

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - DOUTORADO

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de
Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde
Coletiva.*

Campinas, 21 de Fevereiro de 2001.

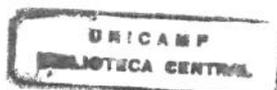
Gastão Wagner de Sousa Campos
Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

A AVALIAÇÃO COMO DISPOSITIVO

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

JUAREZ PEREIRA FURTADO

Campinas, fevereiro de 2001.



20012146

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - DOUTORADO

JUAREZ PEREIRA FURTADO

A AVALIAÇÃO COMO DISPOSITIVO

Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Campinas, fevereiro de 2001.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

F984a Furtado, Juarez Pereira
A avaliação como dispositivo / Juarez Pereira Furtado. Campinas,
SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Avaliação. 2. Saúde Pública. 3. Serviços de Saúde. I. Gastão
Wagner de Sousa Campos. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Profa. Dra. Lígia Giovanella

3. Profa. Dra. Zulmira Maria de Araújo Hartz

4. Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

5. Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

Curso de pós-graduação Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21/02/2001

Para Carmem, minha mulher,
Para o Henrique, meu filho.

Agradecimentos

À escola pública e gratuita que me forma desde o pré-primário;

Ao professor Gastão Wagner, pela competência, confiança e delicadeza com que colaborou e esperou o amadurecimento do fruto;

Aos professores François Champagne, Gilles Dussault e Celine Mercier pelas importantes contribuições a este trabalho e pela acolhida durante nossa permanência na Universidade de Montreal;

Aos professores Everardo Nunes, Ana Canésqui, Emerson Merhy, Heleno Corrêa, Solange L'Abatte, Luís Cecílio, Ana Segal e Marilisa Berthi pelos conhecimentos e dúvidas gerados;

À professora Zulmira Hartz pela sempre pronta disponibilidade em colaborar;

À Capes, que financiou parte deste trabalho através da bolsa;

À todos os integrantes do Serviço de Atendimento Domiciliar, que “abriram sua casa” e permitiram o desenvolvimento deste projeto;

À sua coordenadora, Amália, pelo acolhimento e coragem;

Ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, na figura do colegiado de gestão pelo apoio pronto e constante às nossas iniciativas;

À equipe da Unidade de Reabilitação de Moradores, agora Caps Estação, pelo apoio tácito e permanente e pela compreensão na intensa reta final;

Ao Adrián, Rosana Onocko, Jacqueline, Nayara, Débora e Martinha, pela ajuda na bibliografia;

Ao Ery e Marta Fuentes, pelo coleguismo com sotaque;

À Jô(sely) e Sandrina pela parceria na condução de alguns grupos focais;

À Cássia e Tereza Miranda por imprescindíveis apoios logísticos e afetivos;

À Elô e Miriam, pela paciência amiga;

À Ruth Jofely, pelo apoio nas traduções;

Ao Sr. Feliciano, pelos alegres cuidados com o jardim;

À Mary, pelos auxílios físicos e metafísicos;

À Lilian, pelas interlocuções elucidadoras;

Ao Chasça, Adriana, Sérgio Magalhães e Regina Lara, pelo apoio durante nossa temporada em Montreal;

Ao Zsolt e Catarina, pela fraterna amizade;

Ao José Luis e Joaci pelo conforto e tranquilização em momentos de titubeio;

À D. Yasuko, pelo socorro nos momentos finais;

À minha mãe e tia Elza, pela associação entre conhecimento e sensibilidade;

Ao Henrique por mostrar que tudo, tudo é muito relativo;

À Carmem, cuja existência possibilita e justifica tudo isso.

*“O senhor vê: existe cachoeira; e pois?
Mas cachoeira é barranco de chão,
e água se caindo por ele, retombando;
o senhor consome essa água,
ou desfaz o barranco,
sobra cachoeira alguma?
Viver é negócio muito perigoso...”*

(G. Rosa)

SUMÁRIO

RESUMO	14
INTRODUÇÃO.....	17
1. AVALIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO	29
I – A avaliação no contexto da desinstitucionalização	30
II – A avaliação de programas e serviços – questões conceituais	32
III – A avaliação de programas e serviços – questões metodológicas	39
IV – A construção do processo avaliativo	42
a) A avaliação como dispositivo: do núcleo ao campo	42
b) Uma avaliação participativa – a aproximação entre a Avaliação de Quarta Geração e o Método Paidéia	46
c) Um esboço de aplicação prática.....	56
V – Conclusão – ou porquê a participação é necessária à avaliação	60
2. O SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	63
I – A atenção domiciliar como serviço.....	69
II – Clientela	77
a) Os pacientes.....	77
b) Os cuidadores.....	80
III – Algumas questões da atenção domiciliar.....	84
3. METODOLOGIA.....	89
Os pressupostos da pesquisa	90
Parte I – Entre o quantitativo e o qualitativo.....	92
a) O discurso da compatibilização das abordagens quantitativas e qualitativas ou a desvinculação entre paradigma e métodos	95
b) O discurso da incomensurabilidade das abordagens quantitativas e qualitativas.....	101
c) O discurso da complementaridade entre as abordagens quantitativas e qualitativas.....	104
d) A questão teleológica	106
e) A metáfora da imbricação.....	111
f) A questão da qualidade e rigor na pesquisa qualitativa	114

Parte II – O campo e seus instrumentos	118
a) O caso	118
b) O serviço.....	119
c) O contrato	121
d) A observação participante	123
e) A identificação dos grupos de interesse (stakeholders)	124
f) A construção do modelo teórico do S.A.D.....	129
g) Definindo as questões da avaliação e a coleta dos dados.....	138
1. As questões relativas ao modelo teórico	141
2. As questões relativas ao processo	143
3. As questões relativas aos resultados.....	147
Parte III – Descrição dos trabalhos de campo	151
a) A aproximação do campo	151
b) Consolidação dos referenciais.....	159
c) Condução dos trabalhos junto aos grupos de interesse.....	163
d) Processamento de questões junto à equipe.....	168
e) Elaboração do relatório final.....	170
4. O PROCESSO COMO RESULTADO	171
Parte I – Características conformadoras do S.A.D.	175
1) Impacto sobre o papel profissional	177
1.a) A ampliação das ações de campo	178
1.b) A colaboração interprofissional	190
1.c) Alterações na relação profissional-paciente	196
2) Inserção de novos espaços e atores	199
2.a) Cuidadores e familiares.....	200
2.b) Interações entre o público e o privado	204
3) Contexto organizacional	208
3.a) Modos de organização do serviço.....	208
3.b) O ambiente de trabalho.....	213

Parte II – Definição do relatório final	216
1) Questões relativas ao modelo: a avaliação da concepção teórica, missão, e objetivos do serviço	218
2) Questões relativas aos resultados: avaliação de usuários, cuidadores e profissionais de outros serviços.....	228
2.a) Outros serviços que interagem com o S.A.D.	228
2.b) Especificamente com relação aos cuidadores	231
3) Questões relativas ao processo: avaliação do gerenciamento da equipe, do funcionamento da equipe, dos critérios de alta e inclusão e do papel profissional	236
3.a) Gerenciamento e funcionamento da equipe	236
3.b) O papel profissional.....	243
5. CONCLUSÃO	247
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	257
7. ANEXOS.....	273

RESUMO

No presente estudo realizamos investigação sobre métodos potencialmente mais adequados para a avaliação de serviços e programas em saúde a partir das questões colocadas pelas limitações da avaliação ortodoxa. Percorremos diferentes concepções de avaliação de programas e serviços e identificamos na proposta de avaliadores de quarta geração (Guba & Lincoln, 1989) e no método Paidéia (Campos, 2000-a), potencial capaz de superar alguns destes impasses e questões, favorecendo a utilização dos resultados do processo avaliativo e a capacitação e desenvolvimento dos grupos de interesse envolvidos. A partir do estabelecimento deste referencial, realizamos incursão ao campo, através de um processo de avaliação participativa junto a um serviço de atendimento domiciliar ligado ao SUS, com os propósitos de compreender esta nova modalidade assistencial e ao mesmo tempo tornar o processo avaliativo um dispositivo facilitador de reflexão, análise e mudanças pela equipe responsável. Ao final discutimos o processo desenvolvido junto à equipe do serviço e a outros grupos de interesse e as virtualidades e limitações de nossa opção metodológica.

Palavras-chave: avaliação em saúde; avaliação participativa; atendimento domiciliar.

INTRODUÇÃO

“Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?”

(C. Lispector)

A introdução de teses e livros talvez seja um bom testemunho da pertinência em iniciar algumas discussões justamente pelo seu final. Esta introdução – e acredito que boa parte de outras – constitui-se, cronologicamente, no derradeiro capítulo, momento em que podemos voltar-nos para todo o percurso e contemplá-lo, refletindo sobre o processo e seus resultados, identificando suas virtualidades e limitações.

Este espaço permite-nos o privilégio de repensar todo o esforço empreendido, com seus momentos de fortaleza e seus passos titubeantes. A visão de conjunto, agora proporcionada pela releitura dos capítulos concluídos e articulados, talvez permita uma apreciação menos inquiridora e mais aberta – generosa até com inevitáveis erros e limitações – o que, ao contrário de levar à complacência, permitirá que os desacertos possam ser considerados com transparência e humildade.

Dessa forma, este que é, na verdade, o último capítulo escrito, sucedendo até mesmo a conclusão, vem ocupar, física e conceitualmente, o início do texto, introduzindo-o. Como já disse o personagem Riobaldo, de Guimarães Rosa, se contada exatamente na seqüência em que ocorreu, uma história pode carecer de sentido para o ouvinte, o que faz com que o (re)contar seja freqüentemente entremeado de avanços e retornos, digressões e parênteses que cumprem a função de compor e alinhar fatos que se tornariam desconexos, ainda que pareça um paradoxo, se colocados em sua linearidade temporal.

O esforço de concepção e elaboração de uma tese, caracterizados por significativa conjunção de problemáticas de todas as ordens, implicando em negociações constantes entre o individual e o coletivo, o desejo e a forma, o vislumbre intuitivo e o método, só para citar alguns aspectos que permeiam as relações entre a subjetividade e a necessidade de composição de um produto final, é composto por um emaranhado de reflexões, dúvidas, avanços e recuos que tornam o processo particularmente complexo, não podendo ser retratado pela simples reprodução de sua seqüência cronológica.

Além disso, o processo é constituído também de componentes de ordem individual e subjetiva, institucional e política que exercem influências significativas na elaboração, condução e utilização dos resultados dos trabalhos acadêmicos, o que já levou à discussão sobre a pertinência da constituição de um método que possibilite a permeabilidade de dimensões e processos não exatamente formais ou objetivos, como estes citados, mas que, no entanto, integram, interagem e determinam os rumos dos trabalhos de pesquisa (Pinto, 1996).

Em que pese a inexistência de caminhos como apontados pelo autor acima, devemos ressaltar que, por mais formalizado que seja um texto, sobretudo em se tratando de pesquisa qualitativa, este deverá assemelhar-se menos a uma fotografia do que a uma tela, composta dos diversos elementos que permearam e constituíram o processo, articulados e tornados inteligíveis através dos esforços do pesquisador.

Tais esforços estão voltados, sobretudo, para a busca de clareza e sistematização, realizada através do resgate dos elementos essenciais do percurso e sua consideração crítica, vinculando-se tanto a determinantes internos quanto a outros externos ao processo. Dessa forma, o texto final, aqui configurado, representa uma necessária convenção empregada para possibilitar a compreensão e análise, por parte dos interlocutores, do conjunto dos trabalhos empreendidos, mas tal qual em alguns trabalhos pictóricos, encontram-se também algumas impressões de seu autor.

Razões de diversas ordens nos levaram a procurar conhecer, com mais profundidade, os fatores determinantes, mecanismos e implicações do deslocamento para o domicílio de cuidados aos pacientes que nas últimas décadas foram realizados quase exclusivamente nos limites físicos das sedes dos serviços de saúde. A graduação em fisioterapia, categoria profissional tradicionalmente executora de atendimentos domiciliares, o envolvimento com os processos de desinstitucionalização em saúde mental e um especial interesse sobre as chamadas práticas extra-murais em saúde motivaram a busca de respostas sistemáticas às diversas indagações que vinham surgindo a partir de nossas práticas e reflexões sobre o tema.

Afinal, o atendimento no domicílio personalizaria a atenção, levando à maior adequação do atendimento às demandas do usuário? Haveria mudanças e/ou adaptações no papel e na relação entre profissional e paciente? Como se daria o convívio entre a tendência ao controle e à normatização (ou disciplinarização) oriundas dos serviços de saúde e a autodeterminação própria do espaço privado? Como se estabelecem, neste caso, os limites que caracterizam os níveis primários, secundários e terciários de atenção em saúde?

Antes que a profissionalização e o crescimento numérico do corpo médico de um lado e das legislações sociais do outro criassem condições para a emergência de um mercado de cuidados, a atenção aos doentes era proveniente do círculo familiar, sendo a eventual inexistência ou incapacidade desta última em cuidar suprida por instituições caritativas ou religiosas (Bungener & Horellou-

Lafarge, 1988). Para estas autoras, a emergência de determinadas condições técnicas tornou possível a transformação da terapêutica em um objeto de mercado, cuja expansão e mesmo exacerbação excluíram do ambiente doméstico não só os atos ligados ao restabelecimento da saúde, mas também ações corriqueiras da vida.

Aparentemente contraditórios, estes movimentos, historicamente constituídos, do domicílio para o hospital e, depois, deste para o primeiro são de grande complexidade e multideterminados pelo contexto de cada época. No período atual, foco de nossas reflexões, o surgimento de serviços de atendimento domiciliar é alavancado por discursos ligados à desinstitucionalização dos cuidados, humanização do tratamento e redução de custos para o sistema (Cruz, 1999), sendo que algumas de suas características peculiares colocam questões de diferentes ordens (Mercier, 1990).

De nossa parte, interessa-nos, especialmente, compreender os processos envolvidos na constituição e desenvolvimento de um serviço de atendimento domiciliar, de modo a nos aproximarmos das respostas às indagações citadas anteriormente. Para isso, optamos pela apreensão dos diversos componentes que constituem esta nova modalidade assistencial, a partir de seus processos específicos e do ponto de vista dos principais implicados - profissionais de saúde em geral e de serviços desta natureza em particular, usuários, familiares e instituições que interagem com a mesma, tais como centros de saúde e hospitais.

Para a realização desta tarefa de apreender as concepções, processos de trabalho e questões intrínsecas ao atendimento domiciliar, optamos por compreender em profundidade as atividades e relações envolvidas em um serviço desta natureza. A partir da aproximação de um serviço de atendimento domiciliar inserido no SUS, pretendemos conhecer, sob diferentes aspectos, algumas implicações do deslocamento para o domicílio de procedimentos tradicionalmente executados em ambulatórios e hospitais.

Nossa primeira aproximação do serviço ocorreu através de contato com a coordenadora do Serviço de Atendimento Domiciliar (S.A.D.) da Prefeitura Municipal de Campinas, logo após nosso ingresso no programa de doutorado, quando tivemos a oportunidade de explicitar, ainda que informalmente, o interesse em realizar o trabalho de campo junto a este serviço, intenção prontamente acolhida pela mesma.

Naquele momento, o projeto de pesquisa inicial configurava-se em uma proposta mais ampla, na qual objetivava-se compreender convergências e divergências do processo de desinstitucionalização em saúde tanto no âmbito das práticas de saúde nos hospitais gerais e ambulatoriais, quanto na saúde mental, especificamente, com relação aos hospitais psiquiátricos.

O transcurso das disciplinas obrigatórias, as interlocuções com o orientador e as leituras e reflexões sobre o projeto propiciaram o amadurecimento e a circunscrição de nosso interesse, que finalmente se centrou em torno do atendimento domiciliar em clínica geral, uma vez que os fatores determinantes e as conseqüências das chamadas ações extra-muros desta última diferem, sensivelmente das determinações que concorrem para a desinstitucionalização em psiquiatria.

Ao buscarmos um método para executar nosso propósito de investigação da atenção domiciliar nos deparamos com o campo da avaliação de programas e serviços em saúde, detentor de um grande arsenal de instrumentos de pesquisa, porém povoado por discussões e polêmicas de ordem metodológica e epistemológica. Se por um lado o projeto sofreu uma necessária restrição pela focalização na atenção extra-muros em clínica geral, por outro o nosso contato com o vasto e instigante universo da avaliação de programas e serviços de saúde e suas questões exigia a consideração deste campo de modo particular.

Daí decorreu a elaboração do desenho de nossa pesquisa, calcada na aproximação de dois complexos universos: a pesquisa avaliativa de programas e serviços e a atenção extra-muros representada por um serviço de atenção domiciliar inserido no SUS. A aproximação entre nosso propósito de compreender uma nova modalidade assistencial e o imbricado mosaico representado pelo campo da avaliação permitiu-nos vislumbrar um horizonte no qual a complexidade da pesquisa avaliativa pudesse ser utilizada e até mesmo ampliada, de tal modo que sua abrangência, assim estendida, possibilitasse, simultaneamente, o conhecimento e a transformação do objeto considerado.

Tal posicionamento toca na questão da aproximação entre a produção do conhecimento e sua utilização no agir concreto, ou seja, considera o trânsito e a influência de um determinado momento histórico na delimitação das condições de desenvolvimento do saber e de seu emprego como um dos resultados possíveis do processo de pesquisa. Isso obrigou-nos a conhecer mais profundamente as diversas dimensões do campo da avaliação, os debates e dissensos intrínsecos ao mesmo, além da identificação dos referenciais que viessem a embasar nossos propósitos de compreender, discutir, refletir e oferecer subsídios para eventuais transformações e mudanças do objeto avaliado.

O referido suporte concretizou-se na convergência de alguns aspectos de referenciais que, segundo Novaes (2000) vêm fomentando o debate no interior do campo da avaliação. Trata-se da chamada quarta geração de avaliadores (Guba & Lincoln, 1989), da avaliação baseada na teoria do programa ou serviço (Chen, 1990) e da avaliação centrada na utilização (Patton, 1997)¹ que, embora distintos entre si, apresentam potenciais complementaridades que foram por nós exploradas.

¹ Fourth Generation Evaluation, Theory-driven evaluation e Utilization-focused Evaluation no original, respectivamente.

De inspiração construtivista, utilizando-se de métodos qualitativos e essencialmente voltada para a inserção dos chamados grupos de interesse no processo avaliativo, a proposta de Guba & Lincoln (1989) foi aqui acrescida de iniciativas voltadas para o estabelecimento do chamado modelo teórico (Chen, 1990) sobre o qual o serviço analisado baseia suas ações. A elaboração do modelo teórico permite trazer à tona e especificar as teorias que implicitamente sustentam um programa ou serviço, propiciando que os principais envolvidos no processo avaliativo analisem o modo como concebem a cadeia de objetivos e resultados de curto, médio e longo prazo (e a pertinência dos elos estabelecidos entre os mesmos) configurando-se em importante substrato para a elaboração de questões da avaliação e de referencial para discussões suscitadas no processo.

A preocupação com a efetiva utilidade do processo e dos resultados da avaliação e o estreitamento do foco sobre um dos grupos envolvidos (aquele identificado como o principal usuário da avaliação) presente na proposta de Patton (1997), aliada à plasticidade de seu método avaliativo, aberto ao contexto e às questões oriundas dos grupos de interesse, contribuiu para sustentar nossa opção em privilegiar a inserção do grupo composto pelos profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar (S.A.D.) da Prefeitura Municipal de Campinas, assim como para a definição, por estes últimos, dos temas da avaliação.

O Método Paidéia ou Método da Roda (Campos, 2000-a) tornou possível a abordagem de questões oriundas da avaliação, porém ligadas aos aspectos intrínsecos ao grupo, à sua dinâmica e modos de organização. Ao considerar efetivamente a existência de aspectos inerentes à subjetividade dos sujeitos e dos coletivos que compõem uma determinada organização, provendo instrumentos para lidar de modo positivo com estas instâncias, o método possibilitou-nos analisar temas que dificilmente poderiam ser processados através dos referenciais citados.

Com base no que vimos expondo, poderíamos afirmar que nosso objetivo é propiciar meios para o conhecimento e a análise dos conteúdos presentes na caixa preta (Denis & Champagne, 1997) representada pelos processos envolvidos na constituição do serviço tornado objeto de estudo, não sendo nosso propósito identificar mecanismos de causalidade ou nos atermos essencialmente aos resultados.

Nesta pesquisa, o processo avaliativo será voltado para sua virtual capacidade em envolver os atores em seus desdobramentos, sendo o percurso configurado com base nas necessidades apontadas por estes últimos. Para tanto, utilizaremos uma metodologia pluralista, orientada para a inclusão dos grupos de interesse, visando a uma avaliação do tipo formativa, direcionada à compreensão e desenvolvimento do objeto avaliado, estando estes princípios gerais presentes nos referenciais citados acima.

Poderíamos afirmar, com base no que vimos apresentando, que o processo avaliativo participativo de um serviço de atendimento domiciliar configura-se, aqui, em nosso estudo de caso. Assim, as possibilidades e limites da utilização da avaliação como um dispositivo simultaneamente gerador de novos conhecimentos e subsídios à transformação e mudança de um objeto ocuparão centralmente o interesse de nossa pesquisa.

Este percurso encontra-se espelhado na própria conformação da tese. Os dois primeiros capítulos versam justamente sobre as duas temáticas fortemente presentes em nosso estudo: a avaliação de programas e serviços e o atendimento domiciliar, respectivamente. Em seguida, no terceiro capítulo, contextualizamos e discutimos em detalhes a metodologia utilizada para, no quarto e último capítulo realizarmos uma discussão de aspectos relevantes do processo empreendido e que se estenderá até o fechamento do texto, em suas “considerações finais”.

No primeiro capítulo, “Por uma avaliação participativa”, discutimos os problemas colocados à avaliação pelo processo conhecido como desinstitucionalização em saúde, assim como questões conceituais e metodológicas que fomentam o debate no interior desse campo. Tais questões gravitam em torno do foco da avaliação (se nos resultados e na identificação de causalidade ou se no privilégio de aspectos ligados ao processo) e da inclusão ou não dos grupos de interesse no processo, entre outras.

Neste mesmo capítulo, consideramos as possibilidades do emprego da pesquisa avaliativa como dispositivo (Baremlitt, 1992), aproximando do referencial representado pela chamada Avaliação de Quarta Geração (Guba & Lincoln, 1989) do Método Paidéia ou Método da Roda, proposto por Campos (2000-a). Esta articulação visa, sobretudo, garantir e ampliar as funções da avaliação como instrumento voltado ao aperfeiçoamento e desenvolvimento do programa ou serviço avaliado e dos principais envolvidos no processo.

O segundo capítulo, “A atenção domiciliar”, representa um sobrevôo sobre esta nova modalidade assistencial em saúde, que compõe nosso objeto de estudo. Iniciamos a exposição do tema justamente a partir de sua falta, ou seja, a partir da transcrição de casos de alguns cuidadores que não contaram com a provisão de suporte de serviços desta natureza. Seguimos caracterizando, em linhas gerais, a clientela, dinâmica de trabalho, relações com outros serviços e o histórico desta modalidade assistencial, finalizando com a discussão de questões suscitadas pela transposição para o domicílio de práticas até então executadas no hospital ou em outros serviços de saúde.

O terceiro capítulo, relativo à “Metodologia” compõe-se de duas partes distintas, antecedidas de um breve preâmbulo no qual apresentamos os pressupostos da pesquisa. Na primeira parte, consideramos o polêmico, rico e inacabado debate entre os dois pólos representados por defensores da utilização de métodos quantitativos ou qualitativos na pesquisa social em geral e no campo da avaliação em particular.

Buscamos enriquecer a discussão com a articulação de diversos autores que enfocaram distintamente a questão, seja através da defesa da incompatibilidade existente entre pesquisas de natureza quantitativa e qualitativa ou através da consideração dos diversos graus e modos de interação e imbricação possíveis entre os mesmos. Ao final, inserimos a questão teleológica como um fator passível de indicar horizontes de superação desta problemática.

Na segunda parte do capítulo, o trabalho de campo e os instrumentos utilizados são discutidos e analisados, considerando desde o contrato feito entre pesquisador e serviço pesquisado até a definição das questões e coleta de dados, passando pela identificação dos grupos de interesse e definição do modelo teórico, entre outros. A apresentação da metodologia é permeada pela descrição e discussão de seu emprego nos trabalhos de campo e de alguns achados preliminares. Este capítulo é encerrado com a descrição de nossos trabalhos de campo, que constitui sua terceira e última parte.

No quarto capítulo, “O processo como resultado”, convergimos os dois objetivos fundamentais do estudo: a compreensão da nova modalidade assistencial representada pelo atendimento domiciliar e a implementação e condução de um processo avaliativo participativo, comprometido com a análise, transformação e desenvolvimento do serviço avaliado.

Na primeira parte do capítulo, analisamos o material gerado pelo trabalho de campo com base em nosso referencial teórico, utilizando categorias em torno de temas relativos ao impacto desta modalidade assistencial sobre o papel profissional, a inserção de novos atores envolvidos na condução da assistência domiciliar e o contexto organizacional da mesma.

Na segunda parte, composta pelo processo de validação do relatório final, a partir de um documento preliminar apresentado à equipe pelo pesquisador, servirá de eixo condutor da discussão em torno da inserção do grupo definido como principal usuário no processo avaliativo e do processo participativo como um todo. O momento representado por esta segunda parte caracterizou-se pela

confrontação das respostas identificadas pelo avaliador, ao longo da interação com outros grupos de interesse e com base no material produzido, às questões formuladas pelo referido grupo, a quem coube a tarefa de analisar a pertinência das mesmas e sua figuração no relatório final.

Nas considerações finais, discutiremos as questões surgidas a partir do desenvolvimento de nossos trabalhos, tanto em relação ao serviço avaliado quanto aquelas pertinentes ao percurso avaliativo conduzido. Neste sentido, problemas, limitações e acertos, bem como novas questões, serão descritos e analisados. Nesta última seção consideraremos também o posicionamento e impressões dos integrantes do grupo em relação ao processo como um todo, realizando uma avaliação da avaliação, conforme preconizado por Patton (1997).

Finalmente, gostaríamos de dizer aos nossos interlocutores o mesmo já afirmado por Roberto Damatta (1997, p. 27) ao comparar um livro a uma casa, em sua *“Conversa para receber o leitor”*, prefácio de *A Casa e a rua*:

“(...) creio poder encaminhar o leitor-visita para dentro desta casa. Que ele entre nos quartos e percorra os corredores. Que visite as varandas e veja a paisagem de alguma janela. Que fique realmente à vontade e possa sentar-se numa boa e confortável poltrona. Do seu lado estarei sempre atento com um cafezinho, uma água gelada, um refrigerante, uma explicação. Mas, como a casa é minha, tenho limites e meus segredos. Há coisas que não posso ver e há momentos de desamparo e de insegurança criados pela própria arquitetura da casa. (...) Fique à vontade...”

1. AVALIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

I - A avaliação no contexto da desinstitucionalização

Ao nos propormos a analisar serviços e programas de atendimento domiciliar em saúde nos deparamos com dois temas complexos: a influência da chamada política de desinstitucionalização sobre os mesmos e o vasto campo da *avaliação de programas e serviços*.

Embora iniciada de forma pioneira no Brasil, em 1967, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (Maciel et al., 1999), a expansão do atendimento domiciliar no Brasil ocorreu somente no final da década de 80 e início dos anos 90 a partir de sua incorporação no sistema público de saúde (SUS) em algumas cidades do país².

Esta forma de atendimento é operacionalizada através de serviços de atendimento e internação domiciliar para doenças somáticas, até então tratadas em hospitais e ambulatórios. Nesta nova modalidade de atenção em saúde, nota-se um deslocamento do tradicional *setting* institucional, hospitalar ou ambulatorial, imbuídos de poderes especiais pelo imaginário popular, para o domicílio do paciente ou de seus familiares.

