

Artigos Originais

Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação

Research in Humanization: methodological links with the field of Evaluation

Serafim Barbosa Santos Filho¹

¹Professor, Ministério da Saúde, Depto de Ações e Programas Estratégicos em Saúde/DAPES e Política Nacional de Humanização/PNH

RESUMO - O artigo apresenta referenciais para a articulação de pesquisa avaliativa na Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH). Toma por base alinhamentos nos campos da PNH, Avaliação e Pesquisa Avaliativa, perspectivando processos investigativo-avaliativos que possam potencializar os propósitos da PNH. O principal objetivo é enfatizar o caminho metodológico de participação ampliada dos sujeitos (pesquisadores e atores da situação em estudo) nesses processos e o seu caráter aplicado na saúde pública. Nessa direção, indica-se que a Pesquisa Avaliativa na PNH afirma-se em dois grandes pilares: como pesquisa-intervenção para a transformação das realidades de saúde e valorizando o caráter participativo-emancipatório de todos os sujeitos envolvidos, apropriando-se reflexivamente das situações, compartilhando análises, decisões e fazendo parte da produção de conhecimento.

Palavras-chave: Humanização; Pesquisa qualitativa; Pesquisa avaliativa; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT - The paper presents references for articulation of evaluative research in the National Humanization Policy (PNH). Is based on alignments in the fields of PNH, Evaluation and Evaluative Research, viewing investigative-evaluative processes that can leverage the purposes of PNH. The main goal is to emphasize the methodological way of expanded participation of the subjects (researchers and actors involved in the study) in these processes and their applied character in public health. In this direction, it is stated that the Evaluative Research in PNH claims on two major pillars: as intervention research to transform the realities of health and enhancing participative-emancipatory character of all subjects involved, appropriating reflexively situations, sharing analyzes, decisions and being part of the production of knowledge.

Keywords: Humanization of assistance; Qualitative Research; Evaluative Research; Health Services Evaluation.

1. INTRODUÇÃO

A partir da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) no âmbito do SUS e Ministério da Saúde, em 2003, vem crescendo o interesse dos pesquisadores em aprofundar o *tema da humanização* como campo teórico-metodológico. Em diálogo nesse campo, publicamos um trabalho intitulado “Perspectivas da avaliação na PNH: aspectos conceituais e metodológicos”¹, abrindo a discussão sobre avaliação e humanização em saúde, seguindo com a construção de um modelo avaliativo com base nos princípios e diretrizes da Política². Partimos dos seus *conceitos estruturantes*, explorando o que direcionam como *intervenções e finalidades*, tratando-os na ótica dos *modelos teóricos de avaliação* e compondo um *arcabouço metodológico avaliativo* próprio à PNH.

Os modelos teórico-lógicos no campo da avaliação têm o potencial de estabelecer relações entre aspectos estruturais e operacionais de um programa/política e os aspectos relacionados ao contexto de sua implantação^{3,4,5}. Nessa concepção, orientam avaliações tanto dos resultados quanto dos

Autor correspondente

Serafim Barbosa Santos Filho

Ministério da Saúde

Depto de Ações e Programas Estratégicos em Saúde/DAPES e

Política Nacional de Humanização

Email: serafimsantos@terra.com.br

Artigo encaminhado 05/10/2014

Aceito para publicação em 13/11/2014

mecanismos que levam aos resultados e a parcela de contribuição do programa para o alcance de tais resultados.

Seguindo tal fio condutor, um dos rumos de articulação de pesquisa em humanização (na ótica da PNH) pode tomar como base a elaboração de modelos lógicos, como arranjos capazes de demarcar os efeitos e os fatores intervenientes na implementação de um projeto, ou seja, a totalidade (possível) dos componentes que estejam envolvidos nos processos e que devem ser objetos de investigação. Evidentemente há de se cuidar com a construção de

desenhos potentes para incluir todos os fatores considerados pertinentes à situação pesquisada. E devem ser desenhos abertos à inclusão dos elementos que emergirem no próprio percurso da investigação.

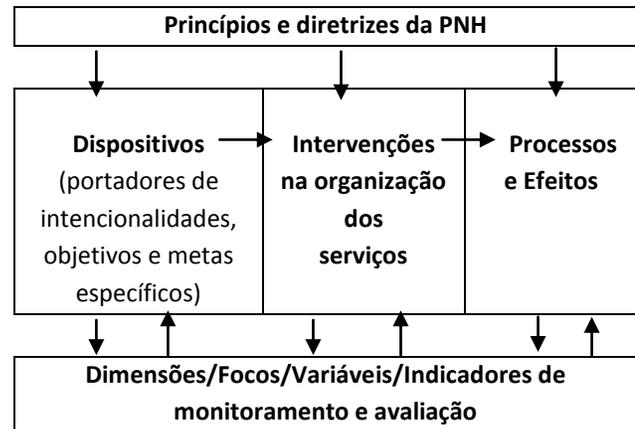
De qualquer modo, por essa via é possível estabelecer a articulação entre avaliação e pesquisa avaliativa, principalmente entendendo-se o caráter aplicado pressuposto na pesquisa avaliativa, que a difere de outras pesquisas para a produção de conhecimento em geral. Enfatiza-se assim o interesse político-interventivo claro das pesquisas avaliativas, que se operam para orientar intervenções e transformações na realidade, captando e induzindo mudanças (âmbito de processos, efeitos). E que, segundo Hartz e Silva⁵, incorporam o método exploratório científico para conhecer as relações entre causas e efeitos. Alinhadas e ampliadas quanto aos interesses da PNH, as pesquisas, como estratégia de avaliação-intervenção, devem possibilitar o desvelamento de elementos presentes nessas relações.

