade, a coleta burocrática e penosa de dados – responde a essa lógica. Depois, nos espantamos por “não conseguirmos trabalhar com avaliação”; c) considerar que já há processos mais descentrados de avaliação do cuidado que passam despercebidos pelos gestores e, mesmo, pelos gerentes, pois eles não são captados pelos instrumentos formais de avaliação. Um desafio é dar visibilidade e valorização a esses processos; d) assumir que a avaliação é uma atividade que deve fazer sentido, antes de mais nada, para quem cuida e para quem é cuidado. O uso pelos gestores deve ser um desdobramento disso; e) contribuir para que os espaços formais de controle social, em particular os conselhos de saúde, possam politizar os indicadores “duros”, tomando-os para si, problematizando-os, mas considerar que o controle social radical sobre os serviços só se dará com a inclusão efetiva dos usuários nos processos avaliativos micropolíticos. Assim, uma responsabilidade ético-política essencial

dos trabalhadores e gestores é contribuir para a formação de conselheiros, no sentido de ajudá-los a aprenderem a interrogar os indicadores “duros”. Produzir ação política a partir dos indicadores “duros”.

Mas é preciso irmos mais adiante com nossa reflexão se quisermos caracterizar a complexidade que está implícita nas considerações anteriores. Para tanto, façamos uso da epígrafe do presente texto, um pensamento do filósofo Friedrich Nietzsche, que nos incita a pensarmos sobre a possibilidade de se produzir um homem como os chineses produzem árvores, que dão peras em uma metade e rosas na outra. Numa leitura livre de tal pensamento, poderíamos pensar que os trabalhadores (já) produzem peras de um lado e rosas do outro. Ou, talvez, rosas, maçãs e outras frutas mais, incluindo pepinos e jilós, que também são frutos! Quem faz gestão, deseja, quase sempre, que os trabalhadores produzam o que está planejado para ser produzido. Os instrumentos de avaliação são montados para medir a produção e a qualidade das peras, por exemplo. Haverá, no entanto, sempre um lado produtivo não visível da micropolítica, um lado que fica fora das “grades avaliativas” formais. Há um lado não facilmente acessível da “árvore-trabalhador”, que produz maçãs ou rosas ou peras e que, para o usuário real, pode ser exatamente o que ele precisa naquele momento. E mais, a qualidade dessas outras “frutas” também nos escapa, e não será a gerência, ou indicadores “duros”, que conseguirão captar os sentidos que lhes darão os usuários. Às vezes, o pepino pode ser o que mais se deseja para fazer uma salada. Tudo isso reforça a importância de assumirmos o pressuposto do inevitável descentramento que deverá estar presente nos processos de avaliação.

Como pôr em prática tais indicações? Seria possível romper décadas de tradição (de intenção nunca concretizada plenamente...) de avaliações do tipo topo-base, sempre vistas como incomodamente externas (e controlistas) pelos trabalhadores? Como superar a desconfiança atávica que nos faz pensar, sempre, que os autogovernos dos trabalhadores poderão resultar numa árvore que não produza os frutos que achamos que ela deva produzir, ou que possa produzir frutos que não são tão bons assim? Como romper com um modo de pensar que supõe que a existência de indicadores “duros” bem formulados – “tradução” perfeita, porque “objetiva”, de uma política – é suficiente para induzir o bom cuidado, o “cuidado que deve ser feito e que os trabalhadores não sabem fazer e que alguém precisa dizer como se faz e avaliar se está sendo feito como se espera que faça?”.

Talvez pudéssemos acrescentar uma interrogação mais às anteriores, que serviria como uma espécie de contraponto ao convite ao descentramento: e se a “árvore-trabalhador” não produzir os frutos que os usuários necessitam para matar sua fome? E se as frutas produzidas não contiverem todo o sumo para matar a sede de quem tem sede?

Chegamos aqui ao ponto central da reflexão proposta neste texto. E, aqui, seria importante retomar o conceito de externalidade/internalidade que vem sendo desenvolvido. O desafio seria a construção de processos avaliativos que combinando, em diferentes graus, os gradientes de externalidade/internalidade – que existirão sempre pela própria institucionalização das práticas de saúde – com seus inevitáveis elementos de heteronomia e controle, conseguisse trabalhar a riqueza da micropolítica em si e, a partir dela, e cultivando a perspectiva de sua máxima autonomia e produção, apontasse para um horizonte ético de defesa intransigente da vida.

Nesse território micropolítico, a avaliação torna-se imanente à gestão e à produção do cuidado, mais precisamente, à gestão do cuidado em saúde, como a imagem mítica da cobra que se engole pela cauda. Uma avaliação que se realiza no processo mesmo de cuidar, arrebatada pelos cuidadores e pelos que são cuidados, politizada a ponto de ser capaz de ter uma atitude antropofágica com os próprios indicadores “duros”: conhecê-los, digeri-los, recriá-los, mas nunca se saciar apenas com eles. Uma avaliação que produzisse imediatamente o cuidado; uma avaliação que produzisse os cuidadores; uma avaliação que fosse produção permanente.