² Cf. documento da Secretaria de Higiene e Saúde do município de Santos, SP; Boletim do Núcleo de Saúde da Puccamp, Campinas, SP; Boletim da Coordenação do Programa de Atendimento Domiciliar da Secretaria de Saúde e Promoção Social de Hortolândia, SP.

As tendências de redução dos custos da saúde no contexto de políticas neoliberais (Rizzotto, 2000), o desenvolvimento de tecnologias que permitem a efetivação no domicílio de práticas até então somente possíveis nos hospitais e o aumento da população idosa com o conseqüente aumento da demanda por atenção a longuíssimo prazo (Colvez & Ridez, 1996) podem ser apontados como importantes fatores confluentes à expansão da chamada desinstitucionalização na área da saúde e da redefinição do papel do hospital geral e da atenção básica (Campos, 1997-a; Ribeiro, 1993; Bittar, 1997).

Desinstitucionalização aqui entendida como uma reorganização política, organizacional e clínica, efetivada através de uma transposição modificada e adaptada dos cuidados exercidos no interior do hospital para a comunidade – principalmente a residência do usuário. Este processo pressupõe a inserção de novos participantes em sua condução (Mercier, 1990) como familiares, vizinhos, grupos religiosos e outros serviços sociais ou de saúde. Ainda na área da saúde, mas no contexto da reforma psiquiátrica, este mesmo termo assume conotações específicas³.

Ao nos propormos a avaliar serviços e programas em saúde, nos deparamos tanto com questões intrínsecas ao campo da avaliação quanto com outras suscitadas ao processo avaliativo pelo advento de ações ligadas a desinstitucionalização.

As modificações das condições clássicas em que se davam os processos avaliativos – nas quais o espaço intra-muros garantia certa uniformidade e coordenação das atividades – geraram sensível impacto no campo da avaliação e estimularam a multiplicação de diferentes abordagens nesta área (Mercier, 1990).

Para Mercier (1990), o processo de desinstitucionalização faz emergir problemas importantes à metodologia da avaliação, pois entre outras questões: 1) torna-se impossível isolar a intervenção como tal, pois ela passa a englobar ao mesmo tempo, como já citado, diferentes atores (profissionais, voluntários,

³ Ver Bandeira (1998); Rotelli & Leonardi (1990); Amarante (1996).

cuidadores, familiares, etc.) e diferentes setores (saúde, educação, justiça, etc.); 2) a individualização da abordagem e sua característica multidimensional põem em cheque a noção de medida fundada sobre a homogeneidade dos dados; 3) para adaptar-se às características do meio e da clientela, em um contexto de individualização da atenção, os programas ligados a desinstitucionalização diferem entre si com relação às prioridades, serviços oferecidos e modos de organização.

Se, por um lado, o contexto da desinstitucionalização coloca novos desafios à pesquisa avaliativa, por outro, o campo da avaliação é complexo e apresenta outras questões como veremos a seguir.

As questões colocadas tanto pela desinstitucionalização de serviços e programas quanto pelo próprio campo da avaliação serão o ponto de partida para as discussões formuladas neste texto em torno da proposição de um percurso avaliativo construtivista e participativo junto a um serviço de atendimento domiciliar, que venha a superar alguns dos impasses oriundos da avaliação ortodoxa.

II - A avaliação de programas e serviços ⁴ – questões conceituais

Para Patton (1982) a avaliação como campo conceitual e de trabalho não está bem definida: o papel do avaliador carece de clareza e os conceitos da área são utilizados de formas diferentes, além do que são criados, freqüentemente, novos conceitos que redundam em uma imensa diversidade terminológica (Silva & Formigli, 1994). Esta profusão do número e significados de conceitos ao mesmo tempo indica a riqueza do campo da avaliação e gera dificuldades à comunicação clara sobre o tema (Patton, 1982).

⁴ Utilizaremos aqui “programas e serviços” para expressar a idéia implícita na literatura de origem norte-americana quando se referem a “program evaluation”, conforme proposto por Novaes (2000).

Isto pôde ser comprovado quando o autor agrupou 6 tipos de avaliações e as combinou com outros 6 tipos de ênfase que cada uma delas davam aos objetivos, métodos, comparação, valor, tomada de decisão e coleta de informações. As 36 combinações resultantes foram insuficientes para classificar menos da metade dos 170 relatórios das avaliações federais que o autor encontrou nos arquivos do "Office Health Evaluation" (Patton, 1982) o que parece indicar que cada avaliador constrói a sua definição (Denis & Champagne, 1997).

Se adotado o referencial epistemológico de Kuhn (1987), esta diversidade de nomenclatura e significados indicaria um estado pré-paradigmático no campo da pesquisa avaliativa (Mercier, 1993). Um tal estágio caracterizaria-se por haver tantas teorias quanto trabalhadores (Chalmers, 1993).

As possibilidades e limitações do ponto de vista epistemológico, metodológico e prático do campo da avaliação é extensamente discutido em texto organizado por Cook & Reichardt (1997), tendo como fio condutor o debate entre a utilização de métodos quantitativos e qualitativos na pesquisa avaliativa.

A despeito de eventuais deficiências de ordem epistemológica, para Guba & Lincoln (1989) o campo da avaliação vem sofisticando-se desde o seu surgimento, sendo que seu percurso histórico nos últimos cem anos pode ser dividido em 4 gerações:

- *A primeira geração se caracterizaria pela mensuração e estaria atrelada a avaliação do desempenho de escolares. Dois fatores influenciaram o desenvolvimento desta primeira geração: a ascensão das ciências sociais (imbuídas do paradigma das ciências físicas) e o surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. Durante os 30 primeiros anos deste século os termos "avaliação" e "mensuração" tomaram-se intercambiáveis e é notável a proliferação de textos contendo propostas de testes para escolares. Nesta fase o avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários, etc.*

- *Com a segunda geração, caracterizada pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade identificada nos EUA de saber como funcionam na prática os currículos escolares: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não somente de medir resultados, como na geração anterior. Ralph W. Tyler, membro do Escritório de Pesquisas em Educação da Ohio State University é um dos pioneiros a conceber e introduzir esta nova forma de avaliação, a partir da análise de currículo.*
- *A terceira geração se caracterizaria pelo juízo e tem seu marco inicial a partir do final dos anos 50. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos.*

No entanto, para Guba & Lincoln (1989), existem graves problemas e limitações comuns às três gerações de avaliadores citadas acima e que se caracterizariam por:

- ◆ *Tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos;*
- ◆ *Incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa;*
- ◆ *Hegemonia do paradigma positivista: desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença em uma verdade única e absoluta, caracterização como “não científico” de tudo que fuja ao que foi anteriormente citado e desresponsabilização moral e ética do avaliador (já que a ciência seria livre de valores).*

A partir de tais críticas os autores propõem o que eles mesmos intitularam como a “Quarta Geração de Avaliadores” que seria uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa.

Esta divisão em gerações de avaliadores é essencialmente didática e na realidade os diversos referenciais de avaliação coexistem, calcados em diversos eixos metodológicos.

A Organização Mundial de Saúde vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que a avaliação deveria ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas (OMS, 1981). Para Cohen & Franco (1998) a avaliação deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos. Aqui, a avaliação assume um caráter instrumental, voltado para a otimização do desempenho e para a utilização dos recursos, privilegiando a ótica gerencial.

A despeito de toda a diversidade e de discordâncias sobre os vários aspectos da avaliação, para alguns autores existe consenso com relação ao fato de que avaliar significa emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes (Guba & Lincoln, 1987; Silva & Formigli, 1994; Aguilar & Ander-Egg, 1995; Contandriopoulos et al., 1997-b; Desrosiers et al., 1998).

A consideração da avaliação como um processo que inevitavelmente recorrerá ao julgamento de valor significa um avanço ao lidar com este importante e inevitável componente do processo avaliativo. Afinal, mesmo que se lance mão de métodos quantitativos - pretensamente mais objetivos - os resultados da mensuração efetuada serão sempre julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O julgamento se dará, na verdade, a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial que poderá ser os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais não explicitados por diferentes motivos. De qualquer forma, as normas e critérios a serem utilizados para conferir um julgamento ao final da avaliação serão influenciados pelos grupos que o definem, sejam usuários, profissionais ou gerentes, entre outros (Desrosiers et al., 1998).

Porém, a admissão de que avaliar significa, em última instância, emitir juízo de valor, ainda que considere um aspecto importante da avaliação, necessita ser acompanhada de uma ampliação e diversificação dos eixos em torno dos quais são emitidos tais julgamentos. Torna-se necessário, no processo avaliativo, a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes julgamentos, a serem realizados a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos com um programa ou serviço, o que justificará a inclusão de representantes de diferentes grupos de interesse no processo, como veremos mais adiante.

A avaliação pode, segundo as funções que deve cumprir, ser classificada em “somativa” ou “formativa” (Aguilar & Ander-Egg, 1995; Rossi, Freeman & Lipsey, 1999). A avaliação *formativa* visa a fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo *somativa* fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa sendo, freqüentemente, utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos.

A avaliação do tipo somativa, voltada unicamente para os efeitos produzidos pelo programa baseia-se no modelo da caixa-preta, prescindindo da análise de correlações entre os diversos componentes da ação e dos efeitos daí resultantes (Rossi et al., 1999). Analisando os problemas e limites do modelo da caixa preta, Denis & Champagne (1997) criticam o mesmo por pressupor a impermeabilidade da intervenção ao meio onde é introduzida. Para estes autores, na prática, os programas estão sujeitos a serem um amálgama resultante de várias influências: de outros serviços, dos gestores, das políticas e dos sujeitos envolvidos no processo (trabalhadores, usuários, etc.), o que torna sensivelmente inadequado o modelo dicotômico da caixa preta.

O modelo da caixa-preta enquadra-se na abordagem clássica ou experimental, se utilizarmos a tipologia das avaliações propostas por Cook & Reichardt (1997). Para os autores, esta forma de abordagem privilegia a análise

dos efeitos dos programas, valendo-se de métodos quantitativos, calcados em um paradigma positivista, hipotético-dedutivo, voltado para o estabelecimento de inferências causais. Neste caso, o ator da avaliação é o avaliador e os resultados do processo destinam-se a uma avaliação predominantemente do tipo somativa.

Para Hartz (1999), se por um lado a epidemiologia pode identificar variações nas probabilidades de resultados positivos ou colaterais de uma intervenção, por outro um estudo epidemiológico nem sempre consegue expressar ou adaptar-se ao modelo lógico ou teórico que sustenta a entidade sob avaliação.

Abordagens voltadas para o desenvolvimento de intervenções – como a avaliação formativa – têm se multiplicado nas últimas duas décadas. São abordagens que favorecem a avaliação feita a partir do interior da intervenção e centrada na perspectiva dos clientes potenciais (Mercier, 1995) tais como a avaliação centrada na utilização dos resultados (Patton, 1997) e outras de cunho participativo (Feuerstein, 1990).

A abordagem centrada na *teoria do programa* permite a análise do conteúdo da caixa preta ao evidenciar os fatores e os processos que originam os efeitos observados. Aqui o avaliador, juntamente com o grupo de implicados busca, de forma empírica, construir um modelo teórico relativo ao funcionamento do programa e/ou de seus efeitos e que servirá de referencial básico para as outras etapas da avaliação, sejam de caráter quantitativo ou qualitativo.

Para Rossi et al. (1999) a teoria do programa é um conjunto de conjecturas ligando de forma lógica os resultados que se espera que o programa atinja com as ações e estratégias desenvolvidas para atingir seus objetivos. A teoria do programa é mais inclusiva que o método clássico e permite, a partir da definição da forma como se supõe funcionar o programa, explicitada na construção do modelo teórico, selecionar os métodos mais pertinentes para a coleta e análise dos dados (Chen, 1990).

Finalmente, as abordagens participativas ou centradas nos usuários da avaliação têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados. Tais abordagens apóiam-se no paradigma holístico, indutivo e construtivista, sacrificando a objetividade e precisão em favor da utilidade social da pesquisa, sendo as questões da avaliação originárias dos usuários da mesma e visam ao incremento das potencialidades e à superação das limitações do programa ou serviço a partir de diferentes pontos de vista.

A participação e o envolvimento dos grupos de interesse no processo avaliativo e na construção de indicadores de avaliação vem sendo discutido ao longo das últimas décadas por vários pesquisadores da área (Patton, 1982; Weiss, 1983; Guba & Lincoln, 1987; Guba & Lincoln, 1989; Campos, 1997-a; Mercier, 1995; Mercier, 1997; Rossi et al., 1999;). Comumente designados pelo termo inglês “*stakeholders*” mesmo em outros idiomas como o francês (Mercier, 1995), foi por nós traduzido como “grupos de interesse” ou “grupos implicados” (embora já tenha sido sugerido também o sucinto termo “implicados”).

Questões lingüísticas à parte, grupos de interesse ou implicados ou ainda *stakeholders*, são definidos como organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. De modo geral, os grupos de interesse são formados por pessoas com características comuns (pais, estudantes, gestores, usuários, etc.) que têm algum interesse na performance, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, isto é, estão de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e eventuais conseqüências do processo avaliativo (Weiss, 1983; Guba & Lincoln, 1989; Rossi et al., 1999).

III - A avaliação de programas e serviços – questões metodológicas

Devemos nos atentar para o fato de que a metodologia de pesquisa é muito mais do que a soma ou a aplicação de técnicas para uma determinada análise. Como sugere a própria etimologia da palavra, trata-se, antes de mais nada, de reflexão e estudo sobre o método (Bezzi, 1999). Daí que cada discussão metodológica é virtualmente uma possibilidade de análise e redefinição dos caminhos a serem utilizados em pesquisa a partir de questões suscitadas pelo pesquisador, os grupos de implicados e o próprio objeto da avaliação.

Seria possível efetivar um processo avaliativo que contemplasse as questões do avaliador-pesquisador e também dos grupos diretamente implicados na condução de um programa ou serviço, de tal modo a conjugar uma certa externalidade, garantida pelo primeiro, com as questões construídas e decantadas ao longo de anos de envolvimento direto com o tema, provenientes destes últimos? Seria possível não estabelecer transcendência a resultados (Campos, 2000-a) e adentrar em questões oriundas do próprio processo ou de efeitos não previstos? Quais questões seriam consideradas pertinentes a partir dos pontos de vista dos grupos de implicados com o serviço ou programa avaliado?

Como já afirmaram Schraiber & Nemes (1996) a respeito da avaliação do trabalho médico, não se trata de avaliar um procedimento ou uma técnica isoladamente nem se restringir ao impacto de uma intervenção mediante categorias clássicas da epidemiologia. Avaliar envolveria a consideração de várias ordens de problemas, o que aponta para a necessidade de superar as avaliações instrumentais baseadas nas normas fixas da clínica e da epidemiologia (Schraiber et al, 1999).

Interessa-nos aumentar o grau de compreensão dos processos envolvidos – que consideramos fundamental antes que se pretenda efetivar uma avaliação do alcance dos objetivos explicitados pelo programa. *Compreender*, no contexto da avaliação, entendido como a consideração dos sentidos atribuídos pelos grupos de envolvidos aos *dados* e *fatos* oriundos do processo (Bezzi, 1999). Servindo-nos

da terminologia que vimos discutindo até aqui, faz-se necessário conhecer o conteúdo da caixa preta que se interpõe entre os objetivos explicitados e os resultados alcançados pelo programa em questão em um dado momento e em um contexto específico.

A partir do ponto de vista e experiência dos diversos grupos implicados com um serviço ou programa, quais questões, reivindicações e indagações deveriam ser contempladas num processo avaliativo? Que aspectos do cotidiano suscitam questões que, se consideradas, poderiam aumentar a utilização dos resultados da avaliação?

Os fundamentos da ciência que valorizam a objetividade e neutralidade do pesquisador vêm sendo colocados em questão nas últimas décadas (Alves, 1987; Chalmers, 1993; Morin, 1995) em função de uma maior consideração das influências sócio-políticas e da própria individualidade do pesquisador sobre o estudo. Além do mais, num contexto de restrição de orçamentos aos programas e serviços sociais (Rizzotto, 2000), a condução política do processo avaliativo e de seus resultados é considerável (Denis, Béland & Champagne, 1996). A inclusão de eventuais beneficiários ou vítimas de um processo avaliativo - os chamados grupos de interesse - pode atenuar possíveis efeitos adversos destas influências (Guba & Lincoln, 1989).

Em síntese, se por um lado a desinstitucionalização de serviços e programas nos faz deparar com a necessidade de compreensão crítica da efetivação desta nova política de prestação de cuidados em saúde representada pelo atendimento domiciliar, por outro, a prática da pesquisa avaliativa deve, a nosso ver, contemplar a necessidade de: 1) inclusão de diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo; 2) viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; 3) considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular e 4) capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado.

Dentro do vasto campo da avaliação, uma abordagem centrada nos diversos atores envolvidos no processo, que desde a concepção do plano considere os diferentes valores e pontos de vista envolvidos, que apresente uma real preocupação com a utilização dos resultados do processo investigativo e que se utilize de métodos voltados para o estudo do fenômeno "in situ", lançando mão de instrumentos provenientes da etnografia, antropologia e sociologia, nos parece mais apropriado para a superação de algumas questões da avaliação clássica, que vimos discutindo, além de contemplarem nosso interesse em apreender processo e contexto de uma nova forma de prestar assistência em saúde.

Tal posição é corroborada por Minayo (1996) para quem a pesquisa qualitativa se presta à avaliação de políticas públicas e sociais, do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica e dos usuários. Para a autora, devemos nos preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, o que torna ideal aquela amostra capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Porém, a inclusão dos grupos de interesse ou a utilização de métodos qualitativos está longe de tornar-se hegemônica. Apesar da diversidade conceitual e terminológica, o conceito de avaliação ainda gravita em torno da idéia de aferir até que ponto os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, ou seja, com frequência prevalece a análise de resultados (senso estrito) ou efeitos "líquidos" do programa (Desrosiers et al. 1998; Cohen & Franco, 1998; Hartz, 1999).

É a partir destas questões oriundas das políticas de desinstitucionalização e do próprio campo da pesquisa avaliativa que passamos a investigar as possibilidades metodológicas que considerem efetivamente os desafios a que vimos referindo.

IV - A construção do processo avaliativo

a) A Avaliação como dispositivo: do núcleo ao campo

Recentemente, Campos (2000-b) ampliou o alcance dos conceitos de *núcleo* e *campo* de competência e responsabilidade, aplicando-os na análise de determinadas áreas de saberes e sua organização em práticas. Estas proposições foram elaboradas para refletir sobre a inserção da saúde coletiva – suas especificidades nucleares e seu campo de ação dentro do quadro geral do pensamento na área de saúde.

Originalmente surgidos para estabelecer a compreensão de que existem atribuições específicas de determinada categoria profissional - que o autor chamou de *núcleo de competência e responsabilidade* - e demandas que extrapolam estas atribuições estabelecidas – que o autor chamou de *campo de competência e responsabilidade* - tais conceitos ajudaram a superar os impasses oriundos de um certo borramento das fronteiras entre as categorias profissionais e a jogar luzes sobre a penumbra constituída por demandas que permanecem à margem das questões focadas pelos núcleos de cada profissão.

Os conceitos de *campo* e *núcleo* de competência e responsabilidade fornecem importantes subsídios para a análise, compreensão e operacionalização de intervenções no âmbito da inter e transdisciplinaridade. Estes conceitos permitem simultaneamente a consideração das especificidades que conformam cada categoria profissional ou área do saber e suas articulações possíveis dentro dos espaços definidos por demandas complexas, que extrapolam as fronteiras estabelecidas pelos núcleos de determinadas profissões ou áreas do conhecimento.

Assim é que *núcleo* diz respeito aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista e *campo* seria constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades (Campos, 1997-b).

O *núcleo* é facilmente percebido através dos ditames dos conselhos profissionais, das disciplinas específicas de cada categoria e que conformam um dado profissional. O *campo* é mais aberto, sendo definido a partir do contexto em que operam certas categorias de profissionais. Um exemplo dado pelo autor é o de um especialista em gineco-obstetrícia que teria como núcleo o conjunto de saberes e práticas relativos à saúde da mulher e como campo noções de clínica geral, fundamentos da relação profissional-paciente, organização de programas, etc. (Campos, 1997-b).

Podemos encontrar outro exemplo no âmbito da Reabilitação Psicossocial, na qual as tarefas de reinserção social e resgate da autonomia de doentes mentais graves (Pitta, 1996) têm se caracterizado por uma tal complexidade de demandas (trabalho, moradia, reaprendizagens de atividades cotidianas, etc.) cujas respostas não podem ser efetivadas a partir de um dado núcleo e nem através da somatória de vários deles. A reabilitação psicossocial tem sido então, para tornar-se efetiva, terreno fértil para o desenvolvimento e acréscimo de ações de *campo* àquelas tradicionalmente exercidas por determinados trabalhadores através de seus *núcleos* (Furtado, 1997) para tornar-se realmente efetiva.

Campos (2000-b) sugeriu a ampliação destes conceitos de *núcleo* e *campo*, extrapolando-os da esfera de categorias profissionais (ligados à competência e responsabilidade de determinadas profissões) para o domínio de saberes e práticas. Para o autor,

“A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos em um saber e campo como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.” (p.3 – grifos nossos)

O autor reconhece a necessidade da definição das identidades sociais para os campos de saber, mas sugere a flexibilização e abertura dos núcleos destes através de sua permeabilidade aos distintos campos de influência e às necessidades com as quais concretamente irão deparar-se no cotidiano (Campos, 2000 –b).

Este preâmbulo em torno dos conceitos de *campo* e *núcleo* baseia-se em nossa intenção de construir um processo avaliativo que extrapole a tríade mensuração-descrição-julgamento de um dado serviço ou programa. É nosso intento estabelecer um processo que supere o *núcleo* da avaliação constituído em torno desta tríade, avançando em direção ao que possa vir a constituir-se no *campo* da avaliação (no sentido dado pelo autor que vimos citando).

Neste sentido, entendemos como campo de competência e responsabilidade da avaliação as intervenções que a mesma pode proporcionar para além do fornecimento de dados para o julgamento e tomada de decisões em torno do objeto avaliado. A avaliação, interagindo com outras disciplinas e áreas, passaria a cumprir novos papéis acrescidos aos que vem desempenhando, o que reforçaria sua atribuição essencial de desenvolver a qualidade de nosso ambiente físico e social e a aumentar o bem-estar individual e coletivo (Rossi et al., 1999).

A avaliação tornar-se-ia, então, além do que conhecemos tradicionalmente através de seu núcleo, um *dispositivo* na acepção de Baremlitt (1992), ou seja, um artifício para produzir inovações, gerando acontecimentos, concretizando virtualidades, possibilitando renovações. Os dispositivos seriam recursos que alteram o funcionamento das organizações, mas que não fazem parte destas, sendo usados para instaurar algum processo novo (Campos, 1999).

O que vimos afirmando equivale a dizer que a avaliação deveria tornar-se efetivamente um dispositivo de mudança, o que significa a incorporação e participação em sua condução dos principais grupos de interesse, de tal forma que as representações e questões destes grupos possam ser realmente consideradas.

Tal percurso ampliaria a inclusão dos diferentes pontos de vista e ampliaria as possibilidades de utilização dos resultados pelos envolvidos na reformulação de suas práticas (Feuerstein, 1990; Patton, 1997).

Poderíamos dizer que a avaliação passaria a ser um dentre outros dispositivos possíveis dentro do universo de possibilidades para interferir na renovação de serviços e programas. A avaliação adentraria assim, no campo de competência e responsabilidade para onde convergem diversos outros dispositivos, como o planejamento, a educação continuada, etc. (Campos, 2000-a), voltados para a superação de questões intrínsecas aos programas e serviços, ao desenvolvimento e à criação de novas redes de compromisso entre os grupos de interesse ligados aos mesmos, além de promover a capacitação dos envolvidos na condução de suas atribuições.

Segundo este raciocínio, a pesquisa avaliativa manteria seus métodos e objetivos nucleares – analisar e emitir julgamento sobre a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção (Contandriopoulos et al., 1997-b) – acrescidos da capacitação e desenvolvimento dos grupos implicados e do serviço ou programa avaliado como contribuição de seu campo de competência e responsabilidade para a renovação do objeto avaliado. Tal acréscimo agregaria à avaliação aspectos teleológicos ligados aos fins ou finalidades do processo (Haldemann & Levy, 1996), que serão considerados no capítulo referente à metodologia.

Diferente do que afirmou Campos (1999), que identifica em outros dispositivos como oficinas de planejamento, treinamento, etc., um caráter transitório e ineficaz para garantirem alterações da lógica de funcionamento do objeto da intervenção, acreditamos que a instauração de um processo avaliativo que garanta a inclusão de atores externos à equipe e aos gestores do programa ou serviço, através da inclusão de outros grupos de interesse (usuários, familiares, gestores de outros serviços, etc.), instituiria uma rede de compromissos e um certo controle sobre a efetivação de alterações definidas durante o processo.

b) Uma avaliação participativa – a aproximação entre a Avaliação de Quarta Geração e o Método Paidéia

Vimos defendendo ao longo deste texto a idéia de que a avaliação deve caracterizar-se como processo, ser sensível ao meio, compreensiva e includente das diferentes construções dos grupos de interesse em torno do que está sendo avaliado. Conseqüentemente, cada avaliação deve ser também construída e direcionada para o contexto específico em que será utilizada.

Transcendendo o papel tradicional de estimular os sujeitos para lidar com situações críticas, o avaliador deve também se deixar estimular pelos temas e questões emergentes, oriundos dos grupos de implicados, num processo interativo. Disso decorre que os métodos empregados para a realização de uma avaliação inclusiva poderão sofrer interferências para adaptarem-se ao contexto, o que definirá o próprio percurso da pesquisa.

O avaliador deve manter grande adaptabilidade, flexibilidade e uma posição também compreensiva, além de capacidade para explorar respostas atípicas ou idiossincráticas (Guba & Lincoln, 1987), o que garantirá justamente a superação de algumas limitações impostas por métodos baseados em questionários estruturados, possibilitando a coleta de dados adicionais.

Guba & Lincoln (1989), baseados em um referencial construtivista, desenvolveram um método voltado para a inclusão dos grupos de interesse em todo o processo de avaliação e comprometido com a utilização efetiva dos resultados do processo avaliativo. Chamado por eles próprios de “Avaliação de Quarta Geração”, o percurso preconizado pelos autores pode ser resumido em doze passos organizados em torno do que para eles seriam os objetivos fundamentais da avaliação: evidenciar as diferentes percepções e questões dos grupos de implicados (suas construções), capacitação e desenvolvimento (*empowerment*) dos envolvidos e criação de espaços de negociação fecunda para a construção comum das mudanças.

Os passos preconizados são: 1) estabelecimento de um contrato garantindo o engajamento do avaliador e cliente(s); 2) as questões iniciais da avaliação devem ser clareadas; 3) identificação dos grupos afetados pelo que vai ser avaliado, sendo que o avaliador deve permanecer aberto à inclusão de novos grupos de interesse, independente do momento em que surjam; 4) o avaliador deve elucidar de maneira aberta e inclusiva as reivindicações e problemas dos implicados; 5) o avaliador deve organizar um contexto no qual diferentes construções dos grupos de interesse possam ser expressadas, compreendidas e questionadas; 6) o avaliador tem a tarefa de buscar consensos no interior dos grupos e 7) entre os grupos; 8) o avaliador deve elaborar uma agenda de negociações de aspectos sobre os quais há dificuldades em estabelecer consenso; 9) o avaliador deve coletar e difundir dados necessários às discussões e ao refinamento das construções dos implicados; 10) o avaliador deve organizar e coordenar um fórum de negociações no qual os aspectos conflituais serão reexaminados à luz das últimas informações; 11) o avaliador deve elaborar relatórios relativos às reivindicações, inquietações e consensos enunciados pelos implicados; 12) finalmente, o avaliador deve reiniciar o processo de avaliação se permanecerem importantes questões não resolvidas (Guba & Lincoln, 1989; Lehoux, Levy & Rodrigue, 1995).