Isso posto, no presente artigo faz-se uma breve explicitação dos referenciais avaliativos da PNH e em seguida trazendo-se as bases propostas no rumo de pesquisa avaliativa de interesse na PNH. De início, é importante esclarecer que o principal objetivo de se lidar com esse tema (da pesquisa) articulando-o à humanização é o de estabelecer aproximações que possam ser úteis à PNH, potencializando a proposta desta Política de interferir nas práticas de saúde no SUS. Nesse sentido, o uso da expressão “pesquisa em humanização” aqui está referido à ótica da PNH, enfatizando o alinhamento entre os *modos* de abordagem ou de relações com os serviços/sujeitos (em seus campos de trabalho - de ação, avaliação, pesquisa), *modos* que, acredita-se, são indissociáveis das práticas que aí se desenvolvem. E ao destacar os aspectos de interesse nos alinhamentos aqui realizados, estaremos essencialmente convergindo a discussão em torno de processos investigativo-avaliativos.

2. ARTICULAÇÃO DOS REFERENCIAIS DA PNH NA PERSPECTIVA AVALIATIVA

As figuras seguintes sintetizam o marco lógico-avaliativo da PNH². A figura 1 esquematiza suas categorias estruturantes – *princípios, diretrizes e dispositivos* –, às quais estão associados *objetivos e metas*, demarcados para direcionar seus âmbitos de *planificação e avaliação*.

Figura 1 - Articulação dos referenciais da PNH e direção de planejamento e avaliação.



Fonte: Santos Filho, 2009.

De modo sintético, os princípios, diretrizes e dispositivos são aqui abreviados em seus três conceitos fundantes: transversalidade, cogestão e protagonismo dos sujeitos. O conceito de transversalidade^{6,7} diz respeito a novos padrões de relação e comunicação entre sujeitos e serviços, buscando a alteração das fronteiras dos saberes e dos territórios de poder. Na ideia de comunicação transversal, ganham força as relações lateralizadas, em rede, na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade⁷. O princípio do protagonismo dos sujeitos está associado ao seu modo de inserção no mundo do trabalho, implicando em participação e corresponsabilidade no processo de produção de saúde e exercício de autonomia como capacidade de coconstruir regras de funcionamento para os processos, para si e para o coletivo⁷. E a cogestão refere-se à ampliação dos espaços públicos e coletivos, induzindo o diálogo e pactuações. Traz a marca de *inclusão* dos sujeitos no processo de análise e tomadas de decisão, de construção compartilhada, considerando as diferenças e singularidades dos sujeitos e coletivos^{7,8}.

Conceitos e categorias estruturantes da PNH articulam-se em *intervenções* para a transformação dos processos de trabalho e práticas de saúde, sendo que a avaliação deve incorporar indicadores capazes de refletir as intervenções, como processos desencadeados e seus efeitos.

A figura 2 articula os objetos/focos de análise e as dimensões de processos e efeitos esperados com as intervenções, demarcando-se alvos distintos, mas indissociados, como indicam as setas inseridas no desenho seguinte.

Figura 2 - Modelo Avaliativo na Política Nacional de Humanização

Articulação dos objetos/focos e dimensões de análise na PNH, como base para um modelo avaliativo		
Objeto/Foco de análise 1	Objeto/Foco de análise 2	Objeto/Foco de análise 3
Os dispositivos de interferência no processo de trabalho	Os sujeitos/equipes no contexto do processo de trabalho	As repercussões das práticas de saúde para os usuários
Dimensões de análise: processos e efeitos		
Organização/arranjos, articulação dos procedimentos, ações, recursos (Aspectos relacionados à definição e ajustes nas ofertas, intervenções – âmbito de regulações)	Aspectos que informam sobre inserção-inclusão dos trabalhadores; articulação/produção de práticas de integração; dinâmica institucional Autonomia, Protagonismo (como sujeitos, coletivos) Pode-se ilustrar com os seguintes eixos de “avaliação”: <ul style="list-style-type: none"> • padrões de comunicação e de relacionamentos, grupalidade • articulação de saberes, do ‘conhecimento prático’, dos objetos do trabalho, tarefas e fluxos • articulação/produção de práticas coletivas, integradas entre os profissionais • articulação/produção de estratégias de renovação do funcionamento organizacional • articulação de interesses para construção/invenção de projetos comuns e construção de redes 	Repercussões no acesso, qualidade dos serviços e resultados (percebidos como válidos) Satisfação

Fonte: Santos Filho, 2009.

Com a articulação de tais desenhos (mais aprofundados na bibliografia referenciada), fica sistematizado o “ponto de partida” que traduz o marco teórico-político da PNH em uma dimensão avaliativa. Na sua composição, foi feito também um alinhamento entre os conceitos estruturantes da PNH e as concepções da avaliação participativa,

pressupondo uma afinidade entre os valores que norteiam esses dois campos de saberes e práticas. Partindo daí, foram apontados eixos-vetores de interesse no campo da avaliação na PNH, apresentados em outras publicações^{2,9}.