Nesse ponto, seria necessário fazer dois contrapontos para que se fique claro o que está sendo dito aqui. O primeiro é que tal postura está no polo oposto a todo o movimento racionalizador, de cunho funcionalista, que foi se convertendo no eixo hegemônico da “gestão em saúde” e tem dado a tônica “modernizadora” que se impõe como aparentemente incontornável para os gestores privados e, cada vez mais, para os públicos também, nos dias que correm. Sua tradução é a busca incansável pela eficiência, por resultados, por previsibilidade, controle e visibilidade, centralmente às custas da funcionalização crescente e obsessiva do trabalho em saúde, em todas as suas dimensões,

e atingindo todas as categorias profissionais (Cecilio, 2007). O segundo contraponto, este menos evidente, é em relação à ideia mesma da cogestão em saúde, como temos trabalhado esses anos todos (Campos, 1998), e, sem negá-la, propor que se vá além dela. Ir além dela é tomar o espaço da micropolítica como território que não se pretende “conquistar” e submeter a um olhar racionalizador e normalizador, a partir de uma externalidade, mas um território que deverá nos conquistar, a nós pesquisadores e gestores, por ser lugar de produção de possibilidades, das singularidades, do inusitado, do que recusa a normalização. Conhecer o jardim das árvores de frutas imprevisíveis...

Referências

- BEARDSWORTH, R. **Nietzsche**. São Paulo: Estação Liberdade, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto da Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saude Publica**, v.14, n.4, p.863-70, 1998.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- CARVALHO, L.C.; FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. Disputas em torno a los planes de cuidados en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. **Salud Colectiva**, v.3, n.3, p.489-506, 2007.
- CECILIO, L.C.O. **A micropolítica do hospital**: um itinerário ético-político de intervenções e estudo. 2007. Tese (Livre-Docência) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v.114, n.11, p.1115-8, 1990.
- _____. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1).
- MERHY, E.E. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.T. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.
- RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Rev. Cienc. Soc.**, v.1, n.2, p.27-57, 2006.
- ROSE, N. Inventando nossos eus. In: SILVA, T.T. (Org.). **Nunca fomos humanos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.139-204.
- SILVA JR., A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. (Saúde e Debate, s/n).
- VAN BALEN, R.M.L. **Sujeito e identidade em Nietzsche**. Rio de Janeiro: UAPÊ Espaço Cultural Barra, SEAF – Sociedade de Estudos e Atividades Filosóficas, 1999.

O artigo apresenta uma reflexão sobre avaliação em saúde que considere as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde (individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária), mediante uma gradação de instrumentos e objetivos dos processos avaliativos que, partindo das dimensões societária e sistêmica, com sua demanda por indicadores mais “duros” e estruturados, caminhem na direção dos processos mais micropolíticos do cuidado. Para tanto, propõe-se uma equação móvel, que traduza a relação “externalidade” (gestores, pesquisadores, gerentes) e “internalidade” (as equipes que fazem o cuidado), de modo que o nível micropolítico seja contemplado em toda sua riqueza e especificidade. Uma lógica avaliativa que não seja apenas a decodificação e operacionalização dos indicadores “duros” definidos pelos gestores (do “exterior”), mas que seja produzida na própria micropolítica (no “interior” do cuidado).

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Micropolítica. Gestão do cuidado em saúde.

Theoretical and conceptual notes on evaluative processes taking the multiple dimensions of healthcare management into account

This paper presents a discussion on health evaluation that considers the multiple dimensions of healthcare management (individual, family, professional, organizational, systemic, and societal) through a gradation of tools and objectives related to the evaluative processes, which, by taking the societal and systemic dimensions as a starting point, with their demand for “harder” and well-shaped indices, are carried out towards healthcare processes that present more micropolitical aspects. Therefore, it proposes a mobile equation that translates the “outer” relation (administrators, researchers, managers) and the “inner” relation (teams acting as healthcare providers) so that the micropolitical level is envisaged in all its wealth and specificity. An evaluative logic that not only stands for the mere decoding and operationalization of the “hard” indices as defined by the administrators (from “outside”), but is produced within itself (“inside” the health care).

Keywords: Health evaluation. Micropolitics. Healthcare management.

Apuntes teórico-conceptuales sobre los procesos evaluativos considerando las múltiples dimensiones de la gestión del cuidado en salud

El artículo presenta una reflexión sobre la evaluación en salud que considera las múltiples dimensiones de la gestión del cuidado en salud (individual, familiar, profesional, organizadora, sistémica y societaria) por medio de una sucesión de instrumentos y objetivos de los procesos evaluativos que, partiendo de las dimensiones societaria y sistémica, con su demanda de indicadores más “duros” y estructurados, se dirija hacia los procesos más micropolíticos del cuidado. Para ello se postula una ecuación móvil, que traduzca la relación “exterioridad” (los gestores, los investigadores y los gerentes) e “interioridad” (los equipos a cargo del cuidado), de modo tal que el nivel micropolítico se considere en toda su riqueza y especificidad. Una lógica evaluativa que no se limite a la decodificación y a la condición operacional de los indicadores “duros” definidos por los gestores (del “exterior”), sino que se genere en la propia micropolítica (en el “interior” del cuidado).

Palabras clave: Evaluación en salud. Micropolítica. Gestión del cuidado en salud.

Recebido em 03/06/2009. Aprovado em 19/05/2010.