Este processo de construção e reconstrução da realidade organiza-se em torno do que Guba & Lincoln (1989) chamam de "processo hermenêutico dialético". Para eles, é hermenêutico porque tem caráter interpretativo e dialético porque implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese, no sentido Hegeliano. Reproduzimos adiante um modelo esquemático proposto pelos autores para representar os ciclos de discussões entre os grupos de implicados (vide figura 1).

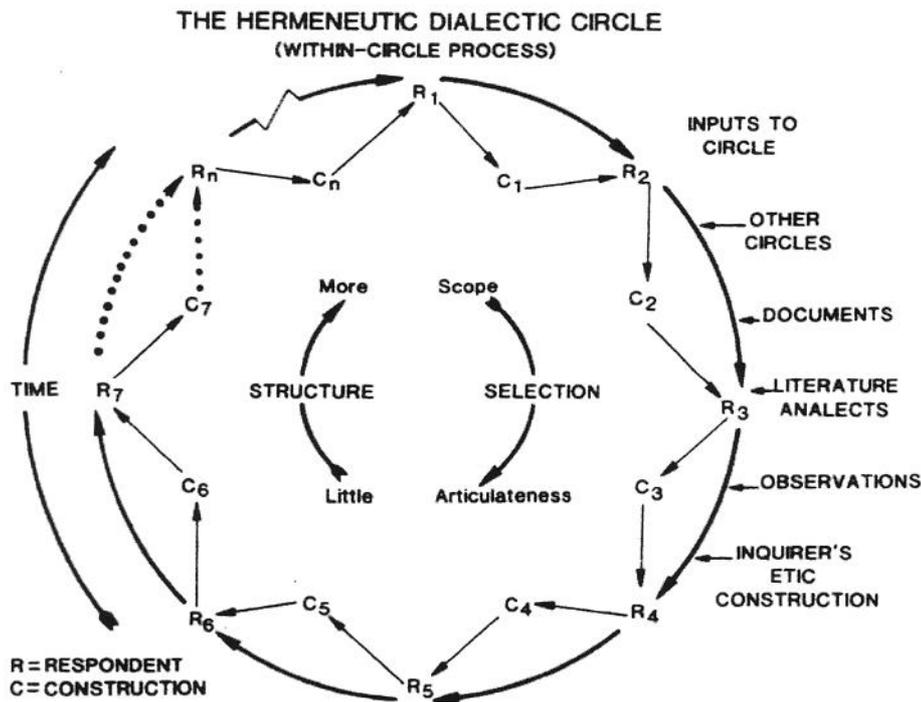


Figure 5.1 The Hermeneutic Dialectic Circle

Figura 1 – Círculo hermenêutico. (Extraído de Guba & Lincoln [1989], p. 152.)

O primeiro grupo a ser interpelado (R1) é escolhido pela posição estratégica que ocupa com relação ao objeto da avaliação e, a partir de seus relatos são feitas as primeiras construções em torno do tema (C1), que servirão como subsídios para o trabalho com o segundo grupo. A indicação do grupo seguinte a ser interpelado deverá vir do último grupo trabalhado, através da pergunta: *que outros grupos pensam diferente de vocês a respeito desta questão?* Outros subsídios provenientes da observação, da análise documental, da literatura, entre outros, deverão ser incorporados como contribuições ao processo. Se o avaliador identifica que questões importantes relativas ao objeto da avaliação não foram levantadas, ele tem obrigação de introduzi-las no processo.

Uma vez completado o círculo junto aos grupos de implicados, o mesmo pode ser refeito uma outra vez, o que daria a oportunidade aos primeiros respondentes de considerarem questões surgidas durante o desenvolvimento do

processo a partir de colocações de outros grupos ou de contribuições externas como documentos e/ou observações. Devemos considerar, no entanto, que embora citem, os autores dão pouca ênfase na operacionalização das contribuições externas ao círculo.

Para os dois autores, o segundo círculo hermenêutico se constituiria em uma espiral em relação ao primeiro: ainda que no mesmo lugar, junto ao mesmo grupo, ocuparia um nível acima, configurando a capacitação e desenvolvimento que o processo deve propiciar a seus participantes (Guba & Lincoln, 1989).

Por outro lado, o Método Paidéia ou Método da Roda, elaborado por Campos (2000-a) a partir da leitura crítica de textos no campo da política, do planejamento, da análise institucional e da educação continuada, baseia-se na consideração de que a gestão necessariamente produz efeitos nos âmbitos administrativo e financeiro, político, pedagógico e da subjetividade dos sujeitos envolvidos.

Para o autor, os textos tradicionais de administração de inspiração Taylorista privilegiam a racionalização de meios para a consecução de determinados fins, centrando-se na otimização da eficiência. Campos (2000-a) propõe, em contrapartida, a consideração efetiva dos aspectos pedagógicos e de produção de subjetividade presentes em qualquer gestão, de modo a reafirmar o trabalho como um dos modos de produção e constituição de sujeitos, coletivos e instituições.

Disso decorre a utilização pelo autor do conceito de “coletivos organizados para produção” e não de “organização” para caracterizar agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva. A idéia de coletivos organizados para a produção transbordaria a concepção de organização, englobando movimentos de diversas naturezas, escolas, hospitais, etc. e a consideração de que dentro de uma mesma organização existem vários coletivos. Segundo o autor,

“O Método da Roda se propõe a trabalhar objetivando a constituição de Coletivos Organizados, o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição.” (Campos, 2000-a, p. 32)

Para este método, a gestão como elemento isolado seria uma abstração, uma vez que efetivamente existe algum grau de co-gestão todo o tempo, dada a implicação de muitos e diferentes atores no processo com alguma possibilidade de intervenção, mesmo que com disparidades nas correlações de poder. Assim sendo, o Método Paidéia apresenta-se como uma reação à imposição de constrangimentos econômicos e históricos, concebendo a existência de relações dialéticas entre determinismos de diversas ordens e a capacidade de reação dos sujeitos.

Disso decorre a proposição de que ao antagonismo existente entre os objetivos de produção de valores de uso e de constituição de sujeitos ou coletivos se estabeleça uma síntese calcada na produção simultânea de bens e serviços e criação de espaços para a realização pessoal de sujeitos produtores.

Dessa forma, os interesses próprios aos sujeitos e aqueles intrínsecos à organização deveriam ser igualmente considerados, agregando-os no mesmo nível de considerações relativas à produção de valor de uso. Assim sendo, todo e qualquer instrumento (ou dispositivo) de gestão ampliada, como oficinas de planejamento, supervisão, processos avaliativos, etc., deveria, segundo o autor, considerar os dois grandes determinantes da organização e das relações intrínsecas à gestão de coletivos organizados para a produção: um relativo às questões oriundas da produção de bens e serviços e outro constituído da temática ligada à constituição de sujeitos e da própria organização (Campos, 2000-a).

Ou seja, os dispositivos introduzidos para promover revisão, transformação e mudanças em um coletivo organizado para a produção deverão ater-se não só à missão do mesmo, mas também aos modos como esta se organiza em relação às demandas de ordem subjetiva, oriundas dos sujeitos ali inseridos.

Como forma de operacionalizar estas idéias, o autor propõe a introdução de um “apoiador institucional”, elemento externo ao grupo que, baseado na escuta e estabelecimento de vínculos adequados com o mesmo, considerando inclusive elementos de ordem transferencial ali envolvidos, conduziria um processo coletivo de revisão, análise e reflexão do modo como os integrantes de um serviço articulam suas idéias, valores e práticas.

Para tanto, o autor sugere a utilização de núcleos temáticos de análise, entendidos como o objeto de reflexão de uma equipe ou coletivo, tais como: seu objeto de trabalho, práticas cotidianas, resultados, objeto de investimento do grupo, entre outros, podendo os mesmos estar mais ou menos voltados para o campo da produção de valores de uso ou, por outro lado, para o campo da produção de sujeitos e de coletivos (vide figura 2).

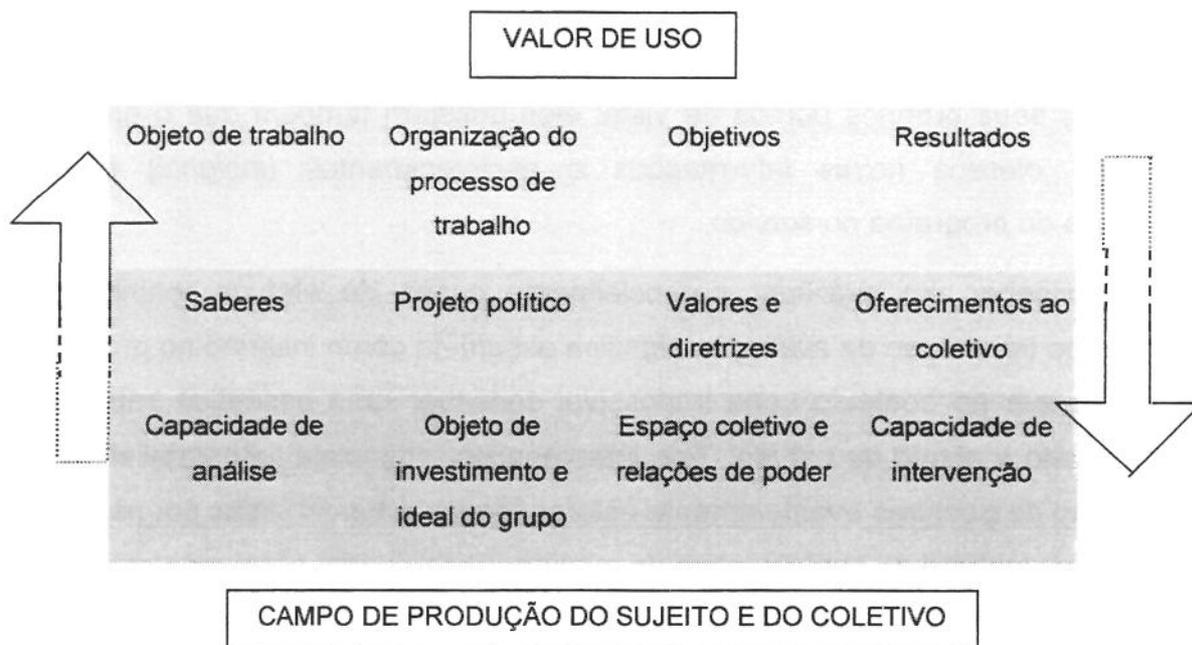


Figura 2 – Mapa de núcleos temáticos para análise e elaboração de sínteses. (Adaptado de Campos, 2000-a, p. 210)

Tais núcleos podem ser analisados a partir de um ponto de vista mais pragmático, considerando o modo como um coletivo funciona e se articula (perspectiva sincrônica) ou a partir dos modos de produção de poder, disputas e conflitos que permeiam este mesmo coletivo (perspectiva diacrônica).

O método preconiza a introdução, pelo apoiador institucional, de temas, métodos de análise e dados externos ao grupo, chamadas de “*ofertas*”, com a função de contribuir na reconstrução da práxis e da subjetividade dos sujeitos, devendo ser consideradas criticamente pelo coletivo. Tais ofertas visam também e no mesmo sentido, à revisão e à superação de eventuais posturas cristalizadas, provenientes de pontos cegos, reiteraões ou da paralisação frente a temas considerados tabus, devendo ser incorporadas de modo crítico pelos integrantes do programa ou coletivo organizado para a produção.

A utilização de ofertas é pertinente se considerarmos que, como afirmou Chen (1990), os grupos de interesse desejam mais do que simplesmente incorporar seus próprios pontos de vista: eles desejam também que o processo avaliativo ofereça novas informações e esclarecimentos (*insights*) para a condução do programa ou serviço.

Conceber um avaliador potencialmente capaz de efetuar contribuições efetivas no transcurso da avaliação significa assumi-lo como inserido no processo, uma vez que no contexto seria impossível conceber uma asséptica separação entre sujeito e objeto de estudo. Tais intervenções potencialmente catalisariam a superação de posturas eventualmente estereotipadas e burocráticas por parte dos implicados, embora as contribuições do avaliador não devam ser nunca colocadas como transcendentais e não relativizáveis (Guba & Lincoln, 1989; Campos, 2000a).

O alinhamento entre a Avaliação de Quarta Geração (Guba & Lincoln, 1989) e o Método da Roda ou Paidéia (Campos, 2000-a), baseia-se no referencial participativo e construtivista explicitamente (mas não exclusivamente) assumido por seus autores e na virtual complementaridade entre os mesmos, sendo o estabelecimento de diálogos potencialmente promissor para a superação de

algumas questões oriundas da instauração de um processo participativo em avaliação.

Em decorrência dos referenciais utilizados pelos dois métodos, há convergências entre ambos em relação à relevância atribuída à inclusão e participação dos atores sociais (grupos de implicados ou coletivos organizados) na consideração da dinâmica de um organismo social com vistas à sua reformulação, como pode ser o caso dos processos avaliativos ou de planejamento.

A reinterpretação de determinado Texto⁵ organizacional (Campos, 2000-a) ou a consideração de questões, interesses e reivindicações em torno de um serviço ou programa (Guba & Lincoln, 1989) – ambos voltados para a elaboração de novos sentidos e significados que orientem o agir concreto - deverão também privilegiar a capacitação e desenvolvimento de todos os envolvidos no processo, segundo a visão dos dois métodos discutidos (Guba & Lincoln, 1989; Campos, 2000-a).

Daí a importância dos círculos hermenêuticos no método proposto por Guba & Lincoln (1989) ou da Roda, proposto por Campos (2000-a), no sentido de oferecer espaços grupais de discussão nos quais os grupos de interesse poderão analisar e refletir sobre diferentes aspectos do serviço ou programa avaliado a partir de seus pontos de vista. Tal dinâmica preconiza que a cada reunião haja coleta de novas informações, análise e definição de ações práticas, o que permite superar a linearidade imposta por certas intervenções (vide figura 1), como o planejamento tradicional no qual se deve *“primeiro elaborar diagnósticos exaustivos (supostamente acabados), para depois compor um plano total e, somente depois, desencadear operações.”* (Campos, 2000-a, p.258).

Para os autores da quarta geração de avaliação, a tônica do processo é a negociação efetuada entre os grupos de interesse em torno das questões

⁵ Campos (2000-a) atribui a “Texto”, no Método Paidéia, o sentido que lhe foi dado pela hermenêutica: conjunto de signos articulado por um determinado sujeito individual ou coletivo, a partir do qual um indivíduo ou grupo interpreta seus saberes e práticas.

levantadas no círculo hermenêutico. Eventuais divergências devem ser discutidas e negociadas entre os grupos de tal forma a se criar uma “terceira via” ou nova síntese. *Negociação* aqui compreendida como troca simbólica e relacional entre os grupos de interesse com o intento de chegar a uma solução comum, seja nos aspectos administrativos, contratuais, político e teórico-metodológicos, entre outros (Bezzi, 1999).

O Método da Roda traz como contribuição à avaliação participativa a introdução sistemática de um relativo grau de externalidade oriundo da “oferta” de temas, documentos e interpretações organizadas, provenientes de um elemento não pertencente ao grupo, como o apoiador institucional ou um eventual condutor de um processo avaliativo. Ao considerar esta possibilidade, o referido método permite a superação dos riscos de reiterações, auto-referências e pontos-cegos presente no círculo hermenêutico proposto por Guba & Lincoln (1989).

Outro acréscimo relevante - e talvez o mais significativo - ao processo participativo em avaliação, advindo do método proposto por Campos (2000-a), é a consideração de aspectos ligados à subjetividade dos componentes do coletivo envolvidos no processo, sobretudo se considerarmos que tais aspectos podem ser relevados por eventuais usuários da avaliação quando do delineamento e definição das questões da pesquisa, como ocorreu efetivamente em nossos trabalhos de campo (ver capítulo 3).

Os autores da quarta geração de avaliação (Guba & Lincoln, 1989) e do Método Paidéia (Campos, 2000-a) parecem estar de acordo em relação ao fato de que a dificuldade dos grupos em analisar e reconstruir posturas em relação à realidade não se origina da ausência de dados e informações, mas em entraves políticos, organizacionais e subjetivos à troca e restabelecimento de novos modos de organização. Para Campos (2000-a), o acúmulo de informações não implica necessariamente na reconstrução de novos sentidos e significados para as relações sociais.

Por isso, ao centrar o processo avaliativo nos grupos de interesse, operacionalizado através dos círculos hermenêuticos da Avaliação de Quarta Geração (Guba & Lincoln, 1989) ou do “Método da Roda” - grupos de pessoas em círculo debatendo determinada questão (Campos, 2000-a), devemos estar atentos em avançar para além do simples acúmulo de dados. Faz-se necessária a construção de novos sentidos e significados, seja a partir da introdução de questões levantadas em outros grupos ou como contribuição ou oferta do avaliador (Campos, 2000-a).

A partir dessas premissas e da especial consideração aos aspectos pedagógicos e subjetivos envolvidos na gestão, o autor propõe a consideração de outras dimensões dos sujeitos – da ordem da subjetividade - no estabelecimento de contratos e compromissos. Tal abordagem viabilizaria uma negociação entre manifestações concretas destes desejos e interesses (Campos, 2000-a). Identificamos aí uma via para o trânsito de dimensões intrínsecas à dinâmica dos grupos a ser acrescida à consideração de reivindicações, interesses e questões dos mesmos propostos por Guba & Lincoln (1989).

Neste percurso, uma postura ética deverá garantir igual tratamento para as questões e reivindicações levantadas por diferentes grupos durante as negociações. Tal posição aponta para a superação da supremacia de um grupo sobre outro (por exemplo, maior peso dado às questões dos gestores que às dos usuários) e, sobretudo, pode instaurar um novo patamar, diferente daquele tradicional, no qual alguns grupos de interesse são freqüentemente convidados a opinar – a fim de legitimar decisões já tomadas - e raramente suas questões são realmente consideradas (Guba & Lincoln, 1989, Campos, 2000-a).

Em nosso país, cuja tradição de participação está ainda por se constituir, sendo ainda detentor de um contexto organizacional verticalizado no interior dos serviços de saúde (Campos, 1997-b), seria atribuição do avaliador que se dispõe a conduzir avaliações inclusivas e baseadas em agendas de negociações, salientar junto aos grupos de interesse a importância do papel que possuem – mesmo que

latente - para o serviço ou programa em avaliação e a legitimidade e pertinência da inclusão de suas questões, reivindicações e interesses no processo avaliativo.

Ao comentar sobre a regulação de um sistema de saúde “sem-muros”, descentralizado, desregulamentado, que possibilite novas solidariedades, Contandriopoulos (1998) identifica muito mais possibilidades de avanços se houver preponderância da lógica de regulação do estado democrático sobre as outras três lógicas possíveis de regulação (de profissionais, tecnocrática ou econômica).

Esta preocupação com a lógica da regulação democrática, realizada através da inclusão e participação acrescidas de objetivos ligados à capacitação e desenvolvimento de coletivos implicados em programas ou serviços, são características essenciais e convergentes aos dois métodos que vimos discutindo.

c) Um esboço de aplicação prática

A seguir apresentaremos uma proposição de um percurso avaliativo pluralista e participativo que julgamos pertinente para a prática da avaliação voltada para o desenvolvimento e capacitação dos grupos implicados e a compreensão em profundidade de um programa ou serviço. O caminho apresentado tem forte inspiração no método proposto pelos autores da Avaliação de Quarta Geração e também se apóia nas reflexões desenvolvidas pelo autor do Método Paidéia, porém outros autores somados a nossa reflexão advinda do contato com a prática subsidiam a adaptação das propostas e a inserção de novas abordagens.

Originário de nossos estudos e reflexões na busca do caminho mais adequado para a efetivação de nosso intento - avaliar um serviço de atendimento domiciliar – que considere, com vistas à superação, os problemas colocados ao processo avaliativo pela desinstitucionalização, conforme apontada por Mercier (1990) e as limitações do modelo da caixa preta (Denis & Champagne, 1997) discutidas no início do texto, o desenho apresentado configura-se não como um

roteiro esquemático, em senso estrito, mas como apresentação e discussão de eixos organizadores para a condução de uma avaliação de caráter participativo junto a um programa ou serviço.

Inicialmente consideramos que alguns parâmetros devam ser estabelecidos no percurso da avaliação, de modo a balizar as construções da realidade efetivada por cada grupo. O principal deles seria o modelo lógico ou modelo teórico que orienta explícita ou tacitamente o programa ou serviço avaliado.

Para Rossi et al. (1999), o modelo teórico seria uma descrição das principais hipóteses e suposições sobre as quais um programa ou serviço se baseia para obter os resultados esperados, ou seja, sua concepção teórica e desenho metodológico. Segundo Hartz (1999), o modelo teórico seria uma representação do como e do porquê dos programas atuarem nos grupos populacionais. Para esta autora, a construção do modelo teórico descreveria o problema, população-alvo e contexto visados pela intervenção e os mecanismos através dos quais se produziriam os efeitos esperados.

Ao iniciarmos um processo avaliativo, devemos buscar, desde o início, estabelecer o modelo teórico subjacente à prática desse serviço. Tal iniciativa pode determinar se o serviço ou programa é avaliável (sua avaliabilidade), ou seja, a existência de organização e consenso mínimo entre os envolvidos sobre seus objetivos e resultados pretendidos, já que a inexistência destes parâmetros básicos tornaria impossível a execução da avaliação (Wholey, 1982). A definição do modelo teórico aumenta a compreensão sobre como se supõe operar o serviço - ponto de partida fundamental para a efetivação do processo avaliativo.

Raros são os serviços ou programas que possuem documentos explicitando o modelo segundo o qual desenvolvem sua prática (Rossi et al., 1999), o que implica em que o mesmo deverá ser construído ou especificado. Para tanto, o avaliador deve se basear em dados colhidos junto aos implicados no programa ou serviço, através de entrevistas com informantes-chave e de grupos focais, da observação e de análises documentais, entre outros.

Esta conjugação da abordagem baseada na consulta aos grupos de implicados com aquela baseada nos métodos das ciências sociais para a construção ou explicitação do modelo teórico subjacente seria a mais adequada por possibilitar a utilização de diferentes fontes. O avaliador deve utilizar seus conhecimentos para compor o quadro teórico geral baseando-se nas informações oriundas das fontes citadas e de outras que venha a identificar. Ao final, o avaliador deverá apresentar e negociar o modelo teórico proposto junto aos grupos de implicados, validando-o (Chen, 1990).

Considerando que os grupos envolvidos possuem distintas formações, é fundamental que o avaliador exerça sempre uma postura pedagógica de modo a tornar o processamento das informações e eventuais debates acessíveis a todos os participantes do processo. Por isso, o modelo teórico proposto pelos grupos de implicados deve ser apresentado utilizando-se recursos visuais, sob a forma de diagramas que sumarizem e integrem o conhecimento e evidencie ligações entre estruturas e processos, gerando hipóteses (Earp & Ennet, 1991).

Uma vez definido o modelo teórico sob o qual opera o serviço, parte-se então para a realização de discussões junto aos grupos de implicados através dos princípios de horizontalidade entre os participantes presentes no Círculo Hermenêutico (Guba & Lincoln, 1989) ou no Método da Roda (Campos, 2000-a). Nesta fase, deverão ser levantados as questões, reivindicações e interesses dos grupos implicados. A utilização das técnicas de grupos focais (Westphal, Bógus & Faria, 1996; Morgan, 1997) nos parece adequada para a condução dos referidos grupos de discussão.

O avaliador desempenhará importante papel na condução das negociações entre os diferentes grupos de implicados. Os interesses, questões e reivindicações de um determinado grupo (de usuários, familiares, trabalhadores, financiadores, etc.) deverão fomentar a discussão seguinte a ser desenvolvida junto a outros grupos. Além das discussões dos grupos precedentes, os achados provenientes de análises documentais e da observação, também deverão alimentar as discussões subseqüentes dos novos grupos. Um determinado grupo de implicados

poderá também apontar outros grupos que deveriam participar do processo, sobretudo aqueles que tenham opinião diversa do precedente (Guba & Lincoln, 1989).

Os achados da literatura científica devem alimentar as discussões desenvolvidas no processo de modo a expandir a interlocução e o referencial utilizado pelos participantes, porém, coerentemente com a opção metodológica, tais documentos não devem adquirir caráter transcendente, mas, ao contrário, devem ter ressaltado seu caráter social e historicamente construído (Guba & Lincoln, 1989). As questões a serem consideradas no processo avaliativo deverão ser definidas pelos grupos de interesse, a partir de seus pontos de vista. Questões originárias do avaliador ou informações provenientes da literatura científica também devem ser consideradas e discutidas junto aos grupos envolvidos, de modo a oferecer eventuais contrapontos aos mesmos, fomentando a reflexão (Campos, 2000-a).

Outro importante papel do condutor da avaliação é o de mediador e negociador dos eventuais desacordos existentes entre os grupos sobre determinados aspectos do objeto avaliado, do qual deverão ser construídas novas sínteses a partir das antíteses (Guba & Lincoln, 1989). Para Campos (2000-a), no entanto, o dissenso é um importante substrato para a investigação das diferenças e base para a constituição de um novo modelo.

Poderá surgir também a necessidade de mais informações e mesmo a criação e análise de indicadores, que deverão ser efetivados tanto no processo de elaboração quanto na coleta e análise dos dados pelos grupos especialmente envolvidos na condução do processo avaliativo (Feuerstein, 1990), contando com a ajuda do avaliador.

Tal processo não pretende esgotar ou resolver todas as questões. Poderão ocorrer impasses que deverão ser rediscutidos até serem superados e outros cuja superação fugirá aos propósitos do processo avaliativo, o que equivale a dizer que

o processo não “acaba”, mas é “interrompido” a partir dos constrangimentos de diversas ordens (urgências de soluções, financiamento, cronograma, etc.).

Coerente com o referencial utilizado em todo o processo, o relatório final da avaliação deverá conter não somente dados, mas também espelhar os sentidos e interpretações agregados em torno destes pelos grupos de interesse. O relatório final deve extrapolar a descrição e análise do objeto avaliado e seu contexto, proporcionando ao leitor capacidade para perceber igualmente como os grupos de interesse estabelecem os sentidos dos “fatos” e porquê o fazem. Tal relatório deve compor-se em linguagem acessível aos diferentes grupos, além de estimular a utilização prática por parte dos mesmos com base no fornecimento de subsídios que aumentem a compreensão do serviço ou programa avaliado e instrumentalize os grupos de interesse para a efetivação de transformações e mudanças consideradas necessárias (Guba & Lincoln, 1989; Campos, 2000-a).

V - Conclusão – ou porquê a participação é necessária à avaliação

Existem múltiplas abordagens possíveis para a realização da avaliação (Patton, 1982; Silva & Formigli, 1994) e as características do objeto e as especificidades e necessidades da clientela devem determinar o caminho a ser utilizado (Bezzi, 1999). Dentre as várias abordagens possíveis, por tudo que vimos discutindo, aquelas voltadas para o aumento do **valor de uso** da avaliação (Mercier, 1995; Patton, 1997; Campos, 2000-a) nos parece mais adequada para a capacitação e desenvolvimento dos grupos implicados e a garantia da utilização dos resultados do processo avaliativo.