No alinhamento aqui proposto entre avaliação e pesquisa, esse é o cenário tomado para direcionar um tipo de pesquisa avaliativa na PNH, cujas bases são exibidas a seguir.

3. ARTICULAÇÃO DAS BASES DE PESQUISA AVALIATIVA EM HUMANIZAÇÃO

Derivando do cenário articulado anteriormente, as principais perguntas-chave no escopo avaliativo na PNH podem ser sintetizadas em: a que vem a PNH? O que propõe como intervenção e metas? O que espera como equivalente de processos e resultados? No rastro dessas perguntas, põe-se a verificação das respostas ou mudanças esperadas.

E no campo da pesquisa avaliativa, põem-se dois desafios indissociáveis: o de se investigar a capacidade da PNH de efetivar seus propósitos (imbricados nas perguntas anteriormente formuladas), analisando-se a relação entre mudanças ocorridas e as intervenções realizadas e fazendo emergir os fatores intervenientes nesse contexto. E o de articular metodologias pertinentes para as investigações. Nesse horizonte, fica aberto um caminho investigativo capaz de abrigar como objetos de estudo as diversas situações de saúde (especialmente nos âmbitos da atenção, gestão e formação) que se deseja pesquisar à luz de tais referenciais. Para ilustrar dois grandes alvos de estudo: por um lado, o “objeto” é a PNH como um conjunto de intervenções (remetendo-se à esfera da avaliação de programas e equivalentes) ou recortando um de seus dispositivos ou frentes de ação, como, por exemplo, um programa de formação/curso; por outro lado, o “objeto” são os serviços propriamente e suas práticas (humanizadas) de atenção e gestão.

De modo esquemático, a abertura desse cenário de pesquisa pode ser apresentada do seguinte modo (figura 3):

Figura 3 - Grandes eixos de questões investigativas à luz da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão em saúde.

Referenciais estruturantes da PNH (Marco teórico-político da PNH)	Grandes eixos de questões investigativas	Como investigar (Marco teórico-metodológico da Pesquisa)
Princípios	<ul style="list-style-type: none"> • Está (a PNH e o Serviço) operando (efetivamente) com os referenciais? • Está resultando em incorporação (nos serviços, equipes) desses referenciais? • Está repercutindo em transformação das práticas de saúde, práticas das equipes, qualificação da atenção aos usuários? (Esses eixos investigativos estão correlacionados com os focos e dimensões de análise da Figura 2) • Há relações entre as transformações (mudanças) observadas e a incorporação dos referenciais (intervenções)? 	Referenciais Metodológicos de Pesquisa (com qual concepção de pesquisa estar em campo)
Diretrizes		
Dispositivos		
Estratégias de análise-intervenção		
Vetores de finalidade da PNH (a partir dos princípios, diretrizes, dispositivos, estratégias)		

Quanto aos vetores de finalidade mencionados no quadro descrito acima, é preciso lembrar que toda e qualquer intervenção proposta pela PNH (e, portanto, sendo situação investigada) traz em si a finalidade de promover o protagonismo e aumentar o coeficiente de autonomia dos sujeitos/equipes/serviços, aumentando sua capacidade de análise e de intervenção, juntamente à melhoria das práticas de atenção e respostas para os usuários. É nesse contexto de intencionalidades que se coloca o complexo desafio de se construir eixos analíticos capazes de refletir tais finalidades. Daí o desafio dos modelos lógicos e desenhos investigativos de não se restringirem a um conjunto de variáveis ou indicadores de “mais fácil medida”, às vezes pouco sensíveis e específicos para representar uma determinada situação, mas sim de se abrirem para a ampliação do olhar avaliativo, contemplando vários aspectos, inclusive a subjetividade associada aos processos e relações¹.

Seguindo no quadro esboçado (figura 3), atém-se agora às abordagens teórico-metodológicas de pesquisa, demarcando-se as fontes nas quais se inspira

e pondo em relevo as dimensões de interesse alinhadas à PNH.

A primeira sinalização que merece ser feita é no sentido de alertar que a pesquisa avaliativa em humanização pode-se inscrever tanto na pesquisa qualitativa como quantitativa. É importante destacar que os objetos com os quais lida a PNH são situações que podem ser tratadas à luz das diferentes abordagens, não cabendo, portanto, as restrições apriorísticas (e mesmo preconceituosas) que às vezes pairam como limitadores das escolhas investigativas. Lembramos aqui a revisão bibliográfica do autor em outro artigo¹, apresentando situações do campo da humanização da atenção e gestão, estudadas pelo método quantitativo clássico em saúde (epidemiológico), ilustrando o potencial de análise e demarcação de processos e resultados de forma afinada com o pensamento da PNH. Vale ressaltar que nesses tipos de estudo se podem utilizar variáveis e indicadores “mais tradicionais”, porém evitando reducionismos na análise da realidade. De todo modo, um caminho que indubitavelmente potencializa as investigações é o avanço na chamada triangulação de métodos e técnicas, associando abordagens quali e quantitativas¹⁰.

Feita essa sinalização, as ênfases que propomos para a pesquisa à luz da PNH referem-se a dimensões tidas como essenciais nas abordagens qualitativas e aqui ficarão em relevo. Interessa-nos então agregar atributos presentes em tais correntes e afirmar a pesquisa avaliativa na PNH como pesquisa participativa, emancipatória, formativa, interventiva.