Afinal, toda ação social se desenvolve em um contexto de complexidade crescente, envolvendo vários atores sociais, portadores de papéis, interesses, lógicas e linguagens diversos e não raramente contraditórios. A ação avaliativa é uma ação social específica, desenvolvida em ambientes complexos – programas ou serviços – nos quais não é possível atribuir significado específico a um

elemento sem considerar a lógica e a interferência de outros (Denis & Champagne, 1997), sobretudo no contexto da desinstitucionalização de programas e serviços (Mercier, 1990), como já discutido no início do capítulo.

No entanto, a despeito de toda a complexidade de atores e posições envolvidos, a avaliação é, na maioria das vezes, voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento do público-alvo, dos profissionais do programa ou serviço e dos parceiros institucionais e comunitários. A partir desta constatação Mercier (1995) estabelece algumas proposições, dentre as quais: 1) a escolha das questões da avaliação determina o grupo de interesse privilegiado pela mesma; 2) os métodos epidemiológicos e quase-experimentais são pouco úteis para a intervenção direta; 3) existem, em avaliação, abordagens mais aptas que outras para favorecer a articulação entre intervenção e pesquisa; 4) a utilização de dados da avaliação visando ao planejamento de intervenções pode acarretar efeitos perversos aos usuários.

O contexto atual tendente à massificação da pesquisa em avaliação visando à eficiência dos programas merece reservas por parte dos avaliadores (Hartz, 1999). Criar alternativas à hegemonia do aspecto financeiro na análise de intervenções bem como minimizar eventuais efeitos perversos aos grupos implicados nas mesmas parece ser alguns dos benefícios da instauração de processos avaliativos participativos.

O caráter político das práticas avaliativas é inegável e o afloramento de jogos de poder onde estas se realizam é freqüente, o que requer do avaliador atenção constante de modo a evitar cumplicidades de diversas ordens ou que se venha a sucumbir às pressões políticas e administrativas. O trabalho do avaliador dentro do SUS não deve se limitar à execução de tarefas definidas por grupos particulares, em um sistema que se pretende universal, mas nuançar ao máximo possível a diversidade que envolve o programa ou serviço avaliado.

O controle do processo avaliativo por parte dos grupos de interesse em uma dada intervenção, a consideração da complexidade e diversidade do contexto, os dados e construções daí originados, a preocupação com a utilização das informações e do próprio processo avaliativo como dispositivos para o desenvolvimento dos programas e serviços, deveriam se tornar diretrizes destinadas a contribuir para a ampliação do papel até agora restrito que o campo da avaliação tem desempenhado dentro do SUS e para a capacitação e desenvolvimento de todos os grupos implicados com o sistema público de saúde brasileiro.

2. O SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

CÉLIA – 33 anos, casada, cuidadora de seu pai, Sr. Nelson, 60 anos, casado.⁷

Terceira filha de uma prole de quatro filhos. Com a morte do único filho, hoje é a irmã do meio. Relata uma infância e uma adolescência de subordinação aos pais, ambos absolutamente rígidos e dominadores. Coursou o segundo grau completo. Aos 23 anos conheceu o marido (Waldir), onze anos mais velho, e refere-se a ele como a pessoa que lhe ensinou a ser independente e a trilhar o caminho da liberdade. Com o apoio do marido, refere-se ter superado crises de bronquite que a levavam à internação. Enfatiza que Waldir se constituiu no ponto de equilíbrio da família, inclusive de seus pais, por ser uma pessoa calma e ponderada. Enfatiza, também, que o pai, sr. Nelson, projeta em seu neto, Jonas, a substituição do filho que perdeu, tendo se apegado muito a ele. O acidente vascular do Sr. Nelson ocorreu em 1994, sendo o mesmo hipertenso e diabético e, segundo Célia, incapaz de seguir qualquer prescrição médica até então. Sua internação se deu no Hospital do Ipiranga, onde Waldir era chefe de almoxarifado. Com as conseqüências do AVC, o Sr. Nelson ficou dependente e sua esposa declarou-se incapacitada para cuidar dele. Nessas circunstâncias, Waldir resolveu leva-lo para a residência do casal e assumir os cuidados que o paciente necessitasse. Waldir já fora auxiliar de enfermagem e Célia trabalhava no Hospital Heliópolis, fatos que permitiam os cuidados, além de uma divisão de horários compatível com as necessidades do paciente. A sugestão de outras filhas sobre asilamento do Sr. Nelson não foi aceita por Célia. Reorganizaram a vida familiar e o espaço físico do domicílio. Declara que houve perda da privacidade e que hábitos mais liberais da família, como o banho conjunto, tiveram que ser revistos. O paciente ressentiu-se da ausência da esposa, que não o visitava, com a justificativa de cuidar do bar do casal. Célia refere que essa atitude talvez fosse uma forma de demonstrar a mágoa pelos maus tratos que sempre recebera do marido. Após um ano do AVC, o Sr. Nelson quis retornar à sua casa, mas acabou voltando para a casa da filha, um mês depois, inclusive para retomar o tratamento, que fora interrompido. No entanto, um dia após seu retorno, teve três enfartes e faleceu. Célia insiste em dizer que os pacientes estão razoavelmente amparados pelo sistema de saúde, enquanto hospitalizados. Após a alta, não há suporte ou vínculos que prestem tratamentos adequados e específicos. Após a morte do pai, incentivada pelo marido, está fazendo o curso de auxiliar de enfermagem. Credita todas as suas vitórias ao marido e agradece a oportunidade de ter cuidado do pai e poder visitar seu jazigo regularmente.

⁷ Os casos relatados abaixo foram extraídos de uma pesquisa realizada entre 1991-1995, no município de São Paulo, intitulada “Estudo do suporte domiciliar aos adultos com perda de independência e perfil do cuidador principal”, posteriormente editada no livro “Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores” (Karsch, 1998. p.96-100).

ROSE – 37 anos, casada, cuidadora de sua vizinha, D. Lourdes, 66 anos, casada.

Foi criada pela mãe, pois os pais se separaram quanto tinha um ano e meio de idade. Alega ter passado uma vida de muito sofrimento, mas dá graças a Deus pela força que ele sempre lhe deu. Não terminou o primeiro grau, tendo parado seus estudos na oitava série, quando precisou trabalhar pra ajudar a mãe nas despesas familiares. Só parou de trabalhar depois de se casar e ter o primeiro filho. Apesar da infância e da juventude muito carentes, agradece a Deus pela ajuda que sempre receberam de terceiros e pelo fato de que hoje pode oferecer uma vida melhor a seus filhos. Ajudar, para ela, faz parte da vida, independente de quem seja. Valoriza muito o trabalho “fora”, como forma de construção pessoal e como forma de convivência com outras pessoas. Quanto ao trabalho de casa, acha-o “escravizado”. Reconhece ser uma pessoa vaidosa, afirmando gostar de viver e gostar de si mesma. Recebe ajuda dos “irmãos” da Igreja e, além disso, diz ter ajuda da mãe, dos vizinhos, do marido e dos amigos em geral. Quanto à política de saúde do país, é categórica em considerar “muito ruim”. Conta que dona Lourdes parou a fisioterapia por não ter como se locomover até ao hospital. Fala da falta de ambulâncias, da falta de médicos e dos baixos salários pagos aos profissionais de saúde. Fala também da dificuldade de envelhecer e das aposentadorias tão ínfimas, que não dão condições de vida decente aos idosos. Antes de dona Lourdes, foi cuidadora de sua própria mãe, que sofreu uma cirurgia de coluna. Quanto à dona Lourdes, aos poucos foi ajudando, enquanto o marido da paciente estava no trabalho. A tentativa de contratar uma cuidadora, mesmo com sacrifício, não deu certo. Assim, aos poucos, assumiu definitivamente o papel de cuidadora de sua vizinha e divide o seu tempo entre a própria casa, a sua família, marido e três filhos, e os cuidados que a paciente necessita. Coloca a paciente defronte de uma janela, para que possa vigiá-la de sua casa. Presta os cuidados, como banho e alimentação, além de algum trato na residência, e de sua casa continua na vigilância de sua paciente. Recebendo apoio de todos, consegue conciliar as duas casas. Relata que, logo pela manhã, quando vai atender dona Lourdes, para os primeiros cuidados de higiene e alimentação do dia, ela já a recebe com um sorriso, sinal de que ambas se querem bem. Dona Rose está sempre de bom humor e pensa que tudo o que acontece provém da vontade de Deus.

LEONOR – 55 anos, viúva, cuidadora de sua mãe, D.Maria, 90 anos, viúva

É a quinta filha, entre cinco mulheres e um homem. Descende de italianos e portugueses. Recorda-se de uma infância feliz, vivida no sítio, numa família patriarcal, dando ênfase à figura do avô. Seu pai trabalhou na lavoura até os filhos crescerem, quando se mudou para a cidade e, por não ter formação escolar, foi trabalhar na construção civil como pedreiro. Em 1952, a família mudou-se para São Paulo, na busca de melhores condições de trabalho e para ficar afastada da disputa pelas terras do avô. Em São Paulo a vida foi difícil. Como os tios maternos também tinham vindo para a capital, logo deixaram a casa de aluguel, onde todos moravam, num fundo de quintal, e construíram, eles mesmos, uma casa própria, na qual entraram assim que as paredes e o telhado ficaram prontos. Aos poucos foram terminando a construção. Ao cursar o ginásio, já arrumou emprego e, depois do curso comercial, foi trabalhar num escritório, chegando a assistente de diretoria. Num de seus empregos conheceu Vitório, recém-chegado da Itália, com quem se casou. Lembra que teve um namoro de muito respeito. Após o casamento, deixou o emprego e passou a cuidar das tarefas de casa e a costurar “para fora”. Teve cinco filhos que foram educados com a mesma rigidez que ela e o marido. Todos os filhos estudaram em escola pública e aqueles que estão no terceiro grau, entraram em instituições particulares. Aos 47 anos, segundo ela, voltou a pensar em si e, com apoio do marido, montou uma confecção. Em 1991, Vitório, recém-aposentado compulsoriamente, após 31 anos de trabalho, resolveu ir à Itália pra rever a mãe. Três dias após chegar neste país, morreu subitamente. A perda do marido e pai uniu mais ainda mãe e filhos. Dois anos após a morte de Vitório, a mãe de Leonor, dona Maria, aos 90 anos, foi acometida por AVC, tendo ficado com seqüelas que a tornaram dependente. Feito um levantamento familiar, chegou à conclusão de que mesmo perdendo a sua liberdade, era ela quem devia assumir os cuidados da mãe, até porque podia ter uma empregada, que a auxiliasse nos serviços domésticos. Acabou por fechar a confecção e refere que dona Maria se transformou numa paciente exigente, que disputa com filhos e netos a atenção de dona Leonor. Esta manifesta um forte sentimento de retribuição à mãe, que dedicou sua vida aos filhos, e demonstra pena por não ter cuidado do marido e de outros parentes que morreram repentinamente. Considerou bom o atendimento médico, mas alega que as pessoas não têm informações para demandar os serviços públicos que são oferecidos. Acredita que a política voltada para os idosos é mínima e que, por isso, envelhecer no Brasil é triste, duro, principalmente pra quem não tem família. Alega que na velhice, colhemos o que plantamos e que é em função disso que sua mãe está tão bem amparada. Recebe o que mereceu. Recentemente, reabriu sua confecção em sociedade com uma sobrinha. Reconhece-se incapaz de resolver o sonho de ver o povo feliz.

Como já demonstrou Bosi (1994), o relato de memórias de um indivíduo, matéria composta de riqueza e densidade, costurada a partir da imbricada trama que compõe e sustenta a trajetória de vida de cada um, pode desvelar diferentes aspectos da vida social e ajudar-nos a compreender diversos aspectos da realidade em que vivemos. Ainda que não seja nossa intenção utilizar-nos do instrumental da história oral, iniciamos o presente capítulo descrevendo situações que nos permitam identificar potenciais pontos de inserção da modalidade assistencial representada pela atenção domiciliar.

Os relatos transcritos ilustram algumas das necessidades presentes em pacientes acamados, com graves limitações na locomoção e as diferentes circunstâncias envolvidas na definição de seu principal acompanhante, o chamado cuidador, levando-nos a indagar sobre a potencial existência de uma clientela com necessidades similares e que, tal como nos casos relatados, poderia estar passando ao largo dos serviços sociais e de saúde.

Para Karsch (1998), as situações retratadas nos três relatos representariam uma conjuntura mais geral a que estão submetidas milhares de outras pessoas no Brasil acometidas por doenças incapacitantes que, após a alta hospitalar, ficam entregues à própria sorte ou à generosidade de familiares e vizinhos. Ainda que a rede social destes doentes venha a lhes garantir o suporte básico (abrigo, alimentação, higiene e medicamentos), permanece a carência de elaboração e desenvolvimento de um plano terapêutico voltado, se não para uma improvável cura, ao menos para a reabilitação funcional ou para outras ações que garantam padrões aceitáveis de qualidade de vida e suporte que possibilite algum grau de recuperação.

Assim é que, em um caso como o de D. Lourdes, podemos indagar até que ponto a ausência de reabilitação especializada – já que ela teve que abandonar o tratamento fisioterápico por não ter como se locomover até o hospital – não a estaria condenando, aos 66 anos de idade, a permanecer absolutamente dependente dos cuidados de sua vizinha, restringindo-lhe as perspectivas à própria sobrevivência em seu sentido estrito, sobretudo se considerarmos que

freqüentemente o acompanhante conta com poucos recursos a oferecer, baseando seus procedimentos de assistência nas próprias vivências e em orientações de outras fontes, geralmente leigas e fragmentadas (Karsch, 1998).

Extrapolando os casos relatados, surge então um problema: o que fazer para garantir efetiva assistência em saúde a um significativo contingente de pessoas aptas a deixar o leito hospitalar, mas com restrições importantes em sua mobilidade e autonomia? Como garantir que, a despeito da incapacidade de deixar seu domicílio em busca de suporte em saúde, estas pessoas possam, mesmo assim, contar com a possibilidade de alcançar melhoras, aumentar ou manter sua qualidade de vida ou mesmo contar com os chamados cuidados paliativos?

Tais perguntas mostram-se pertinentes sobretudo se considerarmos os resultados positivos alcançados pela assistência domiciliar, conforme apontado por alguns autores (Fuente et al., 1998; Roubicek et al., 1999).

Pesquisa realizada na Espanha concernente a aspectos intrínsecos da assistência domiciliar, demonstra a eficácia da mesma comparando internações realizadas no hospital e no domicílio. Foram analisados a quantidade e os tipos de cuidados requeridos por dois grupos de 148 pacientes internados respectivamente no hospital e no domicílio. Segundo o estudo, os pacientes em internação domiciliar receberam menos cuidados básicos e maior quantidade de orientações, não sendo encontradas diferenças significativas entre cuidados administrados e requeridos nos dois espaços, o que sugere adequada qualidade assistencial em ambas as modalidades. Os autores concluíram que os pacientes internados em domicílio recebem menos cuidados básicos de enfermagem que aqueles nos leitos hospitalares pelo fato dos mesmos serem transferidos aos cuidadores, havendo também menor solicitação de exames diagnósticos para estes mesmos pacientes (Fuente et al., 1998).

A assistência em saúde realizada no domicílio parece ser uma dentre as respostas possíveis ao provimento de assistência em saúde à clientela com necessidades especiais referida nos parágrafos anteriores (Bergman et al., 1997).

Porém, sua origem relativamente recente no país, bem como as peculiaridades inerentes a este tipo de assistência, a torna passível de algumas interrogações no tocante aos determinantes de sua origem, conceitos básicos, clientela e relações com outros serviços, além de estimular a reflexão sobre os avanços e problemas gerados a partir do exercício da atenção em saúde no interior da residência do usuário.

I – A atenção domiciliar como serviço

Para Azevedo (1991), a perspectiva para o Hospital Geral é o de sua transformação em unidades restritas aos cuidados intensivos, de curta permanência e alto custo, apoiado por serviços periféricos e de atendimentos domiciliares. Posição apoiada por Campos (1997-a), para quem

*“A composição de tecnologias e de recursos da rede básica deveria possibilitar um processo gradativo de **desospitalização**. Propiciar o esvaziamento de algumas das funções do hospital, não com o intuito de extingui-lo (...) mas reservando-o apenas para o atendimento de casos graves (...)”* (p.149 – grifo do autor)

Em alguns países centrais, a redução do número de leitos e o fechamento de hospitais têm sido um fenômeno corrente (Alban, 1997) sendo que, segundo a autora, entre 1984 e 1995 o número de hospitais na Dinamarca caiu de 94 para 77 (o que representa uma diminuição de quinze por cento do número de leitos), tendência que deverá permanecer, ainda que em menor intensidade, durante os próximos anos. Esta tendência inspira autores, ao refletirem sobre o futuro do hospital, a cogitarem sua completa superação, configurando-os como verdadeiras catedrais do século XXI: imensos edifícios vazios, povoados pelas lembranças do papel essencial um dia desempenhado (Contandriopoulos & Trottier, 1997).

Também no Canadá vem ocorrendo o fechamento de hospitais gerais, em um contexto de estabelecimento de alternativas à utilização de leitos e procedimentos hospitalares, apontado como estratégico para a redução de gastos no setor saúde, realizada através da racionalização do funcionamento da rede de

atenção, via transferência de recursos destinados ao hospital para iniciativas de menor custo e maior adequação desenvolvidas na comunidade (Angus, 1997).

A reorganização do sistema de saúde canadense, centrado na transferência de procedimentos ou acompanhamentos tradicionalmente executados em hospitais para ambulatórios, domicílio e outros recursos de caráter descentralizador é um movimento coordenado e hegemônico dentro do setor saúde, conhecido como *virage ambulatoire*. As despesas públicas com iniciativas desta natureza são um bom indicativo da força que esta tendência vem assumindo nos últimos anos nesse país: o valor destinado aos cuidados em domicílio dobrou entre 1991 e 1998, atingindo 2,1 bilhões de dólares, com o objetivo de reduzir os custos representados pela internação e outros procedimentos ligados ao hospital (Canadá, 1998).

No Brasil, podemos identificar, no contexto do SUS, o surgimento há quase uma década, de ações no âmbito da saúde que vêm flexibilizando as fronteiras dos serviços convencionais, expandindo os limites dos espaços de atendimento, respondendo a demandas negligenciadas e instaurando novos settings para o tratamento e acompanhamento em saúde da população.

Tal expansão efetiva-se através de iniciativas como o Programa de Saúde da Família (Viana & Poz, 1998), os Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico em Aids (Lico, 2000), os programas baseados em grupos de discussão temática para a terceira idade (Castanheira, Teixeira & Lima, 1993), os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental (Furtado, 1998) e de atenção psiquiátrica em domicílio (Horta, Albuquerque & Cozzatti, 1996) e dos próprios Serviços de Atendimento Domiciliar (Monteiro, 1996; SEHIG, 1994), entre outros.

Podemos afirmar que existe consenso quanto à característica desospitalizadora destes serviços, efetivada através do encurtamento do tempo de utilização dos leitos hospitalares e da redução do número de reinternações, com conseqüente aumento da qualidade de vida do usuário e familiares, além de

redução de risco de infecção hospitalar e de custos para o sistema de saúde (Monteiro, 1996; Cruz, 1999; Jacob Filho, 2000; Lico, 2000) embora a motivação principal para a implementação, condução e utilização de serviços desta natureza difira sensivelmente segundo o grupo considerado.

Não obstante seja um processo multideterminado, como referido acima, há preponderância de determinados fatores, conforme os interesses e atores envolvidos. Dessa forma, aspectos administrativos e financeiros, demográficos, de perfil de morbidade, desenvolvimento tecnológico (Cruz, 1999) ou ligados ao modelo de atenção adotado podem adquirir relevância ou combinarem-se de modo especial na concepção e implementação de práticas extra-muros de acordo com os responsáveis por sua concepção e condução.

Há significativo interesse do setor privado no filão representado pela atenção domiciliar, como atesta a existência de várias empresas voltadas para esse ramo com equipes multidisciplinares ou especializadas em atendimentos específicos como enfermagem ou fisioterapia. Organizadas através da *Associação Brasileira de Home Health Care*, as empresas privadas de assistência domiciliar têm sido responsáveis pelo desenvolvimento de tecnologias cada vez mais adaptadas para a manutenção de pacientes cada vez mais graves no espaço doméstico, de modo a possibilitar a efetivação de procedimentos complexos como suporte ventilatório, oxigenioterapia, diálise peritoneal e quimioterapia no domicílio, expandindo assim o universo de clientes.

Se as empresas privadas do setor privilegiam a expansão dos lucros, inerente à sua própria concepção, a racionalidade que prevalece no âmbito composto pelas cooperativas médicas, segundo pudemos perceber através de entrevista junto a profissionais encarregados da condução de projetos de assistência domiciliar neste segmento, é a da redução de custos gerados por pacientes portadores de quadros crônicos, tornados alvos prioritários do programa desde sua implementação.

Os chamados serviços de atendimento domiciliar surgiram no Brasil em 1968, através da experiência pioneira do Hospital do Servidor Público de São Paulo (Maciel et al., 1999), sendo que a inserção desta modalidade assistencial no SUS irá ocorrer através da experiência implantada pioneiramente na cidade de Santos em 1992, quando foram inaugurados não só o *atendimento*, mas também a *internação domiciliar* nas áreas de oncologia, aids e clínica médica (SEHIG, 1994), experiência seguida por outros municípios ao longo da década de noventa.

No setor público a redução de gastos também aparece nas justificativas para a implementação do serviço, embora não tenhamos localizado estudos consistentes sobre a eficiência desta iniciativa, seu impacto sobre os custos do SUS, nem comparações entre os custos do atendimento domiciliar e outras modalidades de assistência. Os argumentos favoráveis a estes serviços no setor público prevalecem no âmbito da melhora na qualidade de vida dos usuários e equacionamento da carência de leitos hospitalares, através da redução de reinternações ou da alta precoce (SEHIG, 1994; Nunes, 1999).

A existência de um Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar, o SIBRAD, já em sua terceira edição, aglutinando profissionais e serviços de vários estados do país para a discussão do assunto sob diversos aspectos, tem atestado a importância que o tema em geral e a formação de quadros e a necessidade de expansão desta modalidade assistencial em particular vêm assumindo. No entanto, quando confrontadas com o perfil demográfico brasileiro, as iniciativas existentes nesta área mostram-se numericamente inexpressivas (Cruz, 1999), o que assume particular gravidade se considerado o fato de o hospital ser o local menos adequado e acolhedor e o mais caro para o sistema, quando se trata de pessoas idosas com perdas na autonomia (Bergman et al., 1997), clientela prioritária dos serviços de atenção domiciliar.

Do ponto de vista demográfico, o Brasil apresenta tendência para as próximas décadas de taxas crescentes para os grupos de terceira idade, faixa etária que sabidamente detém mais fatores de riscos para apresentação de quadros semelhantes aos relatados no início deste capítulo, exigindo ações

específicas, complexas e freqüentemente de maior custo no âmbito da saúde (Telarolli Júnior, Machado & Carvalho, 1996; Viana & Poz, 1998). Assim sendo, o sistema de saúde deverá organizar-se para atender a esses casos, emblemáticos de necessidades similares apresentadas por outros pacientes na ordem de milhões de potenciais usuários.

Podem ser considerados fatores favoráveis à expansão desta modalidade assistencial no Brasil o interesse manifestado pela atenção domiciliar por diversas instituições de ensino e alguns hospitais (Cruz, 1999; Jacob Filho, 2000), além do surgimento de serviços de atendimento domiciliar para clientela específica como doentes de Aids (Lico, 2000) e a discussão do papel das categorias profissionais nesta nova modalidade assistencial (Cruz, 1999) o que é também indicativo da relevância que o tema vem suscitando em diferentes áreas da saúde em nosso país, tanto no setor público quanto no privado.

Para Vecina Neto (1999), o atendimento domiciliar seria uma referência importante para outros programas e estratégias como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS), tornando-se necessários mecanismos que garantam um fluxo sistemático entre estas iniciativas. Porém, a despeito da existência de similitudes e complementaridades entre estes programas e a atenção domiciliar, não houve ainda uma efetiva articulação entre os mesmos.

O que vimos expondo permite-nos afirmar que a assistência domiciliar no Brasil apresenta-se ainda como uma tecnologia inovadora, a despeito de seus trinta anos de existência no país (Maciel et al., 1999), havendo restrita produção de reflexões sobre o tema (Cruz, 1999; Lico, 2000) e relativamente poucas iniciativas concretas, se comparada à potencial clientela (Brasil, 1998), carecendo também de iniciativas governamentais de fomento para sua expansão.

A contratação de profissionais com formação técnica e perfil para realizar atenção domiciliar é considerada a maior dificuldade encontrada, tanto por hospitais que prestam este tipo de assistência, quanto por aqueles que pretendem implantá-la no estado de São Paulo, indicando que deficiências em relação à formação e à capacitação de trabalhadores na área constituem-se em problema para a expansão desta modalidade assistencial (Cruz, 1999).

As demandas específicas relativas ao paciente crônico, restrito ao domicílio e ao seu cuidador, que vimos discutindo na seção anterior, são incompatíveis com as limitações de diversas ordens do sistema de saúde para lidar e prestar atendimento adequado a esta clientela. É como se tais demandas evidenciassem as deficiências do sistema de saúde comumente encontradas em situações convencionais.

Segundo Silva (1998), a relação entre serviços públicos de saúde, como unidades básicas, ambulatórios e hospitais, e uma clientela com necessidades especiais, como a que vimos considerando, seria marcada por descompassos oriundos de problemas que atingem a população em geral e outros que atingiriam especialmente estes últimos, dentre os quais podemos destacar:

- dificuldade de comparecer às unidades de saúde: o paciente apresenta restrições em sua capacidade de locomoção que o impede de utilizar o transporte público, ficando na dependência do auxílio de vizinhos e parentes e não raramente perdendo consultas e procedimentos agendados;
- inexistência de acompanhamento em reabilitação especializada: a freqüência sistemática a uma unidade de saúde para realizar fisioterapia, fonoterapia e terapia ocupacional é praticamente inviável, ainda que houvesse acesso aos serviços que oferecem este tipo de tratamento.

Tais limitações poderiam ser superadas a partir da instauração de serviços estruturados para assistir e acompanhar esta clientela em sua própria residência, como os serviços de atendimento e internação domiciliar, cujas formas básicas de organização e funcionamento descreveremos a seguir.

As equipes dos serviços de atendimento domiciliar são compostas por diversos profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem geralmente estão presentes em diferentes unidades; a presença de outras categorias como terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e dentistas são variáveis para cada unidade (Cruz, 1999). Representa uma característica nacional a constituição multidisciplinar dos serviços de atenção domiciliar (Vecina Neto, 1999), uma vez que em outros países esta modalidade é essencialmente desenvolvida por enfermeiros e auxiliares (Roucoules & Perlemuter, 1990; Paquin & Bernèche, 1999).

O grau de complexidade das intervenções no domicílio varia segundo um *continuum* que vai da visita (executada tradicionalmente por vários serviços) até o atendimento e a internação domiciliar (estas duas últimas exigindo maior organização da equipe e do serviço). Podemos caracterizar estas três modalidades de intervenções da seguinte forma:

- Visita Domiciliar – realizada por profissionais da saúde para a identificação de fatores de risco que possam interferir no estado de saúde do paciente e para o levantamento de recursos familiares e sociais disponíveis para o tratamento;
- Atendimento Domiciliar – acompanhamento sistemático de casos clínicos crônicos com acentuado acometimento da autonomia, por equipe multiprofissional, com periodicidade definida segundo a demanda de cada caso e tendo como condição para efetivar-se a existência de um cuidador.
- Internação Domiciliar – acompanhamento sistemático de casos clínicos, agudos ou ainda não completamente estabilizados, que teriam indicação para permanecer em ambiente hospitalar, mas que passam a ser tratados no domicílio com o apoio constante de equipe multiprofissional, cuidadores e dos equipamentos necessários.