É pertinente ao âmbito qualitativo por lidar com objetos imersos em um conjunto de relações sociais; realidades a serem observadas como uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente e que são atravessados por diferentes tipos de forças, individuais, coletivas, racionais e subjetivas¹¹. Como instâncias do social, objeto e pesquisa situam-se sempre historicamente e abrangendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam o objeto e o próprio caminho da pesquisa.

Em todo o campo da saúde, o encontro entre necessidades, demandas e práticas é um “encontro histórico-social” e passa pela subjetividade dos trabalhadores e usuários. No caso da PNH, há que se ressaltar especialmente a amplitude de objetos e relações abrangidos em seus focos, habitualmente agrupados (e inter-relacionados) nas esferas da atenção, gestão e formação dos sujeitos. Como alerta Minayo¹¹, a complexidade de definição de um método na pesquisa em saúde deve-se à complexidade própria

desse campo, que traz o desafio de uma necessária articulação de conhecimentos e sempre tendo a intervenção e transformação como perspectiva, aspecto de interesse especial aqui nesta abordagem e largamente enfatizado na literatura sobre o assunto^{3,11,12,13,14,15,16,17}.

A própria PNH é uma construção social, proposta como política para se construir *com* os coletivos^{18,19} nos espaços concretos de militância e agir em saúde. É nesses espaços que se criam e se experimentam, de forma singular, os chamados dispositivos de humanização, configurando assim um típico *contexto histórico*, a ser investigado na ótica qualitativa. E, pondo em relevo tal aspecto da singularidade, mais pertinente ainda se torna a abordagem qualitativa, cujos resultados, a rigor, não se pretendem universais ou universalizáveis.

É proposta como pesquisa participativa por pressupor participação ativa do pesquisador e sujeitos que estão na realidade estudada^{11,14,20} e, indo um pouco além, como inspira a PNH, o envolvimento de todos os sujeitos na realidade configura o próprio cenário da pesquisa, ambos (sujeitos e realidade) expostos à transformação, no próprio percurso da pesquisa. Por isso, não somente se entende a impossibilidade de distanciamento artificial da realidade investigada, mas se valoriza esse âmbito de implicação, conceito que a PNH incorpora a partir dos autores da análise institucional^{21,22}.

A dimensão de envolvimento dos pesquisadores e participação ativa dos sujeitos ganha ainda mais relevância na proposição de pesquisa-intervenção, à luz do método cartográfico para exploração participativa do campo. Com base nesse conceito proposto por Deleuze e Guattari²³, pesquisadores brasileiros^{24,25,26,27,28} têm expandido a prática cartográfica nas pesquisas em saúde. Em suas abordagens, a principal ênfase é compreender a cartografia como um método que visa acompanhar ou investigar um processo, ao mesmo tempo que tal processo vai-se fazendo no caminho. Nesse caso, a entrada do pesquisador não é pressuposta ao final de um processo para olhá-lo de fora; seu trabalho prevê um mergulho na realidade em estudo, comportando uma ampla margem de abertura para ir descobrindo o objeto e seus rumos no próprio percurso, em sua dinamicidade.

Nesse sentido, alinha-se ao referencial de avaliação formativa^{29,30}, exercida no decorrer de uma experiência e marcando a importância de indicar pistas para se promover ajustes ao longo de seu desenvolvimento. É formativa também porque traz em

si o caráter pedagógico, de ampliação do conhecimento dos sujeitos e oportunidades dos coletivos se apropriarem dos próprios métodos investigativos^{2,9}. Ainda nesse alinhamento, é necessário fazer referência à avaliação construtivista (de quarta geração), em Guba e Lincoln¹⁵, por entender que a realidade contextual é uma construção dos sujeitos e vai-se construindo em espaços coletivos – sempre como criação de espaços de negociação para a construção comum das mudanças, no caso da PNH, isso coincidindo com sua própria finalidade.

A cartografia, podendo abarcar tais pressupostos, indica então que pesquisar é acompanhar/investigar essas construções em processo.

É interessante registrar que as experimentações de práticas investigativas acentuando esses enfoques vêm ganhando força na abordagem do Sistema de Saúde brasileiro, trazendo contribuições significativas aos campos que se vão abrindo. Registramos aqui um recente projeto de pesquisa avaliativa desenvolvido na interface da saúde coletiva e saúde mental, não só demonstrando a invenção, adaptação e o manejo criterioso de ferramentas avaliativas, mas também provocando, em seu rastro, um consistente debate acerca da produção do conhecimento em saúde³¹.

Bebendo em todas essas fontes referenciais, almeja-se que a pesquisa avaliativa na PNH afirme seu caráter emancipatório, com os sujeitos apropriando-se reflexivamente da situação, compartilhando análises e decisões (poderes) e fazendo parte também da produção de conhecimento. Deve promover formação e empoderamento para compreender e intervir nas realidades, aproximando-se das concepções originais de participação e autonomia em Paulo Freire³².

4. ÊNFASE EM ALGUMAS DIMENSÕES QUE POTENCIALIZAM UMA PRÁTICA INVESTIGATIVA “MAIS INCLUSIVA” NO REFERENCIAL DA HUMANIZAÇÃO

Estruturando-se nesse complexo referencial, a pesquisa avaliativa em humanização traz o desafio de operar com tais bases. E vale ressaltar que não bastaria apenas uma adequação instrumental (onde cabem livres adaptações das técnicas de abordagem de campo), já que a própria PNH alerta que sua principal inovação é o “modo de fazer” (e no caso de se estar em campo de pesquisa, o modo de “estar junto” aos sujeitos nesse campo).