Quando o serviço realiza somente atendimento domiciliar, seu funcionamento restringe-se ao horário comercial, ficando os centros de saúde com horário estendido e os pronto-atendimentos como referência nos períodos noturnos e nos finais-de-semana. Já os serviços que realizam internação domiciliar, sobretudo os de caráter privado, possuem acompanhamento disponível 24h/dia próprio ou conveniado com outros serviços, como hospitais e serviços de urgência.⁸

O trabalho baseia-se em escalas de atendimento no qual deve-se conciliar as necessidades dos usuários com os recursos humanos disponíveis, transporte e itinerário, de modo a otimizar a utilização dos recursos e racionalizar o trajeto para uma clientela circunscrita a uma determinada região geográfica.

Consultas médicas, coleta de exames e os mais diversos procedimentos de enfermagem e de reabilitação, fazem parte do cotidiano de atendimentos nesta modalidade assistencial. O diferencial localiza-se, principalmente, no papel profissional ampliado e nas novas relações estabelecidas entre a equipe e desta com o paciente e seu entorno imediato, provenientes do novo espaço de atendimento representado pelo domicílio, aspectos a serem discutidos nos próximos capítulos.

As relações com unidades básicas, ambulatorios e hospitais dependerão do tipo de inserção do serviço de atendimento domiciliar. Quando o serviço é ligado a um hospital geral, como o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (NADI – HCUSP), recebe pacientes das enfermarias e ambulatorios, sendo sua meta incrementar o número de pacientes oriundos das primeiras (Jacob Filho, 2000). Neste caso, todo o aparato do complexo HCUSP pode ser utilizado para dar retaguarda aos usuários do NADI.

⁸ Alguns aspectos descritivos do modo de funcionamento de um serviço de atendimento domiciliar baseiam-se em dados coletados em nossos trabalhos de campo e através de nossa participação em dois dos três simpósios nacionais de atenção domiciliar, além de documentos de divulgação das secretarias municipais de saúde dos municípios de Santos, Hortolândia, Paulínia, Londrina e Volta Redonda.

No caso do atendimento domiciliar pertencente ao SUS Campinas, o serviço recebe demandas espontâneas e usuários encaminhados das unidades básicas e hospitais, sendo o Hospital Municipal sua referência para eventuais internações e as remoções e atendimentos de urgência efetuados pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) da Prefeitura Municipal.

Devemos ressaltar que os princípios gerais que caracterizam a operacionalização dos serviços de atendimento domiciliar ilustrados acima sofrem modificações e adaptações significativas provenientes da diversidade dos contextos em que atuam, o que nos parece coerente com sua inserção dentro de padrões mais amplos de desinstitucionalização.

II – Clientela

a) Os pacientes

A definição do perfil epidemiológico dos usuários de serviços de atendimento domiciliar no Brasil ainda precisa ser estabelecida, o que faz com que os dados, a seguir apresentados, refiram-se a alguns serviços ou unidades de atenção. Poderíamos, no entanto, afirmar de antemão que a implementação do atendimento domiciliar vem responder a uma dupla demanda por muito tempo ignorada pelo sistema de saúde: a assistência aos portadores de doenças incapacitantes, restritos ao domicílio e a orientação, suporte e acompanhamento aos cuidadores destes pacientes.

Segundo o levantamento realizado pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (S.A.D.) da Prefeitura Municipal de Campinas, sua clientela é predominantemente composta por portadores de seqüelas de AVC, que representam 31% das patologias de base ali tratadas, seguidas de fraturas de membros inferiores que representam 17% (Nunes, 1999). O diagnóstico principal é, freqüentemente, acompanhado de outras patologias associadas que, segundo Monteiro (1996) são identificadas em praticamente todos os casos (98% dos usuários do S.A.D./Campinas possuem ao menos uma patologia associada e 92% duas patologias associadas).

A predominância de casos de AVC também é apontada por levantamento feito em um serviço de atendimento domiciliar de um hospital público de Salvador (Santana, Ferraz & Matos, 1999), sendo as causas neurológicas também predominantes em um Hospital Municipal da cidade de São Paulo (Albuquerque, 1998). Já o perfil de encaminhamentos do NADI-HCUSP é composto por diagnósticos oncológicos (25%), neurológicos (20%) e cardiológicos (20%) segundo Jacob Filho (2000).

Os pacientes dos serviços citados são predominantemente do sexo feminino, possuindo mais de 60 anos de idade segundo constatou-se nos serviços de Campinas, Salvador e São Paulo (Nunes, 1999; Santana et al., 1999; Jacob Filho, 2000) sendo a clientela jovem, com faixa etária entre 21 e 40 anos, representada por portadores de lesões crônicas da medula espinhal, decorrentes da violência urbana (Albuquerque, 1998) além de vítimas de acidentes de trabalho e de trânsito (Monteiro, 1996).

Estes dados parecem indicar, ainda que de modo incipiente, que o perfil da clientela dos serviços de atendimento domiciliar seria definido pela predominância de idosos, com comprometimento importante de sua autonomia devido às seqüelas de problemas neurológicos e com necessidades de acompanhamento contínuo, realidade sobre a qual baseiam-se algumas proposições de atenção no domicílio para idosos no Brasil (Brasil, 1998; Brasil, 1999).

Esta situação é semelhante a de países desenvolvidos como os EUA, onde as indicações mais freqüentes para admissão em programas de assistência domiciliar são relacionadas aos portadores de doenças crônicas e aos indivíduos com idade superior a 65 anos (Cruz, 1999), sendo a mesma situação encontrada na França em relação à internação domiciliar (Bungener & Horellou-Lafarge, 1988).

Por outro lado, para Jacob Filho (2000), o atendimento domiciliar seria especialmente indicado para estados patológicos que ainda não contam com respostas satisfatórias da terapêutica disponível, tais como as doenças crônico-degenerativas (sobretudo se associadas a seqüelas neurológicas), neoplasias sem opção terapêutica e insuficiências orgânicas avançadas (cardíacas, respiratórias, hepáticas), independentes do perfil etário dos usuários.

A abordagem desta clientela deverá ser complexa e considerar suas necessidades de ordem médica, de cuidados de enfermagem e de reabilitação, reabrindo-lhe um horizonte de possibilidades de novas conquistas, por modestas que sejam, além de prover um espaço de escuta e consideração que promova a superação da discriminação presente atrás do rótulo de “crônicos” (Carletti & Rejani, 1996). Em decorrência disso a adequada abordagem a estes usuários deverá ser multidisciplinar e adaptada à realidade de um atendimento fora dos limites institucionais.

A maioria dos casos requererá acompanhamento por longos períodos, uma vez que apresentam quadros de doenças crônico-degenerativas, embora, como pudemos constatar junto ao serviço de atendimento domiciliar da prefeitura de Campinas, o rodízio da clientela configurado através de altas e inserções de novos casos superou as expectativas iniciais voltadas para uma grande cristalização do número e qualidade de pacientes atendidos.

O tempo de permanência no serviço é prolongado (Nunes, 1999), embora o estudo realizado por Cruz (1999) entre vários prestadores de atenção domiciliar, públicos e privados, no estado de São Paulo encontrou dificuldades para o estabelecimento de uma média geral de permanência de crônicos ou agudos nos mesmos, dada a disparidades de dados entre um serviço e outro, que oscilavam de semanas a vários anos.

Em que pese algumas ponderações (Jacob Filho, 2000), os indivíduos que demandam por assistência no próprio domicílio são, predominantemente, pertencentes à terceira idade, como podemos supor a partir dos dados apresentados pelos serviços acima referidos. Em estudo mais abrangente, Telarolli Júnior et al. (1996), baseado no perfil demográfico e nas condições sanitárias dos idosos no sudeste do Brasil, propõe o incremento de visita domiciliar e criação de hospital-dia como alternativas para a garantia e a adequação da assistência em saúde dos mesmos.

A seguir abordaremos um outro componente da clientela, representado pelo cuidador que é, ao mesmo tempo, usuário e parceiro indispensável para o desenvolvimento de ações dos serviços de atendimento domiciliar.

b) Os cuidadores

O cuidador pode ser definido como alguém que se ocupa da assistência a uma pessoa acometida por doença incapacitante, que teve sua autonomia para a efetivação de tarefas cotidianas de subsistência parcial ou completamente comprometida por um período determinado ou não. Este doente, se não internado ou institucionalizado em um asilo, por exemplo, necessitará, para viver em casa, de alguém que o auxilie ou execute por ele as tarefas relativas à sua alimentação, deslocamento e higiene pessoal, entre outras (Carletti & Rejani, 1996; Karsch, 1998).

A maioria dos transtornos que levam à redução drástica da autonomia do paciente são súbitos (AVC, acidentes de trânsito e trabalho, ferimentos, etc.) fazendo com que o cuidador se constitua como tal repentinamente, sem nenhum treinamento ou orientação prévios (Karsch, 1998). Segundo entrevistas que tivemos oportunidade de realizar com alguns cuidadores, as orientações dadas no hospital, por ocasião da saída do paciente, são genéricas, descontextualizadas, além do que, como acontece nos casos de AVC, a rapidez dos acontecimentos impede que os familiares apresentem condições para absorver de modo adequado

os procedimentos e protocolos para acompanhamento do enfermo sugeridos pelos profissionais.

Tal situação tende a reduzir a efetividade das orientações, de caráter geral, transmitidas pelo médico ou assistente social, no momento da alta, em prover cuidados adequados após o retorno do paciente para o seu domicílio, o que é corroborado pela afirmação da cuidadora Célia, em um dos relatos transcritos, segundo a qual “*os pacientes estão razoavelmente amparados enquanto estão hospitalizados*”.

A figura do cuidador existe independente do acompanhamento de seu ente por um serviço de atenção domiciliar, uma vez que a família é um espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução de problemas de saúde individuais e coletivos (Trad & Bastos, 1998). Porém, do ponto de vista dos serviços de atenção domiciliar, o cuidador representa um novo elemento na rede de atores envolvidos na prestação de cuidados, constituindo-se de elo necessário entre os profissionais da equipe e as condutas a serem desenvolvidas diuturnamente junto ao paciente.

Dessa forma, ao contrário dos serviços convencionais, como ambulatórios e hospitais, onde a interlocução da equipe com familiares e acompanhantes dos usuários realiza-se de forma pontual e esporádica, no caso da assistência domiciliar o contato entre trabalhadores e cuidador deverá ser de proximidade e constância. A inserção efetiva desse novo elemento na rede de cuidados ocasionará efeitos no papel profissional e na organização do serviço, como veremos nos próximos capítulos.

Para Mendes (1998), em sua maioria desprovidos de apoios formais, como serviços de assistência domiciliar, grupos de auto ajuda, cursos de orientação e formação, entre outros, os cuidadores constituem imensa legião anônima de heróis, contando com escassas contribuições por parte do estado e com grande uso da criatividade para adequação do procedimentos e espaço físico às necessidades apresentadas pelos pacientes.

O cuidador configura-se simultaneamente como potencial usuário e aliado de um serviço de atendimento domiciliar. Pode ser considerado aliado na medida em que executa boa parte das ações terapêuticas junto ao paciente, provendo também informações importantes para os profissionais do serviço, desempenhando a tarefa de intermediar saberes e práticas. É potencial usuário na medida em que apresenta necessidades e demandas, tais como capacitação para o desempenho de suas atribuições, acompanhamento de sua própria saúde e, eventualmente, carência de ser amparado e confortado pelo serviço no transcorrer do processo, como veremos abaixo.

Segundo Jacob Filho (2000), com base na estatística do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (NADI-HCUSP), 91% dos cuidadores pertencem ao gênero feminino, constituindo-se principalmente de filhas ou esposas dos pacientes, sendo a quase totalidade dos acompanhantes composta por indivíduos que desempenham sua atividade de cuidar sob vínculo informal, tendo sido encontrado apenas um caso de cuidador formal, ou seja, contratado para este fim. Outras pesquisas baseadas em amostra de cuidadores também apontam para o predomínio de mulheres inseridas nesta atividade (Silva, 1998).

Evidentemente este perfil não é natural, mas socialmente determinado e construído a partir de fatores tais como a maior sobrevivência das mulheres; a vinculação tradicional em nossa sociedade do ato de cuidar ao gênero feminino e aos aspectos morais que reputam à família a responsabilidade integral pelos seus (Trad & Bastos, 1998). Para Silva (1998), que realizou um estudo analítico dos cuidadores com base nas categorias de gênero e poder, a preponderância de mulheres no papel de cuidadoras deve-se à destinação social do espaço privado e da maternagem ao sexo feminino, enquanto aos homens caberia o espaço público.

Além do predomínio de mulheres no universo de acompanhantes de pacientes acamados ou com restrições em sua autonomia, outro dado importante para o delineamento do perfil do cuidador é sua idade, em geral muito próxima aquela do paciente que recebe sua atenção, o que levou Felgar (1998) a concluir que na cidade de São Paulo *“pessoas idosas cuidam de pessoas idosas”* (p.57).

Estes dados indicam que boa parte dos cuidadores apresenta, potencialmente, os mesmos riscos de adoecer que o paciente do qual se ocupa, somando-se a isso a sobrecarga diária representada pelo acompanhamento do paciente que, na maioria das vezes, será acrescida às outras tarefas desempenhadas antes do episódio da doença (Felgar, 1998). Tudo isso parece indicar a necessidade não só de fornecimento de orientações ao cuidador sobre os modos de efetivar o acompanhamento ao doente, mas também do provimento de suporte à sua própria saúde.

O que vimos apresentando nos faz deparar com um quadro, assim configurado, no que concerne à potencial clientela de serviços de atenção domiciliar: de um lado indivíduos essencialmente idosos, portadores de doenças incapacitantes, de evolução variável e que demandam apoio sistemático e adaptado por parte do sistema de saúde; por outro lado, a imposição súbita de reordenamento da organização familiar e a definição de um membro para, repentinamente e sem treinamento prévio (e não raramente constrangido por razões de ordem moral) assumir o papel de cuidador. Ambos, paciente e cuidador, necessitarão de orientações, acompanhamento e garantia de acolhimento, demandas que somente poderão ser respondidas, em sua amplitude, por serviços especializados como o que vimos discutindo.

III – Algumas questões da atenção domiciliar

O Hospital Geral, tal qual o conhecemos hoje, tem suas origens por volta de 1780, a partir de estudos e perspectivas que redundaram na disciplinarização de seus espaços físicos e na introdução da medicina no mesmo. Até então, os chamados hospitais, destinavam-se à assistência de pobres adoecidos e prestes a morrerem, realizada por leigos e religiosos com fins caritativos, sem qualquer relação com a medicina (Foucault, 1984).

Segundo Ribeiro (1993), a introdução do médico no hospital se dá de forma indissociável da inserção do poder do Estado nesta instituição. Com o surgimento dos estados monárquicos, os hospitais passam a pertencer à administração governamental e o médico irá ali se inserir como representante do Estado, como uma nova forma de poder, delegado pela autoridade pública, contraposta ao poder clerical.

Outro fator decisivo para a legitimação do hospital como local de cura foram os avanços no desenvolvimento da bacteriologia, com Pasteur e Koch, em meados do século passado. A introdução destes novos conhecimentos possibilitou a cura eficaz de diversas enfermidades infecciosas e a assepsia reduziu drasticamente as mortes por infecção e o tempo de restabelecimento dos enfermos. Isto contribuiu para que os hospitais mudassem de objetivo e clientela: de abrigo para pobres, passaram a ser o centro onde se dispensavam os cuidados médicos, sendo seus serviços procurados, a partir de então, também pelas classes abastadas (Singer, Campos & Oliveira, 1988).

No entanto, se, em um determinado momento histórico, os doentes foram levados de casa para o hospital, vivemos em um outro momento representado pela implantação da assistência domiciliar, em que discursos e práticas apontam para um caminho inverso, em um movimento de vai-e-vem, aparentemente contraditório, mas que possui como característica a multideterminação (Bungener & Horrelou-Lafarge, 1988; Alban, 1997)

Em um contexto neoliberal, de redução dos investimentos em saúde (Rizzoto, 2000) devemos estar atentos para que a atenção em domicílio não se torne uma estratégia de transferência para a família dos encargos do Estado em cuidar da saúde de seus cidadãos. Nesse sentido, a atenção domiciliar deve significar o oferecimento e adequação pelo Estado do suporte requerido por uma clientela específica e não o repasse de custos e responsabilidades.

O atendimento domiciliar, assim como outras iniciativas extra-murais deveriam, então, representar um processo efetivo de descentralização da atenção e efetivo compromisso do Estado com a saúde da população, evitando-se assim que esta se torne uma forma de *privatização* da atenção no duplo sentido que esta palavra poderia aqui assumir: por um lado a de mercantilização da atenção da saúde em geral e a da referida clientela em particular e, por outro, a responsabilização da família, no sentido de reenviar a doença e seu tratamento para o âmbito desta última.

Surgem questões também em relação à necessidade de se levar em consideração, nos cálculos do impacto da assistência domiciliar, os custos financeiros representados para a família da manutenção do indivíduo em casa, seja em atendimento ou internação domiciliar, a chamada produção familiar de saúde (Bungener & Horrelou-Lafarge, 1988).

Por outro lado, as relações entre o público, no caso os serviços de características extra-murais e o privado, representado pelos domicílios, são complexas devendo sua aproximação, através da entrada do serviço na residência do usuário, ser analisada e compreendida de modo a minimizar inevitáveis descompassos, sobretudo quando consideramos que os serviços de saúde podem exercer atividades de controle sobre o cidadão (Singer et al., 1988; Costa, 1999).

O que vimos considerando remete à necessidade de delinear serviços de atenção em domicílio que evitem a normatização do privado pelo público e a transferência para a família das obrigações e atribuições do estado e que

representem a introdução efetiva de parceria e suporte, entre estes dois últimos, através do SUS.

Se considerarmos a análise feita por Bungener & Horellou-Lafarge (1988), segundo a qual a produção doméstica de saúde funciona como reguladora das deficiências de políticas públicas, utilizada para reduzir custos de internações hospitalares, como no caso das internações domiciliares ou para cobrir a omissão do Estado, como no caso dos exemplos citados no início deste texto, poderíamos afirmar que, no caso do Brasil, a garantia do acesso aos serviços de atendimento domiciliar representaria, no entanto, um avanço ao estabelecer a presença do Estado na atenção à clientela aqui considerada.

Dessa forma, o trabalho dos cuidadores, ainda que não reconhecido como tal, contemplado por escassas políticas de capacitação e valorização (Brasil, 1998), passaria a receber, em contrapartida, um apoio sistemático representado pelos serviços de atendimento domiciliar. A constituição desta parceria promoveria significativo e sensível impacto na qualidade da assistência prestada aos pacientes que se encontram restritos aos seus domicílios.

Devemos observar, no entanto, que esta parceria constitui-se em um avanço quando tomada como referência a total omissão do Estado em relação aos indivíduos com necessidades especiais aqui considerados. Em nosso país, dada a quase total inexistência de iniciativas governamentais no âmbito que vimos considerando e a conseqüente ausência de suporte aos doentes e seus familiares, o advento do atendimento no domicílio torna-se recurso valioso, promovendo um compartilhamento de atribuições até então exclusiva de familiares e cuidadores.

Ou seja, a inserção da atenção domiciliar no SUS significa um avanço, na medida em que representa a entrada de um novo ator e potencial parceiro no cuidado a uma clientela até então relegada. Nos países centrais, já se discute as bases dessa mesma parceria em relação ao grau de envolvimento de familiares e do Estado na atenção e acompanhamento aos idosos com seqüelas, bem como a

articulação de outros setores para a abordagem de forma integral do problema (Bergman et al., 1997).

Dessa forma, além das questões e problemas próprios a atenção em saúde no domicílio, o estabelecimento e a articulação de outras alternativas voltadas à clientela idosa com perda de autonomia, devem ser também consideradas (Bergman et al., 1997), levando-se em conta que o atendimento domiciliar constitui-se em um importante, mas naturalmente circunscrito recurso se levadas em conta a constelação de demandas e necessidades específicas provenientes dos grupos de indivíduos aqui referidos.

A atenção domiciliar apresenta também outras questões de diversas ordens, além destas consideradas acima, como seu impacto sobre os papéis profissionais, sua relação com outros serviços e instituições, com a dinâmica familiar, entre outras. Neste estudo, pretendemos fornecer subsídios para melhor compreensão e consideração dos processos envolvidos nesta modalidade assistencial, no contexto de uma avaliação participativa, como veremos a seguir.

3. METODOLOGIA

Os pressupostos da pesquisa

A efetivação de um processo avaliativo junto a um serviço de atendimento domiciliar assume para nós três objetivos distintos e complementares: aumento da compreensão sobre processos intrínsecos à prática do atendimento em saúde no domicílio e suas implicações em diferentes níveis; o fornecimento de subsídios para a elaboração de propostas em avaliação centradas em seus potenciais usuários diretos e grupos de interesse e, finalmente, tornar o processo avaliativo um dispositivo catalisador de reflexões e mudanças no serviço avaliado.

Estes três objetivos fundamentam-se em uma idéia central ligada à elaboração de um processo avaliativo que possibilite simultaneamente a compreensão do objeto avaliado e o fomento de transformações e mudanças a partir dos dados e informações gerados no interior do programa ou serviço, oriundos da participação dos grupos de interesse envolvidos.

O que vimos expondo nos capítulos anteriores nos permite estabelecer o pressuposto fundamental da pesquisa, qual seja: um processo avaliativo participativo pode ser utilizado como dispositivo para simultaneamente possibilitar a compreensão de uma nova modalidade assistencial aqui representada pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (S.A.D.) e fornecer subsídios para sua análise e reflexão por parte do grupo diretamente envolvido em sua condução, propiciando eventuais acertos e correções.

A compreensão pretendida refere-se ao contexto organizacional do serviço como um todo, suas relações com os serviços convencionais, o impacto desta nova modalidade sobre o papel profissional e sobre o trabalho em equipe, a inserção dos familiares no processo e as relações entre o público (representado pelo serviço) e o privado (representado pelo domicílio do usuário).

O oferecimento de um veículo que permita ao principal grupo de usuários da avaliação – aqui representado pela equipe do serviço – extrapolar o papel de mera fonte de dados, passando a efetivamente participar da formulação das questões e do próprio rumo da pesquisa e de seus desdobramentos propiciará estímulo à sua capacidade de crítica e análise, ao mesmo tempo gerando bases para eventuais acertos e mudanças. Some-se a isso o fato de que as questões propostas por este grupo podem contribuir para a compreensão pelo pesquisador de aspectos especialmente problemáticos do processo e que poderiam não ser identificados sem a participação do primeiro.

Neste capítulo apresentaremos o instrumental utilizado para a efetivação de um processo avaliativo coerente com as idéias que vimos defendendo. Antes porém, dada a nossa opção pela utilização de um referencial predominantemente qualitativo (ou qualitativo forte, segundo a classificação de Haldemann & Levy [1996], que será discutido posteriormente), consideraremos as questões que vêm sendo colocadas em torno da opção pela utilização do referencial quantitativo ou qualitativo.

Trata-se, como veremos em seguida, de um debate inacabado com árdios defensores de posições polares ou intermediárias, sustentado por vasta produção de literatura científica a respeito. A dedicação de algumas páginas ao tema deve-se à necessidade de localizarmos nosso trabalho neste contexto, embasando nossa opção pela utilização do referencial qualitativo, ainda pouco utilizado como estratégia de pesquisas avaliativas em nosso país.

Parte I - Entre o quantitativo e o qualitativo

Situando-se na confluência de diversas disciplinas, as pesquisas e práticas em avaliação de programas e serviços constituem-se em pano de fundo privilegiado para a ocorrência de debates em torno da diversidade metodológica, sobretudo aqueles relativos à oposição entre abordagens quantitativas e qualitativas (Mercier, 1993; Stenzel, 1996). Dessa forma, nossa exposição sobre a temática do quantitativo e do qualitativo pretenderá fornecer subsídios à discussão do problema tanto no campo epistemológico quanto no da avaliação de programas e serviços, independentemente do fato de que os autores referidos situem-se mais no campo da epistemologia ou no da pesquisa avaliativa.

A formação de consensos entre os sistemas de investigação quantitativo e qualitativo ou a superação de seus antagonismos a partir do surgimento de novas sínteses parecem situar-se em um distante e talvez improvável horizonte. Além disso, no acalorado debate entre defensores extremados de uma ou outra abordagem, encontramos diferentes posturas inseridas em um dos diversos pontos possíveis entre os dois pólos e constituídos por adeptos cuja posição se aproxime mais ou menos dos referenciais quantitativos ou qualitativos.

Existem pesquisadores que identificam nos métodos qualitativos o único e exclusivo caminho possível e adequado para a pesquisa científica, sendo que podemos encontrar igual postura dentre aqueles que defendem a utilização exclusiva de métodos quantitativos. Entre estes dois caminhos, aparece significativo número de pesquisadores adeptos da aproximação entre os dois métodos, na qual a extensão e o papel a serem desempenhados por cada uma das abordagens se combinarão em proporções e modos distintos, seja através da compatibilização ou da complementaridade em oposição à incompatibilidade paradigmática (Gendron, 1996) ou através do monismo epistemológico em oposição à compartimentação dos saberes (Groulx, 1997) o que faz surgir diversas outras trilhas matizadas e nuançadas pelos diferentes graus e formas de inserção de um e outro referencial.

Os termos *métodos quantitativos e métodos qualitativos* remetem aqui para além das técnicas utilizadas para a coleta de dados (Levy, 1994), constituindo-se como paradigmas (Filstead, 1997) na acepção de Khun (1987), ou seja, um conjunto de suposições interligadas e relativas ao mundo social, proporcionando um referencial filosófico para o estudo organizado deste mundo ou *“aquilo que está no princípio da construção das teorias, o núcleo obscuro que orienta os discursos teóricos neste ou naquele sentido”* (Morin, 1996).

A distinção central entre os paradigmas quantitativos e qualitativos reside nas diferenças filosóficas entre as escolas do realismo e as do idealismo e suas reformulações posteriores (Filstead, 1997), sendo a abordagem qualitativa essencialmente interpretativa e a abordagem quantitativa de natureza analítica (Gendron, 1996).

Embora existam teorias diferentes (estrutural-funcionalista, fenomenológica ou dialética), a pesquisa qualitativa possui dois traços fundamentais que a definem: sua natureza desreificadora dos fenômenos, do conhecimento e do ser humano e a rejeição da neutralidade do saber científico (Trivinõs, 1988). Além disso, a pesquisa qualitativa tem como características gerais o fato de ser descritiva; de ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ser voltada preferencialmente para a compreensão do processo mais do que para os resultados; utilizar o referencial indutivo e preocupar-se centralmente com o significado (Trivinõs, 1988).

Já a pesquisa quantitativa baseia-se nos princípios positivistas segundo os quais: o mundo social funciona regido por leis causais; a base da ciência é a observação sensorial; a realidade possui estruturas identificáveis e que podem potencialmente fornecer dados para generalizações; é essencialmente analítica; preocupa-se centralmente em identificar resultados e estabelecer explicações para os fenômenos (Minayo, 1996; Filstead, 1997).

Para Mercier (1993), o debate estabelecido em torno da escolha e utilização do referencial quantitativo ou qualitativo pode estimular o avanço da ciência, tornando-se um problema somente na medida em que extrapole a discussão metodológica e configure-se em oposição epistemológica, fomentando a polarização entre os defensores de um ou outro paradigma e conseqüentemente impedindo o diálogo e a integração entre os mesmos.

Porém, conforme veremos adiante, esta extrapolação a que se refere a autora ocorrerá com relativa freqüência, através da sustentação por alguns autores da vinculação entre método, referencial paradigmático e seus constituintes de ordem ontológica, epistemológica e metodológica (Guba & Lincoln, 1989; Haldemann & Levy, 1996).