As indicações de triangulação de métodos e de técnicas de coleta e abordagem de campo tornam-se uma estratégia que permite efetivamente a ampliação da “conversa” ou “rede de conversas” com fontes

diversificadas de informações e principalmente de interlocução com os sujeitos/grupos de interesse. Nessa direção, podem ser explorados todos os tipos de documentos institucionais como fontes secundárias de dados e agregando as estratégias que permitem aproximações em profundidade com os sujeitos, por meio de diversos tipos de entrevistas, observações e grupos formados com os interlocutores de interesse. Pelos princípios constitutivos da PNH, tais grupos sempre terão a participação dos atores envolvidos no processo de produção em saúde, de forma a garantir representação dos interesses de trabalhadores, gestores e usuários.

De modo geral, não é novidade a ideia mais ampla dos *grupos de discussão*¹¹ para abordagens em pesquisa. Os referidos grupos assumem variações quanto a sua dinâmica e, no caso da PNH, podem-se constituir como grupos em diferentes sentidos, incluindo os “focais”, na esteira da articulação de vários tipos de “espaços coletivos” e de dinâmicas de funcionamento (“rodas de conversa avaliativas”), que são dispositivos primordiais na humanização.

A condição de pesquisador implicado leva em conta as vivências estabelecidas com as equipes no trabalho (campo de intervenção-investigação), implicação metodológica incluída como cartografia de encontros produzidos no trabalho vivo ou na micropolítica da saúde²⁸.

Nesses rumos, o contato com os sujeitos no trabalho é permeado pela função de intervenções para ampliar, focar e aprofundar as conversas avaliativas. Trata-se de oportunidades de encontro, cujos debates devem ser canalizados em dimensões que sirvam não somente para pré-agrupar ou constituir categorias de análise, mas como narrativas, memórias, “devolvidas” e utilizadas para estimular o diálogo e permitir validações coletivas em todos os espaços de discussão³³. Na PNH, esse caminho dá coerência à valorização da circulação da palavra, de modo a fazer emergir (e confrontar) os diferentes interesses que permeiam os processos de trabalho, as práticas sanitárias e as relações profissionais.

Ao invés de oportunidades para simples coletas de dados, esses espaços assumem uma dinâmica que, como entende Kastrup²⁶, mais se caracteriza como uma produção participativa de dados (e de todo o arranjo de pesquisa), onde o pesquisador é também parte do processo. Isto é, tomando parte ou criando pertencimento ao campo é que se aproxima/conhece a realidade em questão.

Metas e indicadores habitualmente usados em avaliações de processos (como na vertente formativa)

são estruturas que servem ao pensamento avaliativo na PNH, ajudando no direcionamento dos focos a serem explorados. Entretanto, mais do que a verificação de metas previstas e subsídios para ajustamentos das experiências à realidade, no campo da humanização alarga-se o horizonte de uso desses elementos avaliativos. Devem refletir a amplitude das intervenções e efeitos, dialogando com as dimensões subjetivas nos processos de trabalhar e captando aspectos das mudanças subjetivas que movimentam as práticas em saúde; podem-se construir e ajustar ao longo de toda a investigação, lembrando que são construções abertas aos sujeitos, emergindo de sua condição de agentes da experiência e da pesquisa, portanto devendo refletir seus interesses e; sobretudo, usando-se indicadores como analisadores do trabalho, isto é, aquilo que possibilita questionar o que está instituído e aponta para seu processo (sempre histórico) de (re) constituição. Na verdade, produzem-se coletivamente “analisadores sociais”, elementos essenciais à compreensão-intervenção na realidade por se tratar de episódios que produzem análise, decompondo as múltiplas relações que compõem os campos de práticas³⁴.

Aqui cabe resgatar também a tipologia avaliativa de Zarifian^{35,36} e alinhada à PNH³⁷, articulando o conceito de trabalho como uma *relação de serviço*, referencial que desloca o dimensionamento do valor do trabalho (saúde como serviço, por exemplo) para o âmbito de sua capacidade de produzir transformações na vida dos sujeitos. Nessa direção, a medida avaliativa do serviço em saúde busca captar mudanças consideradas válidas ou úteis pelos sujeitos. Tal entendimento provoca importantes (re) direcionamentos nas possíveis “perguntas de pesquisa” na humanização, além de afirmar a função ativa dos sujeitos na indicação de critérios ou dimensões avaliativas (da “validade”, utilidade e outros).

Observe-se que, em uma pesquisa, a constituição de grupos/espaços de conversa que oportunizem a fala sobre os aspectos que refletem a compreensão dos sujeitos acerca do efeito ou da utilidade do serviço (seja ele uma ação de saúde, uma atividade educativa ou qualquer outro projeto) possibilita sua efetiva participação na sinalização dos critérios avaliativos da experiência em estudo, portanto não ficando reduzidos à condição passiva de informantes. Além disso, respeita-se a premissa de que todas as variáveis presentes em uma realidade e as subjetividades dos participantes constituem e interferem no que está sendo observado e podem/devem ser articuladas como eixos de análise.

De forma mais específica, ao focar os processos de trabalho como um alvo de interesse, a PNH deixa o rastro para desenhos de pesquisas que tomem o trabalho (e as relações sociais nele estabelecidas) como categoria privilegiada de análise. Nesse caso, alinham-se os referenciais que abordam o *trabalho como atividade*, em campos de interface da sociologia, psicologia e ergologia^{38,39}. Por tais referenciais, o trabalho é espaço de produção/invenção de serviços, de produtos e de si mesmo; é lugar de conexão entre sujeitos e espaço de produção de saberes, num processo de formação permanente. Como propusemos em outra publicação⁴⁰, acompanhando Schwartz⁴¹, “incitar aqueles que vivem e trabalham a pôr em palavras um ponto de vista sobre a atividade que desenvolvem, a fim de torná-la comunicável e submetê-la à confrontação de saberes, é o que se busca a partir da PNH”. A nosso ver, isso é propriamente a indicação de engajamento dos trabalhadores como avaliadores-pesquisadores de seu próprio trabalho, reafirmando-se a potencialização da ideia de participação. Nessa direção, agregam-se técnicas e dispositivos de exploração de campo, como as de abordagem clínica do trabalho, entre outras³⁹.

Um dos âmbitos empíricos de nossas experimentações abarca um dispositivo nomeado como contrato interno de gestão, pressuposto como um dispositivo de gestão compartilhada nos serviços de saúde, a nosso ver um dispositivo a ser investigado no entendimento do “trabalho como encontro”³⁸. Partindo de sua adoção em serviços do SUS, temos explorado alguns eixos de sua implementação e efeitos^{42,43,44,45}.

É preciso salientar a questão do tempo de dedicação a práticas investigativas nessas modalidades aqui enfatizadas, tempo que deveria ser ampliado quanto ao contato com o campo e no alargamento de oportunidades de “estar junto”.

5. UM CAMINHO A SER EXPLORADO: O APOIO INSTITUCIONAL NA PNH E SEU POTENCIAL COMO ESPAÇO PARTICIPATIVO DE AVALIAÇÃO E PESQUISA NO TRABALHO EM SAÚDE

As dimensões aqui enfatizadas, tratando-se essencialmente de potencializar o caráter participativo dos sujeitos nos processos investigativos, passam por um “modo de estar junto” no campo de trabalho/pesquisa. E é nesse aspecto que cabe mencionar a principal estratégia que se usa na PNH para se estar junto com os serviços/equipes em suas práticas interventivas. Trata-se da estratégia do apoio institucional, cuja proposição⁴⁶, embasada na análise institucional francesa, demarca uma radicalidade na

inovação nos modos de se aproximar dos serviços/equipes de saúde, isto é, com a presença de “apoiadores externos” para ajudar as equipes nas análises e intervenções sobre o trabalho, mas cuidando em que tal presença se institua como um “fazer junto” com o outro. Radicalidade, sobretudo, por convocar a outro tipo de encontro no trabalho, envolvendo atores externos com potencial de induzir e conduzir processos, mas operando-se na ótica da transversalidade, da cogestão e do fomento ao protagonismo dos trabalhadores. Rompe-se com a distância entre um ator externo, que estaria numa tradicional postura de externalidade para orientação ou comando e opera-se com uma mistura de implicações (deste ator e dos trabalhadores/equipes) com as situações em questão. Por isso é essencial como *modo de fazer*, no caminho metodológico de análise do trabalho, gerando condições concretas para tratar (incluir) as situações de trabalho e as subjetividades dos participantes daquele cenário.

O espaço que se constrói no contexto de apoio institucional possibilita uma intensificação da dimensão avaliativa do trabalho, mais especialmente estimulando essa dimensão como uma atividade legítima das equipes (e usuários sempre contemplados nesse horizonte), assim valorizados como sujeitos da ação e da avaliação^{40,47}. Entretanto, o que garante que sua participação se faça por meio de um real protagonismo não seria apenas a garantia do *acesso* (dos diversos atores) a tal dimensão avaliativa, mas sim o *modo* como a avaliação é conduzida. Por meio do apoio institucional constitui-se um tipo de encontro no trabalho (entre as equipes e os apoiadores em sua condição de um “externo implicado”) que fomenta uma gestão comum dos processos avaliativos, o que impõe considerar não apenas *quem* é incluído nesse processo, mas também o *modo*, o *como* é feita a avaliação⁹. Por isso o *modo de fazer* é compreendido em uma direção ético-metodológica do avaliar, possibilitando a ampliação tanto sobre *o que captar* quanto sobre *o modo de dimensionar*. Inclui-se o outro como sujeito ativo da construção de todos os componentes do modelo avaliativo. No rumo da cartografia, a dinâmica do apoio institucional configura-se como um potente caminho ou função de “produção participativa de dados/informações.” Ao mesmo tempo, sendo processo pedagógico, emancipatório e corresponsável, provocando os coletivos a se capacitar nessa prática investigativo-avaliativa.

Vale lembrar que todos os tipos de espaços coletivos privilegiados como dispositivos de “encontro” ou de cogestão na PNH (colegiados, fóruns,

grupos estratégicos, unidades de produção, etc.) são propostos como espaços a funcionar em uma dinâmica de participação protagonista e valorizando a heterogeneidade própria aos grupos. Seja em seu funcionamento ordinário ou usados como campos de pesquisa, são espaços que subsidiam investigações das construções em processo nos serviços de saúde. São *lôcus* de debates e de geração de informações expressando as situações vividas, onde se realizam validações ampliadas das vivências e percepções sobre a realidade.