Ao discutir as alianças possíveis entre as abordagens qualitativas e quantitativas, Gendron (1996) identifica três discursos que aglutinariam os principais eixos do debate: 1) O discurso da compatibilidade das abordagens, segundo o qual a escolha metodológica independe das dimensões ontológicas, epistemológicas e metodológicas integrantes de um paradigma, mas são definidas a partir das características do fenômeno estudado e do contexto da pesquisa, sendo as abordagens normalmente colocadas em justaposição; 2) O discurso da incomensurabilidade, calcado na idéia de impossibilidade de se garantir coerência interna entre os eixos ontológico, epistemológico e metodológico que compõem um paradigma; 3) O discurso da complementaridade das abordagens, em que cada uma tem seus postulados considerados e explicitados, sem preponderância de um ou outro *à priori*, havendo combinação de paradigmas por imbricação e não por fusão ou justaposição.

A seguir apresentaremos e discutiremos questões importantes em torno de aproximações possíveis entre o referencial quantitativo e qualitativo concernentes à ciência em geral e ao campo da avaliação em particular. Para isso, utilizaremos como organizadores de nossa exposição o recorte proposto por Gendron (1996), apresentado no parágrafo anterior, do que seriam os três discursos atualmente em

voga com relação aos diferentes graus de (in)compatibilização dos referenciais quantitativos e qualitativos.

Em torno do discurso de compatibilização dos dois referenciais, apresentaremos centralmente algumas reflexões de Cook & Reichardt (1997) e de Mercier (1993), com relação às idéias de incompatibilidade paradigmática apresentaremos as posições defendidas por Guba & Lincoln (1989) e, finalmente, as proposições de Gendron (1996), Haldemann & Levy (1996), Levy (1994) e Morin (1996) servirão de base para a exposição das posições concernentes ao discurso da complementaridade. Em seguida, e com base nesta discussão, apresentaremos as bases que nortearão o desenvolvimento de nossos trabalhos teórico e de campo no presente estudo.

a) O discurso da compatibilização das abordagens quantitativas e qualitativas ou a desvinculação entre paradigma e métodos

Defensores da desvinculação entre métodos e paradigmas, Cook & Reichardt (1997), organizadores de um livro sobre métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa avaliativa, tentarão demonstrar que a escolha do método de pesquisa não está necessariamente ligada às posições ontológicas, epistemológicas ou filosóficas do pesquisador. Estes dois autores propõem a superação do enfrentamento entre os métodos qualitativos e quantitativos a partir da crítica ao que consideram como sendo a falácia do nexo entre paradigmas e métodos.

Cook & Reichardt (1997) interrogam se haveria consistência entre adesão à filosofia de um paradigma por um lado e o conseqüente, necessário e exclusivo emprego de determinados e específicos métodos por outro, demonstrando a fluidez das fronteiras entre os atributos tradicionalmente ligados aos paradigmas qualitativos e quantitativos, tidos normalmente como estanques e intransponíveis.

Baseados em trabalhos e referenciais de outros pesquisadores, os dois autores constroem argumentações que apontam a utilização dentro do paradigma quantitativo de métodos ligados ao paradigma qualitativo e vice-versa. Para eles, os atributos do paradigma qualitativo, qual seja: utilização de métodos qualitativos, “fenomenologismo” (interesse em compreender a conduta humana), observação naturalista e sem controle, consideração da subjetividade, proximidade dos dados e perspectiva de estudo a partir do interior do objeto, emprego da indução e descrição, priorização de aspectos do processo, profundidade e proximidade dos dados, privilégio ao estudo de caso, não voltado à generalizações, perspectiva holística e concepção da realidade como dinâmica, podem se aplicar sem contradições à pesquisa que utilize o paradigma quantitativo como referencial (Cook & Reichardt, 1997).

Ainda segundo estes mesmos autores, os atributos do paradigma quantitativo, qual seja: emprego de métodos quantitativos, positivismo lógico (voltado para o estudo das causas dos fenômenos), medição controlada e invasiva, priorização da objetividade, localização à margem dos dados (perspectiva externa), referencial hipotético-dedutivo e voltado à comprovação e à generalização a partir de estudos de casos múltiplos, perspectiva analítica, assumindo a realidade como estável, podem também se aplicar aos trabalhos de pesquisa desenvolvidos sob o referencial qualitativo.

Eles ilustram suas argumentações com exemplos de estudos realizados por investigadores que subscrevem uma posição fenomenológica e utilizam-se de métodos quantitativos, como no caso de algumas pesquisas em psicologia social que investigam condutas e crenças a partir de experimentos aleatórios e medições objetivas da conduta. Por outro lado, e hipoteticamente, os autores indagam: uma investigação etnográfica que caracterizasse a posição socioeconômica dos indivíduos a partir da posse de determinados eletrodomésticos - e como tais equipamentos poderiam ser contados e observados sem referência ao significado que possuam para seus proprietários – não estaria claramente baseada no

positivismo lógico? A partir destas colocações, Cook & Reichardt (1997) interrogam: é necessariamente positivista lógico o investigador que emprega procedimentos quantitativos? É necessariamente um fenomenologista o investigador que emprega procedimentos qualitativos?

Os autores prosseguem argumentando a partir de exemplos que tentam demonstrar que os procedimentos qualitativos não têm o monopólio da subjetividade, que não necessariamente os procedimentos quantitativos são invasivos e os qualitativos naturalistas, que se tenha necessariamente que empregar estudos quantitativos para estudar resultados ou qualitativos para estudar processo, etc. Cook & Reichardt (1997) dão continuidade a discussão relativizando cada uma das díades citadas acima que contrapõem os atributos dos paradigmas qualitativos e quantitativos, tentando demonstrar a fluidez de suas fronteiras.

Para os autores não haveria necessidade de escolher um ou outro método de investigação, com base em uma posição paradigmática tradicional, desde que os avaliadores tivessem treinamento nos métodos quantitativos e qualitativos, sobretudo quando se considera que a pesquisa avaliativa realiza-se sob circunstâncias específicas e em contextos que podem exigir modificações e adaptações de práticas ortodoxas. Dessa forma, se deveria eleger, livremente, atributos de ambos os paradigmas para atender de maneira adequada aos problemas colocados pela investigação. Para Cook & Reichardt (1997), faz-se críticas aos métodos quando, na realidade, o que se pretende é atacar uma concepção paradigmática global e vice-versa.

Finalmente, os autores concluem advogando pelas vantagens do emprego conjunto dos métodos quantitativos e qualitativos, respaldados por ao menos três razões:

“Em primeiro lugar, a pesquisa avaliativa tem freqüentemente objetivos múltiplos que devem ser atendidos sob condições muito exigentes. Tal variedade de condições exige uma variedade de métodos. Em segundo lugar, empregados em conjunto e com o mesmo propósito, os dois tipos de métodos podem se fortalecer, gerando percepções que não poderiam ocorrer se fossem utilizados isoladamente. Em terceiro lugar, como nenhum método está livre de preconceitos, a busca da verdade subjacente somente poderá efetivar-se mediante o emprego de múltiplas técnicas com as quais o investigador efetuará as correspondentes triangulações.”

(Cook & Reichardt, 1997, p.44 – tradução nossa).

Para os autores, ainda que necessária, a aproximação entre os dois paradigmas e/ou seus atributos não é tarefa fácil, sendo o predomínio tradicional da utilização de avaliações de caráter quantitativo e o afloramento de questões a partir do uso de métodos qualitativos um dos dificultadores do avanço em direção à integração. Cook & Reichardt (1997) acrescentam ainda, como obstáculos à integração: a elevação dos custos das pesquisas se utilizados os dois referenciais, a extensão do tempo necessário para a realização da pesquisa e a necessidade de capacitação e treinamento dos pesquisadores em ambos os tipos de métodos.

Para Mercier (1993), seriam quatro as possibilidades de relações entre as abordagens quantitativas e qualitativas. Estas variam entre nenhuma interação (exclusividade de uma das abordagens), passando pela escolha das abordagens segundo o contexto, até a integração propriamente dita por triangulação ou por combinação. Esta classificação é coerente com a concepção da autora e tem como pano de fundo suas idéias de independência entre métodos e paradigmas, como veremos a seguir.

A **exclusividade do uso de um só referencial** (quantitativo ou qualitativo) possui, para a autora, a vantagem proveniente do esforço empregado pelos adeptos de um ou outro pólo em superar as limitações apontadas pela crítica, aperfeiçoando e fazendo evoluir determinado paradigma. Assim é que, por exemplo, às críticas aos desenhos experimentais ou quase-experimentais em avaliação, apontados como simplificadores e subestimadores da complexidade em

jogo, propôs-se dentro do mesmo referencial, a utilização de variáveis contínuas ou certos tipos de análise multivariada, mais adaptadas para captar a complexidade das relações causais (Mercier, 1993).

Por outro lado, às freqüentes críticas à incapacidade das análises qualitativas em prover dados válidos e confiáveis, desenvolveram-se conceitos equivalentes à noção de confiabilidade e validade interna e externa, tais como os de credibilidade, transferabilidade e confirmabilidade, propostos por Guba & Lincoln (1989). Uma tal busca de superação das limitações intrínsecas aos dois referenciais, como vimos expondo, evidencia um caráter nada estático ou imutável de ambos os lados, ao contrário do que afirmam os opositores de um ou outro método (Mercier, 1993).

Apesar de estimular a superação das limitações dos respectivos referenciais, a exclusividade na escolha de um ou outro método pode levar à inadequação de respostas às necessidades das pessoas ou grupo que demandaram a avaliação por incapacidade do método em identificar certas dimensões do problema ou por limites atuais do método escolhido (Mercier, 1993).

A segunda forma de interação entre as duas tradições metodológicas, segundo Mercier (1993), seria **a escolha da abordagem segundo o contexto**. Aqui, considera-se que cada forma de avaliação deve adaptar-se e ser pertinente ao contexto particular em que se insere. Esta corrente de pensamento que tem em Patton (1997) um de seus expoentes, oferece, a curto prazo, a possibilidade do avaliador eleger a metodologia com flexibilidade para responder às questões da avaliação. Por outro lado, esta estratégia não estimula o desenvolvimento das metodologias, uma vez que suprime a deficiência momentânea de uma abordagem pela adoção de outra (Mercier, 1993) sendo criticada por seu pragmatismo (Greene, 1994).

A **integração por triangulação** pode ocorrer a partir da convergência de dados, de pesquisadores, teorias e métodos. Em nosso caso, discutiremos especialmente a triangulação através da convergência de métodos, freqüentemente utilizada como forma de conciliar abordagens qualitativas e quantitativas, baseando-se na utilização de vários métodos com a finalidade de diminuir a margem de erro de uma pesquisa pela obtenção de resultados convergentes obtidos por métodos distintos (Mercier, 1993).

Um dos problemas da triangulação ocorre quando os dois referenciais distintos apontam conclusões diferentes (ou mesmo divergentes), inexistindo regras imparciais para solucionar uma tal situação (Mercier, 1993). Normalmente prevalece o referencial positivista, na medida em que predomina a tendência em aumentar a objetividade do estudo e evitar o viés proveniente de pontos de vista particulares (Groulx, 1997) em detrimento do referencial qualitativo. Tal situação desconsidera as especificidades dos dados qualitativos ao amalgamá-los às informações oriundas do paradigma quantitativo, fazendo com que os primeiros tornem-se tão somente subsidiários do paradigma hegemônico, desprovendo-os de suas bases ontológicas e epistemológicas (Guba & Lincoln, 1989).

Para Haldemann & Levi (1996) a principal limitação da triangulação repousa no fato de que a justaposição de técnicas ou de dados não garante o avanço das pesquisas pluralísticas, o que somente ocorreria a partir da integração destas mesmas técnicas e informações em um novo arcabouço. Para estes autores, a consideração da intencionalidade e da finalidade no âmbito da pesquisa – seus aspectos *teleológicos* – poderia ser um fator de auxílio na superação deste impasse, como veremos mais adiante.

Finalmente, seguindo o roteiro proposto por Mercier (1993) em torno dos quatro tipos de integração possíveis entre os referenciais quantitativos e qualitativos em pesquisa (e especialmente na pesquisa avaliativa), temos a **integração por combinação**. Neste caso, diferente da triangulação, que pressupõe um desenvolvimento independente e paralelo das abordagens quantitativas e qualitativas na mesma pesquisa, a combinação dos métodos

estimula a influência recíproca destes entre si, mesmo que um deles assuma um papel secundário ou, por outro lado e mais eqüitativamente, quando cada etapa se baseia em um referencial diferente e necessário para o passo seguinte.

A tipologia de conjugações possíveis entre os dois referenciais, proposta por Mercier (1993), torna-se possível somente se entendido o método como uma técnica passível de ser utilizada independente do referencial ontológico e epistemológico do pesquisador ou, nas palavras da autora, “*sem extrapolar a discussão para o âmbito dos paradigmas*”. Os determinantes da utilização de um ou outro referencial passam a ser a opção do pesquisador por um ou outro método (no caso da exclusividade do referencial), a necessidade indicada pelo contexto ou a busca de utilização conjunta de métodos, seja por triangulação ou pela integração através da combinação.

Dentre estas quatro vertentes, somente a integração por combinação permitiria considerar a complexidade paradigmática que envolve um ou outro referencial metodológico, na medida em que possibilita a aproximação entre eles sem preponderância *à priori* e, mais importante, permite a imbricação dos paradigmas, sendo, dentre os tipos de conjunção propostos por Mercier (1993), o único que aponta para a extrapolação do discurso baseado na exclusividade ou na simples justaposição, aproximando-se das idéias contidas no discurso da complementaridade consideradas mais adiante.

b) O discurso da incomensurabilidade das abordagens quantitativas e qualitativas

A tendência a defender o dualismo e a incompatibilidade entre os referenciais quantitativos e qualitativos é marcante na sociologia americana (Groulx, 1997), sendo Guba & Lincoln um dos principais representantes do que Gendron (1996) classificou como sendo o discurso da incomensurabilidade⁹.

⁹ Incomensurabilidade aqui entendida como algo que não tem medida comum com outra grandeza (Ferreira, 1986)

Guba & Lincoln (1989) criticam a desvinculação entre métodos e paradigmas como defendido precedentemente pelos autores citados (Cook & Reichardt, 1997; Mercier, 1993), e suas decorrências, como a integração por triangulação ou combinação. Para eles, são indissociáveis as dimensões ontológica, epistemológica e metodológica da busca do conhecimento e assim como as respostas às questões epistemológicas dependem das respostas provenientes das questões ontológicas, também as respostas às questões metodológicas irão depender das duas primeiras.

As questões ontológicas (relativas à constituição e estrutura da natureza da realidade social), as epistemológicas (relativas às condições e limites estruturais que sustentam o processo de conhecimento, a relação entre sujeito e objeto e a origem, limites e natureza do conhecimento humano) e as questões metodológicas (relativas às condutas ou regras a serem seguidas para analisar ou compreender o objeto) seriam interligadas e essencialmente distintas nos paradigmas quantitativos e qualitativos sendo, portanto, irreduzíveis a um mesmo patamar de concepções e operações (Guba & Lincoln, 1989).

Para estes autores, o paradigma convencional, ou positivista, ou pós-positivista, baseia-se em uma ontologia realista que pressupõe a existência de uma realidade independente do observador e de seus interesses, imutável, regida por leis naturais da qual será extraída a verdade. A epistemologia, neste paradigma, é dualista, calcada na objetividade e na relação sujeito-objeto desprovida de influências mútuas. A metodologia é impermeável ao contexto e busca estabelecer como o objeto realmente é e como realmente opera, supondo uma verdade não relativa, com vistas a prever e controlar (Guba & Lincoln, 1989).

Por outro lado, ainda para os mesmos autores, o paradigma construtivista ou naturalista baseia-se numa perspectiva ontológica relativista, que considera a existência de múltiplas e socialmente construídas realidades, não governadas por leis naturais. Neste caso, a “verdade” é definida a partir de construções sofisticadas e consensuadas. A epistemologia, neste paradigma, é monista e subjetivista, considerando a interação e reconstrução mútua entre objeto,

investigador e realidade. Os autores chamam a atenção para o fato desta postura epistemológica superar a clássica distinção entre ontologia e epistemologia. Finalmente, a metodologia neste paradigma é hermenêutica, envolvendo contínua e dialética interação, análise, críticas e novas análises.

As diferenças entre os dois paradigmas são tão profundas que se manteriam mesmo que adeptos de um lado venham a utilizar técnicas metodológicas de outro. Assim, a utilização de métodos etnográficos acoplados a estudos de natureza quantitativa para a exploração, descrição ou ilustração destes não provoca aproximações, mas ao contrário, repousarão sobre crenças do positivismo uma vez que se baseiam em premissas ontológicas e epistemológicas do mesmo (Guba & Lincoln, 1989).

Estas considerações servirão de base para a construção do método avaliativo proposto pelos autores no livro *Fourth Generation Evaluation* (Guba & Lincoln, 1989) no qual estabelecem as bases epistemológicas, ontológicas e metodológicas de uma avaliação construtivista, de caráter qualitativo e calcada na hermenêutica, conforme apresentado no Capítulo 1.

Questões como as levantadas por Guba & Lincoln (1989) e que vimos apresentando, são compartilhadas por outros autores. Em 1995, o relatório do grupo de trabalho do Comitê de Pesquisa da Universidade de Montreal, composto por representantes de diferentes disciplinas como enfermagem, economia, filosofia, serviço social, psicologia, educação, antropologia, direito e sociologia produziu um relatório sobre "As políticas de avaliação da pesquisa em ciências sociais" no qual afirmam que cada metodologia produz um tipo de representação da realidade diferente, ou seja, agiria como um paradigma, segundo Groulx (1997). A importância de uma tal afirmação reside não somente no fato de ser um trabalho produzido por várias mãos, mas sobretudo, pela multidisciplinaridade do grupo – o que parece indicar que a integração de disciplinas não é equivalente à percepção da possibilidade de superação entre os dois paradigmas que vimos discutindo.

Embora possamos perceber, sobretudo através das argumentações feitas por Guba & Lincoln (1989), que a incomensurabilidade entre os referenciais quantitativo e qualitativo baseia-se na complexidade de diversas ordens intrínsecas à própria noção de paradigma, devemos considerar que uma posição acirrada neste campo pode levar ao sectarismo, impedindo o diálogo e a construção da superação dos impasses que vimos considerando. Os autores reconhecerão mais tarde o seu posicionamento acirrado, relativizando sua radicalidade inicial em relação ao tema (Guba & Lincoln, 1994).

c) O discurso da complementaridade entre as abordagens quantitativas e qualitativas

Como dissemos no início, a integração entre os dois pólos, o consenso ou o surgimento de uma terceira via a partir das contradições entre estes referenciais está ainda longe de se efetivar. O mais comum é encontrarmos textos e manuais relativos à metodologia contendo quadros explicativos listando, freqüentemente, por razões de ordem essencialmente didáticas, de maneira dual e oponente, termo a termo, as diversas dimensões de cada referencial, sugerindo a incompatibilidade entre eles (Groulx, 1997).

Groulx (1997), identifica no interior da sociologia, baseando-se em autores clássicos como Bordieu e Passeron, duas lógicas de argumentações, qualificadas de monismo e pluralismo, que recusam a idéia de dicotomizar a pesquisa em dois pólos inseparáveis. O monismo, advoga a unidade epistemológica das ciências sociais e a conseqüente equivalência ou identidade metodológica entre a pesquisa qualitativa e quantitativa. Uma segunda posição, mais comum entre autores americanos, chamada de pluralismo metodológico, recusa a argumentação de natureza epistemológica em favor da diversidade e do pluralismo metodológico, desvinculado de outras instâncias.

Assim, por caminhos diferentes, seja através da unidade epistemológica (monismo) ou da desconsideração de fatores da ordem da constituição de paradigmas e sua conseqüente redução ao patamar dos métodos (pluralismo metodológico), tenta-se trilhar um espaço de convergência e complementaridade, fazendo frente às tendências dualistas.

No entanto, ocorrem contradições no interior destas duas lógicas. Segundo Groulx (1997), encontramos duas posições no monismo: um monismo epistemológico de tipo interpretativo ou hermenêutico que se opõe ao monismo epistemológico predominantemente científico no sentido tradicional do termo. Por seu lado, podemos identificar no pluralismo metodológico esta mesma dupla posição, ou seja, uma vertente pluralística de caráter predominantemente positivista, apresentando-se como um meio de objetivação e validação e uma outra vertente predominantemente pluralística e interpretativa, voltada para a diversidade de pontos de vista.

Com base nesta permanência de contradições, o autor constata a dificuldade de estabelecer um projeto que permita superar a polarização entre compreensão e explicação, realismo e construtivismo, qualitativo e quantitativo, uma vez que o processo parece basear-se em um princípio dicotômico, imerso em um conjunto de argumentações dialéticas, sem perspectiva de síntese, mas que, por isso mesmo, anima e coloca o pensamento científico em constante tensão (Groulx, 1997).

O reaparecimento das contradições e divergências entre os dois referenciais parece indicativo das diferenças essenciais que constituem tais paradigmas, o que tornaria inviável a idéia de integração dos mesmos através da fusão ou da justaposição. O que parece factível é a aproximação e a interação dos dois referenciais desde que preservados seus aspectos centrais e a constituição da superação da triangulação metodológica por uma abordagem multiparadigmática (Gendron, 1996) que aproxime os dois pólos sem desconsiderar seus respectivos constituintes dotados de unidade e coerência interna próprias.

Desse modo, a condução da pesquisa poderia ser feita sem predominância de um ou de outro referencial, tornando explícitos os postulados que embasam a definição por uma ou outra abordagem por parte do pesquisador. Chamamos então de complementaridade a possibilidade de que os elementos constituintes de cada paradigma permaneçam distintos e operacionalmente autônomos, porém imbricando-se de modo a afetar-se mutuamente, ainda que fiéis aos seus respectivos elementos constituintes e deixando espaço para o surgimento de possíveis contradições que, por sua vez, deverão ser consideradas e analisadas a partir de critérios explícitos (Gendron, 1996).

Uma tal complementaridade poderia se configurar através de abordagens seqüenciais e interativas, nas quais um estudo serviria de base para o desenvolvimento da etapa seguinte da mesma pesquisa. Para Gendron (1996) essa forma de abordagem ainda precisa ser desenvolvida, mas a abertura para lidar com a contradição e as diferenças entre os referenciais poderia fazer emergir uma nova forma de pensamento e de teorias que viessem a considerar a complexidade dos paradoxos que constituem a atividade de pesquisa.

d) A questão teleológica

Vimos discorrendo e analisando o debate em torno dos referenciais quantitativos e qualitativos como forma de situarmos nosso trabalho de pesquisa neste contexto. No primeiro capítulo pudemos apresentar e defender nossa posição favorável à realização de uma avaliação do tipo formativa, que permita o aperfeiçoamento do programa ou serviço avaliado e que considere efetivamente os vários grupos de interesse no sentido não só da coleta de dados, mas, sobretudo, na capacitação e desenvolvimento dos mesmos.

Trata-se, antes de mais nada, de considerar durante todo o processo, as várias ordens de problemas e complexidades nas quais se inserem as entidades avaliadas e a necessidade de superação das avaliações ortodoxas, incapazes de responder às reais demandas dos principais envolvidos na condução dos

trabalhos, freqüentemente ocasionando a subutilização dos resultados das mesmas (Patton, 1997). A superação desta situação demandaria reflexão e busca por alternativas metodológicas na avaliação.

As idéias expostas no primeiro capítulo, relativas ao emprego da avaliação como dispositivo capaz de gerar inovações no contexto em que se realiza implicam na preocupação com os resultados do processo avaliativo para o programa ou serviço e para os grupos de interesse envolvidos, opondo-se à massificação da pesquisa em avaliação centrada na análise da eficiência, apontada recentemente por Hartz (1999). Dessa maneira, ao nos propormos pela condução de um processo participativo e pluralista, estamos nos comprometendo com os fins ou com a intencionalidade da pesquisa, construindo vias que tornem a avaliação um instrumento efetivo na transformação dos serviços ou programas que dela se servirem.

A construção do caminho a ser percorrido em nossa pesquisa deverá ser pertinente com esta opção pelo desenvolvimento de uma avaliação participativa e inclusiva, na qual os diferentes grupos de interesse e atores sejam considerados e que promova sua capacitação e desenvolvimento, sobretudo do principal grupo de interesse do processo avaliativo – aqui considerado como sendo os trabalhadores que compõem a equipe do serviço constituído nosso objeto de estudo.

Assim sendo, nossa pesquisa estabelece, desde o início, compromisso com intervenções e alterações efetivas na realidade não só como um de seus desdobramentos possíveis, porém mais do que isso, como a principal marca do processo. Esta implicação efetiva com a promoção de revisões e mudanças, extrapolando a intenção de compreender, tocando no mundo vivido pelos atores do serviço a ser avaliado, irá conferir inevitavelmente ao nosso trabalho de pesquisa a idéia de finalidade.

A concepção de finalidade em pesquisa é abordada em um instigante artigo que vimos citando, intitulado “Ecumenismo metodológico e diálogo entre paradigmas” (Haldemann & Levy, 1996) e em um outro que o antecede “Crença e

dúvida: uma visão paradigmática dos métodos qualitativos (Levy, 1994), nos quais os autores inserem um novo e importante elemento representado pela discussão dos fins aos quais se ligam um trabalho de pesquisa. Ao agregar à discussão dos componentes de um paradigma (de ordem ontológica, epistemológica e metodológica) um outro da ordem das finalidades ou fins da pesquisa, ou seja, dos aspectos teleológicos, os autores propõem um novo enfoque que nos parece permitir avançar, a partir de um outro olhar, sobre a temática posta entre os referenciais quantitativos e qualitativos.

Para estes autores, após uma verdadeira inundação de artigos em torno da polêmica do quantitativo *versus* o qualitativo, estabeleceu-se um relativo consenso a partir do desenvolvimento pelos defensores dos métodos qualitativos de quatro critérios paralelos aos tradicionais referenciais da “boa pesquisa” positivista: credibilidade (equivalente à validade interna), a capacidade de ser transferível (equivalente à validade externa), fidedignidade (equivalente à confiabilidade) e a confirmação (equivalente à objetividade).

No entanto, para Haldemann & Levy (1996), esta negociação entre defensores de um e de outro referenciais não contemplou convenientemente as questões mais gerais relativas aos paradigmas que os sustentam. Segundo o autor, teria havido consenso entre os debatedores dos dois referenciais a partir do reconhecimento de um objetivo comum a ambos, qual seja, o da produção de conhecimento, independente do fato de se utilizarem meios analíticos ou construtivistas. Esta aparente convergência em torno do objetivo de se produzir conhecimentos e o paralelismo entre os constituintes dos respectivos paradigmas (ontologia, epistemologia e metodologia) criaria a impressão de uma compatibilidade entre eles.

Porém, a definição de paradigma comportaria, além de questões relativas à ontologia, epistemologia e metodologia, também um quarto campo representado pela teleologia que definiria as atividades do paradigma em termos de projeção, intencionalidade e finalidade. A consideração de aspectos ligados à intencionalidade estabeleceria um diferencial fundamental entre os dois

referenciais, pondo em questão o consenso provisório estabelecido entre eles a partir da idéia de um objetivo comum centrado na produção e desenvolvimento do conhecimento.

“A consideração de aspectos teleológicos, freqüentemente negligenciados, coloca em questão a coexistência pacífica e igualitária que se pretende instaurar entre os paradigmas positivista e construtivista e, por extensão (na hipótese de uma coerência estreita entre os componentes de cada paradigma) das metodologias utilizadas.” (Haldemann & Levy, 1996, p. 254 – tradução nossa)

O estabelecimento de vínculos com a construção do mundo vivido representaria um compromisso teleológico de um referencial qualitativo como o construtivista, compromisso essencial e necessário para este referencial, mas incompatível com o ideário da ciência positiva.