Mediante o “acompanhamento avaliativo” de algumas experiências de apoio institucional, como no caso da Rede Cegonha e em serviços da rede SUS, temos composto eixos que ajudam a direcionar processos avaliativos de sua implementação^{48,49,50}. Além disso, as dimensões associadas aos “contextos de apoio” estão tornando-se objetos de investigação, a exemplo de uma pesquisa em andamento (“Análise do Apoio Institucional na Rede Cegonha” – Ministério da Saúde/Fiocruz/Instituto Fernandes Figueira-IFF), cujos resultados muito podem contribuir para a consolidação (com humanização) das redes de atenção à saúde priorizadas no SUS.

Ainda no tema do apoio institucional, a pesquisa apresentada neste número especial da Revista de Saúde Coletiva da UFSC (“Formação em Humanização do SUS”) trata da avaliação de uma importante frente da PNH, associada à formação de apoiadores. A sua abordagem avaliativa dialoga com o referencial trazido neste texto e muito contribui nesses rumos de discussão.

É fato que o espaço de apoio institucional (e de outros coletivos) não desponta originalmente com foco avaliativo, estrito senso, mas as bases de sua configuração e funcionamento o tornam potente para sua utilização em tal função. E nessas bases se observam modos (de participação) que muito interessam ao caminho metodológico de pesquisa avaliativa na humanização (ressalvados os cuidados gerais de validade ou validação de um processo investigativo científico, lembrete que, por sinal, permeia todo o alinhamento proposto neste texto).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa avaliativa foi tomada como base para tratar da pesquisa em humanização por estar associada à produção de subsídios para a solução de problemas, visando à transformação de uma determinada realidade. Considerando que a PNH é um conjunto de proposições e intervenções para a transformação das práticas de atenção e gestão em saúde, a pesquisa avaliativa pode ser sua potente

aliada para avaliar seu contexto de intervenções. Aqui, sem pretender detalhamentos deste referencial, uma indicação muito apropriada para essa abordagem é a vertente de pesquisa avaliativa denominada de análise de implantação¹⁶, que busca correlações entre componentes da intervenção, contexto e efeitos. Evidentemente, por tudo que foi puxado anteriormente no presente texto, essas vertentes podem ganhar matizes específicos conforme as necessidades e interesses do campo e tendo a perspectiva mais ampla da agregação de estratégias e técnicas investigativas.

Outro importante elo entre a pesquisa avaliativa qualitativa e a PNH é o pressuposto ético-político-metodológico de compreensão da realidade como construções sociais, nas quais as subjetividades estão necessariamente presentes e, portanto, presentes também no processo de sua investigação. A PNH nomeia sua estratégia de intervenção como um processo de “tríplice inclusão”^{7,18,19}, referindo-se à necessidade de analisar (e construir intervenções) a partir da inclusão dos sujeitos, coletivos e todas as questões analisadoras que permeiam as relações vividas no trabalho. Dessa forma, o universo ou “amostras” com os quais se trabalha (na ação e na avaliação) constitui-se promovendo participação efetiva de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, incluindo seus diferentes pontos de vista, que necessariamente permeiam as realidades de saúde construídas por tais atores. A pesquisa qualitativa, valorizando sujeitos e significados, também lida com esses atributos, e pode contribuir com a melhoria das intervenções, ao investigar contextos incluindo esses múltiplos atores (implicados) e pontos de vista.

O resgate que se fez das estratégias/espacos coparticipativos ou dispositivos de transversalidade e cogestão utilizados pela PNH vem para alinhar os princípios nos quais se sustentam e também para deixar a indicação de que sejam *estratégias* e *objetos* de pesquisa, compondo certo vetor de pesquisa-intervenção. Vale lembrar que autores de referência na área de humanização ressaltam que pesquisa-intervenção é aquela que possibilita que sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa, criam-se ao mesmo tempo²⁵.

Um importante desafio para a pesquisa em humanização é o de se construírem projetos avaliativos contando com os próprios atores dos serviços, para superar a tradicional distância entre as necessidades e interesses dos serviços de saúde e os dos acadêmicos que muitas vezes se concentram em interesses particulares. Tais situações ainda ocorrem pela tradição de proposição de projetos por

pesquisadores muito afastados dos serviços. O desafio está diretamente associado ao entendimento de que todo processo investigativo-avaliativo na saúde deve-se estruturar como dispositivos de gestão, em especial para alimentar a reorganização de modelos, tendo a cogestão como base para o fortalecimento das redes de saúde e princípios do SUS.

Não é demais salientar que os alinhamentos propostos neste texto acerca da PNH, Avaliação e Pesquisa avaliativa são correlações para enfatizar o caminho metodológico que fomenta a participação ampliada dos sujeitos nos processos avaliativos e investigativos e o seu caráter aplicado na saúde pública. Salientam-se, por conseguinte, as afinidades dessas áreas (e talvez sua indissociabilidade), mas lembrando as devidas especificidades que as distinguem.