Tais argumentações apontam para a inviabilidade da compatibilização entre os dois referenciais, uma vez que o paradigma positivista é refratário à idéia de transformar qualquer coisa que não o conhecimento, além do que o compromisso com a transformação do mundo chocaria frontalmente com princípios básicos do positivismo como o distanciamento pesquisador-objeto e a imparcialidade (Haldemann & Levy, 1996). Ao mesmo tempo, é justamente no conceito de transformação e mudança que reside a força do paradigma construtivista, o que nos faz novamente identificar uma fonte de antagonismo entre este e o positivismo.

Para os autores, a complementaridade deve constituir-se a partir da delimitação dos fins da pesquisa. Assim é que, ao almejar uma pesquisa integrada visando a explicar um fenômeno ou a propiciar o desenvolvimento do conhecimento sobre um determinado assunto, deve-se optar por um desenho de pesquisa que pressuponha a predominância do referencial positivista ou, nas palavras dos mesmos, de um “positivismo forte” conseqüente e necessariamente acompanhado por um construtivismo subsidiário ou “fraco”¹⁰.

¹⁰ Para Levy (1994), os métodos qualitativos baseiam-se no *paradigma construtivista* – oposto ao referencial positivista – e fundamentado em construtivistas como Charles Pierce, John Dewey, Jean Piaget e Edgar.

Por outro lado, se o que se pretende é compreender o fenômeno, transformando-o e reconstruindo-o, também no contexto de integração, a pesquisa deverá pautar-se por um referencial predominantemente qualitativo e construtivista, a ser subsidiado e apoiado pelo referencial positivista, que aqui cumpriria o papel menor ou “fraco” (Haldemann & Levy, 1996).

De modo a tornar mais claras estas reflexões, reproduzimos abaixo um esquema ilustrativo do que vimos discutindo sobre a inserção de questões teleológicas e suas conseqüências para a definição do desenho da pesquisa.

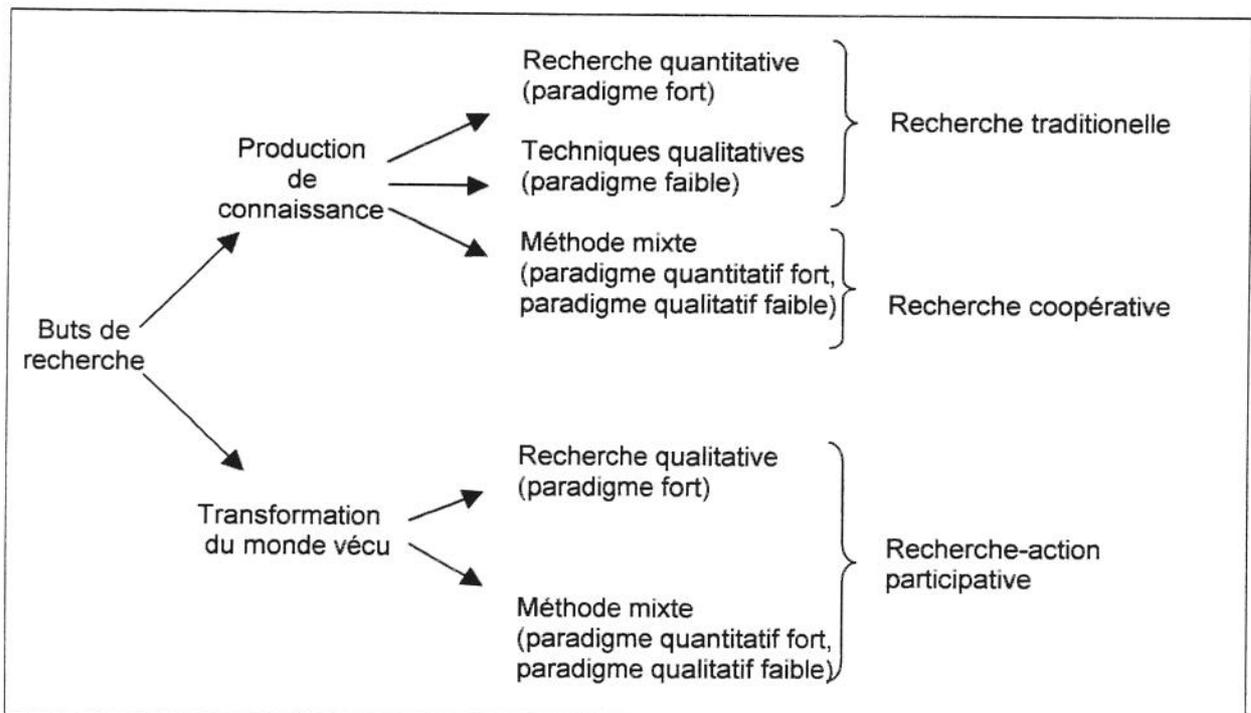


Figura 3 – A cooperação entre paradigmas constituída a partir das finalidades da pesquisa (Extraído de Haldemann & Levy, 1996, p.253)

Os autores concluem que a pesquisa plurimetodológica careceria de sentido se não guiada por parâmetros externos. Tais parâmetros poderiam auxiliar inclusive na superação de impasses oriundos de achados divergentes que podem ocorrer por exemplo na triangulação, como dissemos anteriormente. Os parâmetros poderiam ser de várias ordens e origens (o objeto teórico, o objeto

empírico, etc.), no entanto, aquele relativo aos fins da atividade científica seria o mais pertinente para a definição das bases da complementaridade entre os métodos de pesquisa qualitativo e quantitativo (Haldemann & Levy, 1996).

e) A metáfora da imbricação

Coerente com tudo que vimos defendendo, devemos reconhecer que considerar os referenciais possíveis em pesquisas de modo dual e antagônico é uma forma de reducionismo que desconsidera a complexidade inerente aos fenômenos (Morin, 1996), sendo esta polarização freqüentemente utilizada para operar questões que ainda carecem de instrumental para serem trabalhadas de outra forma, ou até mesmo como recurso pedagógico para abordar o tema.

A desconsideração da complexidade intrínseca a cada referencial através da negação da vinculação entre método e paradigma de um lado, ou o acirramento de posições unilaterais de outro, não nos parecem contribuir para o avanço em direção à superação do embate, que acaba por restringir-se à defesa de posições, atitude reconhecida até mesmo por defensores extremados da incomensurabilidade entre paradigmas como Guba & Lincoln (1994).

Estes últimos, a despeito da posição francamente favorável à utilização exclusiva de métodos qualitativos na avaliação e advogados extremados da incomensurabilidade entre os dois paradigmas que vimos discutindo reconheceram posteriormente, de maneira clara, as limitações do pensamento calcado na dicotomia e no dualismo (Guba & Lincoln, 1994).

A defesa de posições acirradas por parte destes dois autores ficou bastante explícita no emblemático e já clássico debate que travaram com defensores do referencial quantitativo (Lincoln, 1991; Scherest, 1992; Guba & Lincoln, 1992; Feterman, 1992). Porém, em um artigo escrito dois anos após o referido debate, os autores assumem terem sido intratáveis ao sustentarem de modo sectário e absoluto a incompatibilidade dos paradigmas, reconhecendo ser a incomensurabilidade entre paradigmas e o raciocínio baseado em idéias polares

também uma construção que pode ser superada a partir do surgimento do que chamam de um meta-paradigma para cuja construção convocam todos aqueles interessados e envolvidos com a questão (Guba & Lincoln, 1994).

Ainda que nossa forma de pensamento hegemônica seja enraizada na formulação através de distinções claras entre os fatores e componentes de uma idéia, devemos refletir sobre a possibilidade apresentada pela visão teleológica (Haldemann & Levy, 1996) na qual, a partir da definição das finalidades da pesquisa, podemos inserir elementos de um ou outro referencial em diferentes gradações, em torno de um eixo predominante e coerente com a intencionalidade central definida pelo pesquisador e eventualmente os grupos de interesse.

Devemos reconhecer a consistência e coerência interna dos referenciais quantitativo e qualitativo e a complexidade requerida para a aproximação entre eles. Seria, no entanto, reducionismo acreditar na integração destes referenciais por justaposição ou por desconsideração dos outros níveis que sustentam suas respectivas metodologias. Afinal, as técnicas voltadas para a coleta de dados não existem isoladamente, mas estão imersas em um substrato paradigmático que as sustentam e caracterizam e cujo isolamento de seu contexto de origem as tornariam desprovidas de potência e coerência.

Assim, uma integração que realmente considere a complexidade e sofisticação dos paradigmas de que vimos tratando, deverá necessariamente pressupor uma aproximação sem fusão, de forma imbricada, na qual as unidades permanecerão preservadas. Além disso, um elemento externo aos dois referenciais, como o caso da finalidade da pesquisa – aqui chamado de aspecto teleológico (Haldemann & Levy, 1996) nos parece decisivo na definição do caráter da pesquisa, se mais voltado a um ou outro pólo, constituindo-se no referencial necessário e pré-estabelecido para a solução de questões que venham a emergir de eventuais disparidades de achados provenientes de um e outro referencial.

Porém o reconhecimento da complexidade, coerência e articulação interna entre os componentes de cada paradigma não significa considerá-los incompatíveis de maneira absoluta. Defendemos aqui uma aproximação como a proposta por Haldemann & Levy (1996) em que um elemento composto de externalidade, como o aspecto teleológico, definiria o tipo de cooperação entre os dois referenciais. Seria a partir da definição dos fins da pesquisa que se comporia o desenho da mesma e a conseqüente predominância de um ou outro referencial.

Devemos ressaltar, no entanto, que tais finalidades remetem aos aspectos teleológicos essenciais do processo e não ao contexto imediato, justificando que se faz necessária para que não se confunda a orientação inspirada na intencionalidade do processo com outras definidas a partir do entorno imediato, como no caso da escolha da abordagem segundo o contexto, analisada no início desta seção.

Assim sendo, uma vez definida a finalidade da pesquisa e a pertinência de valer-se da integração entre os dois referenciais, operaremos a partir da premissa de que um deles cumprirá o papel de subsidiário do outro, havendo, todo o tempo, um referencial maior e determinante calcado no modo de conceber a realidade, a relação sujeito-objeto e a própria finalidade da ciência. Será sempre uma integração avessa à fusão, muito mais próxima da alegoria da imbricação: os dois referenciais dispostos de modo a que só em parte sobreponha-se um ao outro, como as telhas de um telhado ou as escamas de um peixe (Ferreira, 1986).

Considerando nossa opção pela capacitação e desenvolvimento dos atores e pela utilização da avaliação como dispositivo de mudança, conseqüentemente voltada para a transformação do mundo vivido, deveremos basear nossos trabalhos em um referencial qualitativo forte que dê sustentação a esta opção e, caso façamos uso de uma metodologia mista, o paradigma quantitativo ficará restrito a um papel subsidiário e complementar ao primeiro.

Em nossa pesquisa, no entanto, embora considerássemos a possibilidade da coleta e processamento de dados de natureza quantitativa ligados ao estabelecimento de eventuais indicadores que viessem a se fazer necessários, a mesma não se efetivou por razões que serão apresentadas na seção seguinte, ficando nossa pesquisa circunscrita à utilização de métodos qualitativos.

f) A questão da qualidade e rigor na pesquisa qualitativa

Questões ligadas à validade e verificação em pesquisa devem permear toda discussão de métodos ou resultados. Afinal, em nosso estudo, até que ponto as concepções e práticas dos envolvidos na condução ou na utilização do serviço de assistência domiciliar encontram-se realmente espelhadas? Até onde questões dos grupos de interesse são realmente consideradas pelo processo avaliativo efetivado? Estas indagações colocam em questão a adequação do caminho escolhido e a potencialidade dos meios utilizados em gerar informações fidedignas. Tais questões organizam-se em torno dos critérios de qualidade e rigor em pesquisa e visam a responder, entre outras coisas, até que ponto *“podemos garantir a desejada coincidência entre o pensamento sobre a realidade e a própria realidade?”* (Minayo, 1996, p. 238).

No entanto, não seria compatível a simples transposição para o interior de uma abordagem de caráter construtivista, calcada em métodos qualitativos, dos critérios de validade interna e externa, confiabilidade e objetividade utilizados sistematicamente no interior de referenciais positivistas (D’Amour, 1997).

Guba & Lincoln (1989) propõem a utilização de critérios paralelos aos tradicionais referenciais de qualidade da pesquisa convencional, de tal forma que os primeiros aproximem-se destes no que concerne à tarefa de prover rigor ao estudo, mas que simultaneamente mantenham coerência com o posicionamento ontológico e epistemológico do referencial construtivista e qualitativo. Estes critérios seriam: credibilidade, capacidade de ser transferível (transferability), fidedignidade e confirmação (confirmability).

O critério da credibilidade na pesquisa qualitativa seria correlato ao da validade interna dos estudos quantitativos, baseando-se na idéia de que a pretensão de isomorfismo entre os dados e a realidade objetiva destes últimos sejam substituídos por um isomorfismo entre os constructos de realidade dos participantes e as reconstruções a eles atribuídos na pesquisa. Neste caso, segundo os autores, o rigor seria garantido por um prolongado engajamento junto ao objeto pesquisado, acrescido de observações persistentes, do desnudamento das construções e interpretações prévias do pesquisador e pela apresentação e confrontação dos dados e interpretações junto aos grupos envolvidos (Guba & Lincoln, 1989), de modo a assegurar o maior grau possível de pertinência aos elementos de apreensão dos componentes do objeto de estudo.

No caso da consideração das interpretações e pré-conceitos do pesquisador, os autores sugerem que se registre em fitas cassete todas as idéias que o mesmo possua a respeito do programa ou serviço, antes de ir a campo. Após o início dos trabalhos (e de tempos em tempos) o pesquisador deve ouvir esta mesma gravação de modo a ter claro, durante todo o percurso, os seus próprios constructos, evitando assim imprimir suas expectativas sobre a realidade, além de poder perceber eventuais transformações em suas idéias iniciais ao longo do processo (Guba & Lincoln, 1989).

Em nosso caso, a ligação com o serviço analisado se estendeu por dois anos, período em que tivemos também a oportunidade de efetivar observações de vários aspectos da estrutura e dinâmica organizacional. Além disso, praticamente a quase totalidade do material de campo foi produzido e/ou apresentado e discutido com o principal grupo de usuários da avaliação.

Consideramos que nossas idéias iniciais com relação à modalidade assistencial em questão e ao método avaliativo empregado estão implícitas nos pressupostos da pesquisa. No entanto, reconhecemos a potencial utilidade do registro de nossos pré-conceitos iniciais em relação ao serviço e ao método que seria empregado, o que nos permitiria identificar permanências e/ou transformações em nossas posturas e idéias ao longo do processo.

Em sua proposição de critérios de rigor paralelos à pesquisa convencional, Guba & Lincoln (1989) propõem que os critérios de validade externa ou generalização sejam substituídos pelo de capacidade de transferência dos resultados (transferability) na pesquisa qualitativa. Se por um lado o referencial positivista baseia-se em procedimentos estatísticos para definir o potencial de generalização de um estudo, no referencial preconizado pelos autores citados, a capacidade de transferir resultados de um contexto para outro deverá basear-se no provimento de dados e informações tão completas quanto possíveis de modo a facilitar a transposição de julgamentos de uma parte para outra.

Dessa forma, a descrição minuciosa não só dos dados originados da pesquisa, mas sobretudo o detalhamento do processo de aplicação do método escolhido, fornecerá ao leitor instrumentos suficientes para lhe permitir apreender, avaliar e refletir sobre o percurso efetivado e o grau de similitude deste com eventuais outros contextos. Baseando-nos nesta proposição optamos por freqüentemente detalhar os meandros do processo avaliativo por nós engendrado tanto do ponto de vista teórico quanto em aspectos ligados à sua aplicação prática.

O critério de fidedignidade seria o correlato da confiabilidade, empregado no referencial convencional. Para os autores, se neste último medições ou dados devem ser estáveis, sendo que alterações do método no transcurso da pesquisa podem torná-la altamente suspeita, na abordagem construtivista aconteceria justamente o contrário. Neste caso, a abordagem de quarta geração (e outras de caráter qualitativo) deveria posicionar-se a priori abertas a modificações no desenho metodológico inicial, seja por alterações demandadas pelo contexto da pesquisa ou pelo próprio processo de maturação do pesquisador na condução da mesma (Guba & Lincoln, 1989).

Porém, os autores ressaltam que eventuais alterações ocorridas na condução do estudo devem ser documentadas, explicitadas e tornadas “rastreadáveis” no caso de serem checados por outros pesquisadores. O pesquisador deve prover visibilidade tanto aos fatores que o levaram a promover

mudanças na condução do processo quanto aos elementos que subsidiaram sua reflexão e opção por um novo caminho. Será justamente o registro destas etapas que garantirão fidedignidade às peculiaridades do percurso em pesquisa qualitativa (Guba & Lincoln, 1989).

Finalmente, o critério de objetividade do paradigma convencional teria como correlato, no referencial que vimos discutindo o critério de confirmação (confirmability). Para Guba & Lincoln (1989), o critério de confirmação destinaria-se a assegurar que as informações, interpretações e resultados da pesquisa estejam correlacionados ao contexto e aos atores sociais considerados e que não seriam provenientes da simples imaginação do pesquisador. Porém, ao contrário do referencial convencional, que identifica na supressão de valores, motivações ou ideologia do pesquisador, importantes fatores de garantia de objetividade, a abordagem construtivista caracterizaria-se justamente por estabelecer a objetividade considerando sistematicamente fatores contextuais, políticos e inerentes ao próprio pesquisador e que podem afetar direta ou indiretamente o curso e resultados da pesquisa (Guba & Lincoln, 1989).

Isto implica em que os dados ou informações (construções, afirmações, interpretações e fatos, dentre outros) tenham suas fontes e origens claramente demonstradas, assim como a lógica usada para agrupá-los e analisá-los deve ser demonstrada e validada junto aos grupos de interesse. Da mesma forma que no caso da fidedignidade, o caminho e fontes utilizados pelo pesquisador deverão ter visibilidade suficiente para que possam ser eventualmente percorridos e checados por outros pesquisadores ou até mesmo correlatos em ciência de auditores (Guba & Lincoln, 1989).

Para os dois autores, no entanto, o processo hermenêutico dialético utilizado na Avaliação de Quarta Geração seria o maior aval e garantia de rigor do processo. Nesta abordagem, a coleta e análise dos dados realizam-se quase simultaneamente, sendo acompanhados pelos integrantes dos principais grupos de interesse, o que vem a garantir que tanto as informações quanto o seu processamento sejam permanentemente monitorados e discutidos e as análises e

interpretações confrontadas com o posicionamento de outros atores sociais, documentos de interesse e a literatura científica relativa ao tema. Eventuais dissensos seriam oportunidade para a revisão tanto de dados quanto do processo (Guba & Lincoln, 1989).

Parte II - O Campo e seus instrumentos

A seguir apresentaremos e discutiremos a proposta metodológica que referencia o presente estudo, permeando-a com a discussão de algumas questões surgidas no desenvolvimento da pesquisa, antecipando parcialmente aspectos que compõem o capítulo destinado à discussão dos resultados.

Optamos por assim proceder para maior coerência com o próprio desenrolar do processo, freqüentemente realimentado por vetores oriundos do trabalho de campo. A linearidade em que se encontram seqüenciados os passos dados para a realização da pesquisa cumpre tão somente o papel de tornar mais claro o processo, não espelhando o caráter dialético que marcou o percurso.

Como afirmou Carapineiro (1993) a respeito da observação participante em sua pesquisa sobre saberes e poderes no hospital

"(...) mais do que em qualquer outro método, não é possível conceber a pesquisa de terreno como uma estrutura cronologicamente organizada de procedimentos metodológicos infalivelmente dispostos numa seqüência de operações, em que cada uma tenha como condição de realização a finalização de uma operação prévia." (p.91)

a) O caso

Segundo alguns autores, o estudo de caso caracteriza-se como uma estratégia na qual o pesquisador opta por uma (ou algumas) unidade de análise, sendo a observação realizada a partir do interior do mesmo. Seu potencial explicativo decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades estudadas (Contandriopoulos et al., 1997-b) buscando chegar a uma

compreensão abrangente de determinado grupo, instituição ou situação (Becker, 1997).

Caracterizam, ainda, o estudo de caso a consideração efetiva do contexto e sua influência sobre o objeto, a utilização de informações de origens diversas, buscando revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação ou problema, revelando distintos e eventualmente conflitantes pontos de vista presentes em uma situação social (Lüdke & André, 1986).

Para Yin (1984), o estudo de caso possui um importante lugar na pesquisa avaliativa por sua potencialidade em descrever o contexto real no qual ocorre a intervenção, por explorar situações específicas permitindo compreendê-las de uma forma que não seria possível com base apenas nos resultados e principalmente, segundo o autor, por identificar na realidade concreta os elos entre os pressupostos de funcionamento concebidos e sua tradução nas práticas de programa ou serviço, algo dificilmente realizável em estratégias experimentais. Devemos notar que este último elemento aproxima-se do desvendamento da caixa preta a que nos referimos no primeiro capítulo.

Em nossa pesquisa, definimos o processo avaliativo participativo do único serviço da rede municipal de saúde especializado no atendimento domiciliar como nossa unidade de estudo, estabelecendo em seu interior vários níveis de análise, de modo a permitir diferentes planos de compreensão e explicação da intervenção considerada (Contandriopoulos et al., 1997-a).

b) O serviço

O Serviço de Atendimento Domiciliar da Prefeitura Municipal de Campinas (S.A.D.), inserido no SUS, iniciou suas atividades em junho de 1993, a partir de um projeto da Secretaria Municipal de Saúde, destinado inicialmente a pacientes acamados, com impossibilidade de deslocamento até os serviços convencionais e sua concepção denotava forte preocupação com a clientela geriátrica. Após a elaboração do projeto pelos dirigentes, a equipe inicial foi constituída através de seleção interna de trabalhadores da prefeitura.

Sua equipe, embora comportando flutuações eventuais, é composta basicamente por:

- dois médicos (totalizando 50h semanais)
- dois enfermeiros (totalizando 72h semanais)
- oito auxiliares de enfermagem (totalizando 288h semanais)
- um terapeuta ocupacional (30h semanais)
- dois fisioterapeutas (totalizando 60h semanais)
- um coordenador (30h semanais)
- um auxiliar administrativo (40h semanais).

O S.A.D. funciona de segunda à sexta-feira, das 7:30 às 17h, sendo que, em caso de intercorrências fora de seu período de funcionamento, os usuários são orientados a procurar as unidades básicas com o horário estendido ou os pronto-atendimentos dos hospitais.

Sua área de cobertura é relativa a cinco unidades básicas de saúde, localizadas no distrito regional sul do município. Esta área compreende sessenta e cinco bairros, dos quais quatorze são considerados favelas, totalizando noventa e cinco mil habitantes, em uma área física de vinte quilômetros quadrados.

O gerenciamento da equipe é baseado na forma colegiada de gestão, havendo uma reunião semanal com todos os integrantes da equipe para discussão dos casos acompanhados e de questões administrativas.

O serviço conta com duas viaturas e dois motoristas exclusivos que dão apoio à efetivação de uma complexa escala diária de assistência que deverá contemplar as necessidades dos usuários, os recursos humanos disponíveis e a racionalização do itinerário.

c) O contrato

Nossos trabalhos de campo junto ao Serviço de Atendimento Domiciliar da Prefeitura Municipal de Campinas tiveram início a partir de um encontro com a equipe para que pudéssemos apresentar e discutir a proposta. Este encontro foi precedido, por orientação da coordenadora do serviço, de apresentação da proposta de pesquisa para sua formalização, junto ao diretor de saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

No primeiro encontro com a equipe, apresentamos um roteiro com nossas intenções de realizar um processo de avaliação participativa junto ao serviço e as diretrizes básicas inerentes a nossa proposta. Pudemos, nesse momento, explicitar as motivações básicas de diferentes ordens (pessoais, institucionais e acadêmicas) que nos motivavam a aumentar a compreensão sobre a modalidade assistencial incorporada por aqueles trabalhadores através do serviço de saúde por eles conduzido.

Houve anuência por parte do grupo quanto a efetivação da pesquisa, ficando o mesmo ciente de que os trabalhos se desenvolveriam através de acompanhamento da rotina dos trabalhadores, anotações em um diário de campo, entrevistas com profissionais de outros serviços e usuários, além de consultas a documentos do serviço e literatura sobre o assunto. Salientamos, porém, que estes métodos poderiam ser alterados dependendo do caminho a ser tomado pela pesquisa a partir da interação com os grupos de interesse.

Para Guba & Lincoln (1989), o contrato deve ser redigido para proteção do avaliador e avaliando quanto a eventuais más-interpretações, usos indevidos ou desentendimentos entre as duas partes oriundas de expectativas não contempladas. Para estes autores, o contrato deve conter os propósitos da avaliação (se somativa, formativa, etc.), estabelecendo acordo dos avaliandos com as condições para a produção do círculo hermenêutico, garantia de anonimato e acesso aos documentos, além da descrição da metodologia a ser usada e definição dos agentes do processo, cronograma e resultados esperados

da mesma. Embora concordemos, em princípio, com os elementos básicos para o contrato entre avaliador e avaliado, sugeridos por Guba & Lincoln (1989), as peculiaridades de nossa pesquisa avaliativa demandaram outras alternativas.

Uma vez que a pesquisa foi uma oferta do pesquisador e não uma demanda do serviço, o grau de interesse e envolvimento do grupo foi, inicialmente, muito diverso para os dois lados, como se poderia prever. Isto foi perceptível no primeiro encontro no qual nossas explicações eram seguidas de longos silêncios, ainda que tenhamos estimulado o surgimento de questões por parte do grupo. Esta ausência de questões evidenciou, simultaneamente, o natural e esperado distanciamento do grupo com a proposta, somado a um certo receio suscitado pela chegada de um elemento externo, representado pelo pesquisador, propondo realizar uma avaliação – palavra que remete a fantasias de desvelamentos de diversas ordens, como discutiremos à frente.

Assim sendo, o primeiro encontro resumiu-se à apresentação das diretrizes gerais e à formalização do que poderíamos considerar um contrato inicial com o grupo. A explicitação gradual e progressiva de maneira didática de nossos intentos viria a acontecer no transcorrer de nossos trabalhos, que propiciou oportunidades para o conhecimento mútuo e o estabelecimento de relações de confiança. Paralelamente, foram sendo criados canais de comunicação que permitiriam ao grupo de trabalhadores formular e explicitar seus interesses e questões relativas ao serviço.

Uma apresentação inicial estruturada e completa teria sido inadequada e incoerente aos propósitos de um projeto que não se pretendia acabado e definitivo, mas a ser coletivamente definido e incorporado. Parte dos encontros subsequentes que tivemos com a equipe do serviço destinou-se à apresentação e discussão gradativas do arcabouço ético e teórico que sustentavam nossa prática, apresentação esta sempre aberta às intervenções e contribuições dos participantes. O contrato foi assim construído, compreendido e eventualmente revisado ao longo do desenvolvimento dos trabalhos.

d) A observação participante

A utilização de métodos oriundos da etnografia no campo específico da avaliação foi discutida em profundidade por Knapp (1997), a partir da análise de sua utilização para a avaliação de escolas experimentais nos EUA, tendo o autor concluído que são muitas e significativas as dificuldades para incorporar intacto o modelo etnográfico convencional aos modelos da pesquisa avaliativa.

Para o autor, os métodos etnográficos teriam suas vantagens especialmente aproveitadas em estudos circunscritos ou reduzidos a aspectos de determinados programas, ou em serviços de pequena magnitude. As referidas vantagens do método seriam sua abertura, atenção para o conjunto de significados atribuídos pelos integrantes do grupo a diferentes aspectos do contexto e a sensibilidade para identificar interações sutis entre o programa e o contexto ambiental (Knapp, 1997).