Há que se ressaltar que as pesquisas avaliativas em humanização tendem a se caracterizar mais comumente por um caráter exploratório, considerando que seus contextos abrangem um espectro muito amplo de elementos inter-relacionados que, juntamente com a variável tempo (mudanças/efeitos de aparecimento mais tardio), tornam mais complexo o estabelecimento de correlações entre intervenções e efeitos. Além do mais, não obstante as referidas pistas de direcionamento de pesquisas em humanização, é necessário não perder de vista a complexidade do marco conceitual da PNH, que traz importantes inflexões nos conceitos de *humano*, *humanização* e *atividade de trabalho*, passando pelas dimensões instituídas e instituintes da realidade/serviços de saúde^{18,19,40}, deixando o desafio de pensar sua exploração em vertentes analítico-avaliativas¹ e, mais ainda, o desafio de formulação de uma “pergunta de pesquisa” que não seja reducionista (em relação ao seu marco conceitual).

Essas ressalvas, de ordem metodológica, prenunciam complexidade e limitações, mas não inviabilizam investigações; ao contrário, trazem o desafio de explicitar os fatores intervenientes na experimentação das diretrizes da PNH, as singularidades, atendo-se de modo especial a um contexto político e um desafio estético, gerador de conhecimento. Se a pesquisa avaliativa tem um compromisso rigoroso com a transformação da realidade, sua aplicação à luz da humanização amplia esse desafio, já reiterado no campo avaliativo na PNH, entendendo que: “Numa dinâmica transversal, avaliar é explorar e desestabilizar os objetos instituídos e identificados a um campo delimitado, para liberar, explicitar e potencializar as forças instituintes que

estejam interferindo vivamente naquela realidade e que podem engendrar novas realidades.”⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos Filho SB. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. Rev C S Col 2007; 12(4): 999-1010.
2. Santos Filho SB. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. 2ª ed. Ijuí: Ed. Unijuí; 2009.
3. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
4. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. Rev C S Col 1999; 4(2): 341-54.
5. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EdUFBA; 2005.
6. Guattari F. Revolução Molecular. São Paulo: Brasiliense; 1981.
7. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
9. Santos Filho SB, Souza TP, Gonçalves L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: Onocko Campos, R, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes: Campinas: Ed.Unicamp; 2011. p. 257-78.
10. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.
12. Demo P. Metodologia científica em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 1981.
13. Brandão CR. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1988.
14. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2009.
15. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.
16. Brousselle A et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011.
17. Onocko Campos R, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas: Ed. Unicamp; 2011.
18. Benevides de Barros R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comun Saúde Educ 2005; 9: 389-94.
19. Benevides de Barros R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 561-71.
20. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
21. Lourau R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé S (org). Renè Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 128-39.
22. Barros MEB, Santos Filho SB, Gomes RS. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: UFMG/SVS-MS. Panorama da Saúde do Trabalhador da Saúde. Belo Horizonte: UFMG; 2012. p. 28-65.
23. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs (v. 1). Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras; 1995.
24. Passos E, Kastrup V, Escossia L. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina; 2010.

25. Benevides de Barros R. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Ed. UFRGS; 2007.
26. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicol Soc* 2007; 19(1): 15-22.
27. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS; 2006.
28. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
29. Bridis C, et al. The use of formative evaluation to assess integrated services for children. *Eval Health Prof* 1998; 21: 77-90.
30. Silva JF. Avaliação na perspectiva formativa-reguladora: pressupostos teóricos e práticos. Porto Alegre: Mediação; 2004.
31. Onocko Campos R, et al. Pesquisa qualitativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2008.
32. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
33. Neves CA, et al. Memória como método cartográfico e dispositivo de formação-intervenção no contexto da produção do cuidado em saúde pública. In: Pinheiro R, Lopes TC (org.) Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2010.
34. Lourau R. Análise Institucional e Práticas em Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
35. Zarifian P. Mutações dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS (org.) Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001. p. 67-93.
36. Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço - esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS (org.) Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001. p. 95-149.
37. Santos Filho SB. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e da relação de serviço. *Actas de Saúde Colet* 2011; 5: 11-32.
38. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007.
39. Clot Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
40. Santos Filho SB, Barros MEB. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2012; 6(2): 101-22.
41. Schwartz Y. Manifesto ergológico. In: Bendassoli P. Sobol LAP. Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Ed Atlas; 2010.
42. Santos Filho SB, Figueiredo VON. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface Comun Saúde Educ* 2009; 13(Suppl. 1): 615-26.
43. Santos Filho SB, Crivellari HMT. Informação e trabalho em saúde: questões sobre a padronização e novos dispositivos de articulação de práticas informacionais. In: *Anais Digitais do XIII Enancib*; 2012. Rio de Janeiro.
44. Santos Filho SB. O desafio da humanização na qualificação do trabalho em saúde: estratégias de análise-intervenção. In: *Seminário Internacional Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde*; 2012. Brasília.
45. Ferreira JM, et al. Contrato Interno de Gestão no referencial da humanização: experiência do SUS-BH. In: *VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*; 2013. Rio de Janeiro.
46. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
47. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2009; 13: 603-13.
48. Andrade RMG, et al. Articulação do apoio institucional em experimentação na rede SUS - Belo Horizonte. In: *VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*; 2013. Rio de Janeiro.
49. Santos Filho SB. Monitoramento e avaliação como prática transversal na Rede Cegonha: construção de um processo articulando monitoramento e apoio institucional. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humanizausus. v.4: Humanização do Parto e do Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
50. Santos Filho SB, et al. O uso do Apoio Institucional na Reorganização do Modelo de Gestão e Construção de Unidades de Produção no IFF/Fiocruz. *Cadernos Humanizausus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 (no prelo).