Em nosso caso, utilizamos a observação participante em boa parte da pesquisa, sobretudo naquela que antecedeu a realização dos grupos focais. Entendemos como observação participante a coleta de dados através da inserção e participação do observador na rotina cotidiana da instituição ou grupo estudado, com o intuito de conhecer as situações com as quais seus integrantes se deparam e como se organizam em torno delas além de, através de conversas com os seus componentes, identificar as interpretações que os mesmos têm a respeito dos fatos observados (Becker, 1997).

A utilização da observação participante mostrou-se adequada para os nossos propósitos de compreender a dinâmica deste serviço de atendimento domiciliar e também como oportunidade de interagir com os seus componentes no sentido de explicitar mais adequadamente nossos propósitos, como dissemos no tópico referente ao contrato. Além disso, a observação participante e a interação com os trabalhadores do S.A.D. permitiram identificar outros grupos de interesse ligados ao serviço, como veremos a seguir.

e) A identificação dos grupos de interesse (stakeholders)

Conforme ressaltado no primeiro capítulo, programas e serviços inserem-se em um contexto social, interagindo com diferentes instâncias, modificando e sendo modificado pelos componentes deste último (Hartz, 1997), fazendo interface com diversos atores.

Dessa forma, a inclusão no processo avaliativo de representantes de diferentes segmentos envolvidos em um programa ou serviço, na qualidade de condutores ou beneficiários do mesmo, vem sendo defendido por diversos autores para aumentar a chance de utilização dos resultados da avaliação (Patton, 1997), para estimular a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos (Feuerstein, 1990), para a consideração dos diferentes interesses, questões e reivindicações existentes (Guba & Lincoln, 1989), para relevar as aprendizagens silenciosas do cotidiano (Lehoux, Levy & Rodrigue, 1995), propiciar espaço para negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos (Campos, 1997-a; Bezzi, 1999), ainda que ponderando algumas dificuldades (Mercier, 1997) ou novas demandas (Weiss, 1983) provenientes desta opção.

A importância da inclusão de diferentes segmentos no processo avaliativo tem chegado a tal ponto que o seu grau de inserção no processo avaliativo tem sido utilizado como parâmetro para caracterizar o tipo da avaliação realizada. Assim, segundo o grau de inclusão de potenciais envolvidos, a avaliação pode ser classificada em: independente, participativa ou voltada para a capacitação e desenvolvimento dos implicados (Rossi et al., 1999).

A avaliação é considerada independente quando as tarefas de planejar, executar e disseminar os resultados da avaliação ficam primordialmente a cargo de um especialista. É considerada participativa quando um ou mais grupos de interesse são diretamente envolvidos no planejamento, condução e análise da avaliação juntamente com o avaliador (que pode ter o papel de líder do processo ou de consultor). Finalmente considera-se o processo avaliativo voltado para a capacitação e desenvolvimento dos grupos de interesse quando às características

da avaliação participativa, citadas anteriormente, são acrescentados dispositivos objetivando a capacitação dos envolvidos para conduzir suas próprias avaliações e aumentar seu controle e influência na condução de um programa ou serviço (Rossi et al., 1999).

Naturalmente, esta divisão tem a virtude de identificar eventual predominância de uma ou outra característica, uma vez que, na realidade, os três tipos básicos indicados podem combinar-se de diferentes formas. Em nosso caso, acreditamos ser a participação dos envolvidos um fator que estimula por si mesmo a capacitação e o desenvolvimento dos grupos envolvidos.

É nossa intenção desenvolver uma pesquisa que forneça subsídios para uma melhor compreensão dos processos envolvidos no atendimento domiciliar, mas que, ao mesmo tempo, promova a capacitação dos envolvidos, criando espaço para a análise, reflexão e superação de eventuais questões inerentes ao serviço avaliado, conciliando avanço dos conhecimentos e das práticas sanitárias. Como afirmou Campos,

“A normalização das noções sobre saúde e doença realizada somente a partir de conhecimentos positivos (anátomo-fisio-patológicos), ou estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológicos (formalismo crítico-qualitativo), tem propiciado uma pura idolatria dos meios e das formas, desligados dos fins, dos resultados e dos conteúdos das práticas sanitárias. O sofrimento e as doenças das pessoas, as possibilidades concretas de minorá-los, tudo isso tem ido para segundo plano” (1997-a, p.54).

Para que a pesquisa contribua com o enriquecimento das práticas de saúde faz-se necessário aumentar a compreensão das limitações e constrangimentos a que estão sujeitos os profissionais em suas áreas de atuação, envolvendo-os na construção de estratégias para a reformulação e aperfeiçoamento de suas práticas, postura que só poderá ser efetivada a partir do momento em que os trabalhadores sejam tomados não como um objeto de avaliação, mas como uma importante fonte de conhecimentos (Lehoux et al, 1995) e mudança (Campos, 1997-a).

De maneira geral e hipotética, todos os cidadãos são virtualmente interessados nos resultados de avaliações voltadas para o aperfeiçoamento de serviços e programas destinados ao desenvolvimento e bem estar comunitário. Na prática, no entanto, este interesse e a capacidade de fazer uso dos resultados do processo é restrito aos grupos mais diretamente envolvidos na condução ou no recebimento dos benefícios gerados, a saber, trabalhadores, usuários e respectivos familiares. Mesmo dentre estes, há uma diversidade significativa de idéias, visões de mundo e interesses a serem considerados na medida em que haja recursos disponíveis. Em caso contrário, devemos optar por um ou mais grupos a serem considerados os principais envolvidos (Rossi et al., 1999) ou principais usuários da avaliação (CDC, 1999).

Pretendemos, assim, realizar um percurso que considere efetivamente o ponto de vista de vários grupos de interesse de modo a aumentar a abrangência e diversidade de formulações relativas ao serviço avaliado, porém privilegiaremos as questões e interesses dos que consideramos os usuários imediatos da avaliação. Entendemos como usuários imediatos ou principais da avaliação aquela fração, dentre os grupos de interesse, capaz de decidir efetivamente sobre determinados aspectos do programa ou serviço (CDC, 1999) que, para esta pesquisa, é representado pelos profissionais que integram a equipe do S.A.D.

Nossa opção pela equipe condutora do serviço baseia-se na experiência, conhecimento e reflexão acumulados ao longo dos sete anos de sua existência (Nunes, 1999), sua inserção privilegiada para utilizar os resultados da avaliação (Patton, 1997; CDC, 1999) e nosso interesse em compreender esta nova prática assistencial a partir do conhecimento de seus atores (Lehoux et al., 1995) e ao mesmo tempo propiciando espaço para a capacitação e desenvolvimento dos mesmos (Campos, 1997-a). Para Rossi et al. (1999) a restrição a um ou outro grupo de interesse é inevitável, sendo que devemos deixar claro a partir de que grupo ou ponto de vista o processo avaliativo é conduzido.

Definidos os trabalhadores do serviço como usuários principais deste processo avaliativo, passamos a dirigir a estes, desde os primeiros contatos, indagações sobre quais outras pessoas, grupos ou instituições poderiam ser considerados de alguma forma interessados ou potencialmente afetados pelos resultados da avaliação que iniciávamos, de modo a identificar outros grupos de interesse (Guba & Lincoln, 1989). Foram apontados como potenciais outros grupos:

1. O conjunto de outros serviços de saúde do SUS que mantêm contato sistemático com o S.A.D.: Hospital Municipal Mário Gatti, os cinco Centros de Saúde dos bairros atendidos pelo serviço e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU);
2. Os cuidadores dos usuários;
3. Os usuários do serviço.

Como já colocado, grupos de interesse são aqueles que podem ser concretamente afetados pelo programa e que podem virtualmente ser atingidos pelas conclusões de uma avaliação a respeito do mesmo ou ainda aqueles que podem tomar decisões relativas à continuidade do serviço ou programa ou ao seu modo de funcionamento (Weiss, 1983).

Os gestores de níveis superiores da Secretaria Municipal de Saúde não figuraram entre as respostas dadas pelos trabalhadores do S.A.D. à nossa indagação sobre outros implicados ou interessados na condução do serviço e, portanto, potenciais participantes do processo. Tal omissão nos parece originária do contexto ainda verticalizado, autoritário e burocratizado de nosso sistema de saúde (Campos, 1997-a), carente de práticas participativas entre os diversos níveis e que, provavelmente, contribuem para a alienação e distanciamento entre os diversos segmentos.

Sendo assim, a inserção dos chamados níveis administrativos centrais poderia, contrariamente ao que pretendíamos, diminuir qualitativa e quantitativamente a participação da chamada "ponta do sistema" ou reforçar

nestes grupos mais próximos à condução diária do serviço a tendência a ressaltarem os aspectos desejáveis e hipotéticos do programa e não o que percebem como realidade (Chen, 1990).

Dessa forma, podemos supor que a inclusão de gestores centrais, normalmente ligados à prática de avaliações somativas, poderia suscitar temores e receios que impediriam a abertura e conseqüente análise de processos intrínsecos ao serviço. Poderia haver o temor de que eventuais resultados negativos do desempenho ou modo de funcionamento do serviço viessem a colocar em questão a própria continuidade do mesmo. Utilizando-se a linguagem própria do campo da avaliação, poderíamos dizer que a inclusão dos referidos gestores poderia levar à crença de tratar-se de uma avaliação normativa, destinada a verificar a adequação ou algum descompasso entre as normas e padrões pré-definidos e a efetiva produção de resultados do serviço.

Não podemos negligenciar os diversos receios que emergem quando a questão da avaliação é colocada, sobretudo quando sabemos que a idéia de avaliar inevitavelmente vem acompanhada de um imaginário que remete ao tempo dos exames e provas escolares. Temores suscitados pela temática da avaliação puderam ser identificados com freqüência durante nossos primeiros acompanhamentos de campo através de algumas brincadeiras feitas pelos profissionais em relação à nossa presença.

Iniciamos a pesquisa tendo definido como grupos de interesse: a própria equipe (usuária principal), os coordenadores das cinco unidades básicas que são área de abrangência do S.A.D., somados a representantes do Hospital Municipal Mário Gatti e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência e, finalmente, os cuidadores e pacientes do serviço. Porém permanecemos abertos a revelação de novos grupos de interesse durante a realização da pesquisa.

Importantes textos e manuais de referência em pesquisa avaliativa preconizam que o percurso avaliativo deva iniciar-se pelo engajamento dos grupos de interesse, seguido da descrição do programa (efeitos esperados, atividades,

recursos, modelo teórico, etc.), elaboração do desenho da avaliação (propósitos, objetivos, usuários da avaliação, questões e métodos a serem empregados no processo), coleta de evidências (definição de indicadores, fontes, apoio logístico), conclusões (padrões, critérios, interpretação, julgamento e recomendações) e finalmente garantir a utilização e compartilhamento das lições aprendidas (W.K. Kellogg Foundation, 1998; CDC, 1999; Rossi et al., 1999).

Nesta pesquisa, no entanto, a coleta de dados através das observações de campo precedeu todas as outras etapas, tendo inclusive contribuído para a identificação dos grupos de interesse. A partir da compreensão dos objetivos e das atividades desenvolvidas pela equipe do serviço, com base no acompanhamento de suas rotinas diárias, pudemos estabelecer uma relação de confiança que permitiu a construção coletiva e o desenvolvimento dos passos seguintes, tais como a identificação dos referidos grupos e a construção do modelo teórico.

f) A Construção do Modelo Teórico do S.A.D.

O modelo teórico é uma representação da forma como se supõe operar um programa ou serviço, correlacionando efeitos a curto e longo prazo com as atividades, processos, hipóteses e princípios do mesmo (W.K. Kellogg Foundation, 1998) de forma esquemática. O referido modelo deve sintetizar os aspectos gerais do programa incluindo os problemas sobre os quais se pretende intervir, a estrutura necessária ou disponível, atividades, resultados esperados, efeitos e interações com o contexto. O modelo teórico deve ser apresentado utilizando-se de representações gráficas comum aos fluxogramas (Earp & Ennet, 1991), de modo a demonstrar de forma pedagógica os elos e sincronidades das categorias ali representadas.

O modelo teórico é um instrumento central nas avaliações baseadas na teoria do programa (Chen, 1990), voltado para a análise dos objetivos da intervenção e dos respectivos meios empregados (Contandriopoulos et al, 1997b). A avaliação baseada na teoria permite mostrar não somente quantidades de

modificações eventualmente ocorridas, mas também como as modificações ocorreram, a partir da análise dos passos previstos na operação do programa ou serviço (Weiss, 1997; Rossi et al., 1999).

Uma das razões preponderantes do interesse por avaliações baseadas na teoria do programa ou serviço deve-se à incapacidade da maioria dos desenhos experimentais em avaliação de expor os fatores responsáveis pelos acertos ou pelas falhas de um programa, ainda que tais desenhos sejam eficazes para a estimativa do impacto dos mesmos (Weiss, 1997).

A avaliação baseada na teoria utiliza-se de modelos lógicos, mas não se resume a isto, uma vez que visa a estudar os mecanismos pelos quais um determinado efeito é atingido e suas relações com uma ou mais das atividades desenvolvidas no programa. Dessa forma, o conhecimento dos pilares essenciais que conformam um programa, proporcionado pela avaliação da teoria que o sustenta, permitirá sua análise e também sua adaptação em outras instâncias, porém garantindo sua integridade básica e evitando abrir mão dos componentes-chaves que o tornam efetivo (Weiss, 1997; Rossi et al. 1999).

Em nosso trabalho, a análise da teoria do serviço não se constitui em nosso interesse central, nem foi conduzida com base no cotejamento de seu modelo teórico com o referencial científico existente a respeito, como preconizado por alguns autores como Rossi et al. (1999). A explicitação do modelo teórico está mais voltada para a construção, atualização e formação de consenso em torno de um referencial comum, constituindo-se em base e referência para os passos seguintes da avaliação.

Devemos atentar para o fato de que, no caso do modelo teórico, o termo teoria não é utilizado em seu sentido epistemológico de um enunciado geral, interligando logicamente proposições explicativas de um fenômeno de interesse (Alves, 1987; Chalmers, 1993), mas é tomado em um sentido menos abstrato e mais específico, relativo ao conjunto de crenças e suposições que interligam as atividades de um programa (Weiss, 1997). Assim, o modelo teórico diz respeito às

concepções que deram origem e sustentam as ações de um programa ou serviço e que, por sua vez, estão ligadas a teorias em seu sentido amplo (Earp & Ennet, 1991).

Raramente os serviços ou programas possuem um modelo teórico explicitado e documentado (Aguilar & Ander-Egg, 1995). Naturalmente, os coletivos voltados para a produção (Campos, 2000-a) operam segundo um determinado modelo que, freqüentemente, encontram-se implícitos. Neste caso, o avaliador deverá trazê-lo à tona e (re)construí-lo a partir de informações colhidas de diferentes fontes como a observação em campo, vários tipos de documentos, pesquisas anteriores e segundo as próprias conjecturas do pesquisador (Weiss, 1997).

Segundo Chen (1990), a construção do modelo teórico do programa pode ser baseada exclusivamente nas idéias, perspectivas e expectativas dos grupos de interesse (stakeholder approach) ou no corpo de conhecimentos do avaliador a partir das ciências sociais (social science approach). Para o autor, a abordagem baseada exclusivamente nas percepções dos grupos de interesse pode estar distorcida pela tendência destes em exprimir o que seria desejável, ou foi inicialmente concebido em relação ao programa e não como o percebem na prática. Já a abordagem centrada nas teorias das ciências sociais, defendida entre outros por Rossi et al. (1999) possibilitaria a compreensão em profundidade e melhor entendimento das estruturas, processos e conseqüências, porém prescindindo de importantes contribuições provenientes do ponto de vista dos envolvidos.

Ainda que tradicionalmente partidário da primeira perspectiva, o autor identifica a necessidade de uma terceira abordagem que contemple as virtudes das duas anteriores, integrando-as (integrative approaches), de tal forma a articular o produto da participação dos grupos de interesse na construção do modelo teórico, que o tornará mais detalhado e completo, com elementos teóricos das ciências sociais que permita realizar decomposições, análises e sínteses em torno da elaboração da concepção teórica do serviço (Chen, 1990).

Esta terceira via para a construção do modelo teórico nos parece mais pertinente na medida em que, como já dissemos no capítulo anterior, os grupos de interesse esperam mais do que incorporar ou verem contemplados os seus pontos de vista no processo, anseiam também por novas informações e esclarecimentos (*insights*), a serem ofertados pelo avaliador e outras fontes externas (Chen, 1990), de modo a promover releituras de sua própria realidade (Campos, 2000-a).

O modelo teórico pode e deve prestar-se para a identificação de questões para a avaliação, uma vez que este oferece um mapa de conexões entre os componentes do programa e os resultados (intermediários ou finais) esperados, bem como as suposições ou hipóteses que interligam o programa (W.K. Kellogg Foundation, 1998). Esta disposição analítica dos componentes e fluxos de um programa ou serviço permite fazer correlações, identificar possíveis fontes de acertos ou problemas (Weiss, 1997) e hipóteses conceituais ou de ação.

Segundo Chen (1990), a construção de uma adequada descrição e compreensão do programa através do modelo teórico, deve ser legitimada através de sua apresentação e discussão junto aos principais envolvidos no processo avaliativo. Porém, mais do que legitimar, tal procedimento costuma possibilitar um espaço para que os próprios envolvidos possam clarear e atualizar suas idéias sobre como concebem e supõem operar o programa ou serviço, além de possibilitar o estabelecimento de consensos e discussão de dissensos em torno do mesmo (Guba & Lincoln, 1989; CDC, 1999).

Nesta pesquisa, ao longo da coleta de dados, através da observação participante, da leitura dos documentos, dos grupos focais e da literatura sobre o tema, fomos compondo uma proposta de modelo teórico para o S.A.D. que, após concluída, foi apresentada à equipe (vide figura 4). Tivemos o cuidado, durante a elaboração da proposta do modelo teórico, de nos aproximarmos ao máximo do que seria a concepção própria do grupo sobre o serviço que operam, de forma que o produto final espelhasse o mais fielmente possível o referencial teórico dos mesmos, ainda que cotejados com instrumentais inerentes ao pesquisador (Chen, 1990).

Consideramos como modelo teórico não só o encadeamento lógico de ações e resultados do serviço, mas também sua missão e objetivos. A apresentação e discussão do que seria o modelo teórico do S.A.D. foi precedida de algumas orientações, utilizando-se de recursos pedagógicos, para ampliar a capacidade do grupo em apropriar-se do modo como estavam elaboradas e organizadas as informações ali colocadas, a fim de que pudessem fazer uma análise crítica do material. Esta postura foi recorrente durante todo o processo, de modo a tornar os métodos utilizados sempre acessíveis e compreendidos pelo grupo (Feuerstein, 1990).

Não ocorreram, por parte da equipe, alterações significativas no modelo teórico apresentado a não ser o acréscimo de outros serviços não citados e com os quais o S.A.D. interage em seu contexto. Houve polêmica em torno das características das ações desenvolvidas pelo serviço junto aos pacientes ou mais precisamente, surgiram dissensos entre o grupo sobre a utilização dos termos “cuidados paliativos” e “deterioração”, deliberando-se finalmente por suas substituições, respectivamente, por “cuidados aos doentes terminais” e “agravamento”.

Alegou-se que *paliativo* dava a entender algo inócuo, pontual, indicando quase descompromisso com o tratamento; com relação à *deterioração* argumentou-se pela sua substituição devido ao caráter pejorativo inerente ao termo. Devemos notar que os motivos para a recusa na utilização dos referidos termos não estão ligados a questões de compreensão objetiva de seus significados, uma vez que pertencem ao jargão da área (Roucoules & Perlemuter, 1990), mas poderiam estar ligadas às representações que estes sugerem ao grupo.

Se, após o século XIX, com o desenvolvimento tecnológico e científico da medicina ocorre uma recusa do médico em falar de doença e morte ao paciente (Pitta, 1996), podemos nos indagar até que ponto a recusa em se deparar com algumas das atribuições do serviço não teriam a ver com a própria dificuldade dos

profissionais em lidarem com a inexorabilidade de determinados processos patológicos, a despeito de todos os esforços da equipe para superá-los.

O dissenso entre o grupo poderia indicar a dificuldade, por parte do mesmo, em se deparar com características essenciais de sua clientela, composta por idosos, com seqüelas importantes e reduzido grau de autonomia (Nunes, 1999), freqüentemente refratária ao tratamento, ainda que oferecido com empenho e qualidade pelos profissionais.

Com relação à missão do serviço (vide quadro 1), o detalhamento das dificuldades de locomoção em parciais ou totais, a especificação da atenção como “multiprofissional” e a citação das sub-áreas do distrito de saúde sul cobertas pelo serviço foram acrescentadas a uma proposta de redação de missão inicialmente bem mais concisa.

“O Serviço de Atendimento Domiciliar (S.A.D.) da Prefeitura Municipal de Campinas, atende a domicílio pessoas com dificuldades de locomoção parcial ou total relacionadas às patologias invalidantes, com necessidade de atenção multiprofissional, residentes nas áreas do distrito Sul do município de Campinas, cobertas pelos Centros de Saúde: Vila Ipê, Santa Odila, Orozimbo Maia, Esmeraldina e Paranapanema, buscando melhoria das condições gerais do paciente e aumento da autonomia e qualidade de vida de usuários e cuidadores.”

Quadro 1 – Missão do Serviço de Atendimento Domiciliar analisado

O trabalho em equipe de caráter multiprofissional reveste-se de grande importância para o grupo, como pudemos constatar através dos escritos e do discurso de seus integrantes. Acrescida à relevância da pluralidade de profissionais, encontramos a importância dada à expansão do próprio papel profissional como condição necessária ao exercício da atenção domiciliar, postura espelhada de modo privilegiado no modelo teórico (vide figura 4).

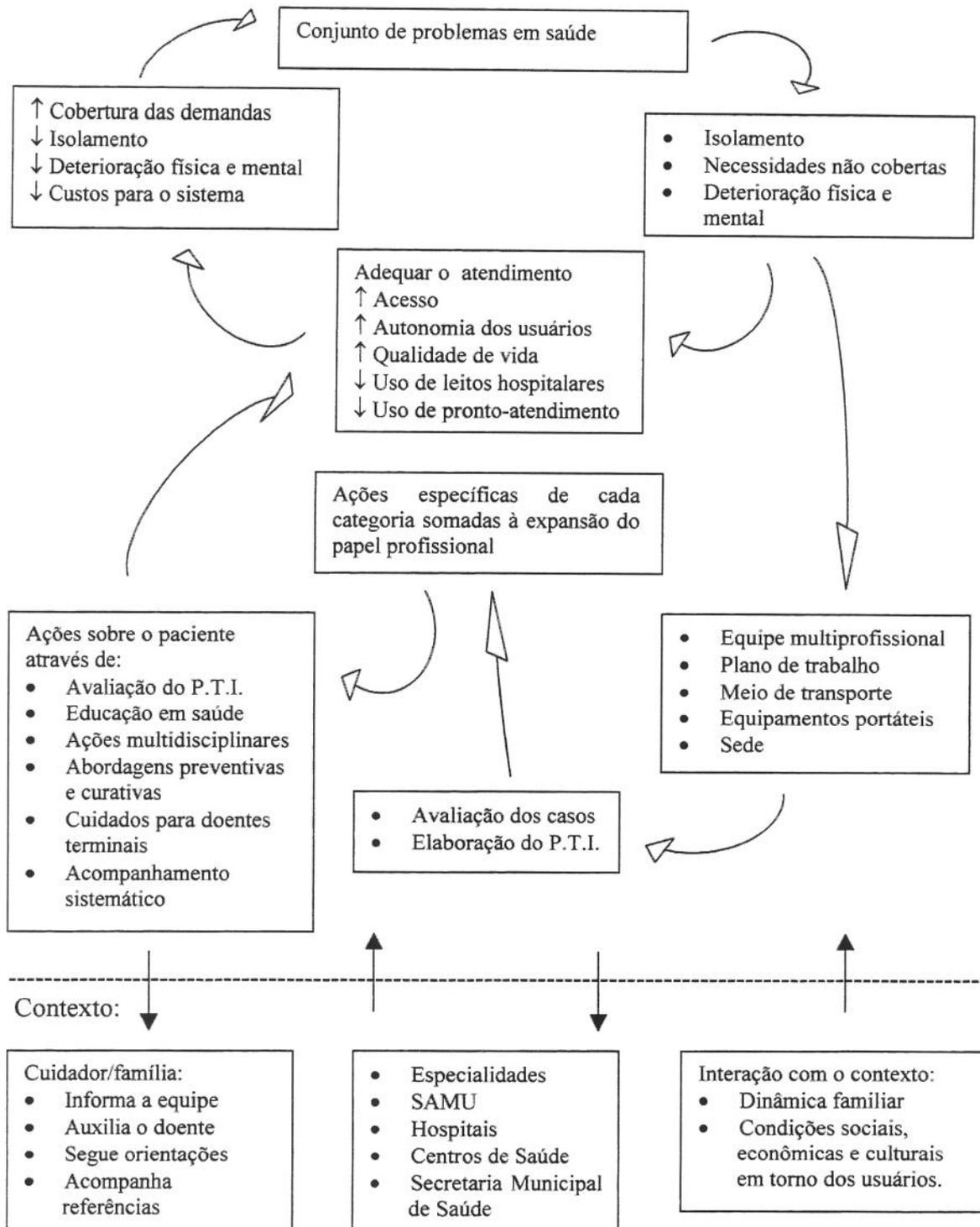


Figura 4 – Modelo teórico do S.A.D.

Este destaque dado à expansão do papel profissional (vide figura 4), parece advir das novas demandas colocadas ao exercício profissional, a partir de sua atuação fora dos limites físicos da instituição, no contexto do paciente (Cruz, 1999). O contato direto com toda ordem de complexidade impõe novos desafios à atuação profissional, como pudemos verificar através das colocações feitas durante a realização de alguns grupos, quando os profissionais puderam relatar intervenções inter-setoriais por eles empreendidas a partir da identificação de necessidades urgentes dos usuários.

O papel modificado e ampliado dos profissionais executores de atendimento em domicílio parece uma questão importante, como pudemos depreender a partir de outras fontes de coleta de dados e da análise do modelo teórico, dada a posição central e de pré-condição para a efetivação das várias ações assistenciais do S.A.D. que a expansão das atribuições profissionais assume na cadeia de fluxos do serviço (vide figura 4). Questões relativas às transformações nos papéis profissionais advindas desta nova modalidade de tratamento configurarão em categoria de análise do referido serviço mais adiante.

Os encontros com o grupo do S.A.D. para a atualização e (re) construção da imagem-objetivo, modelo teórico e objetivos do serviço possibilitaram a explicitação de questões, a discussão e a formação de alguns consensos em torno de aspectos fundamentais do serviço. Como apontado por outros autores (Wholey, 1982; Weiss, 1997; Rossi et al. 1999), trazer à tona as justificativas teóricas e concepções sobre o qual o grupo opera pode tornar-se material suficiente para desencadear esclarecimentos e atualizações, elucidar questões, convergindo para o que Campos (2000-a) identifica como oportunidade de revisão do Texto construído pelo grupo. Segundo o relato de alguns profissionais a elaboração do modelo teórico:

“Clareou o objetivo do trabalho, a necessidade da equipe em acordar, deu para pensar... a equipe estava precisando, vai ser rico.”

“Quando se escreve, a idéia fica mais formada.”

“Quando colocado no papel, dá para perceber que falta muita coisa para conhecer, problemas para enfrentar.”

Identificamos aí um, dentre outros momentos possíveis, em que a avaliação pode tornar-se um importante elemento desencadeante de discussões, reflexões e revisões em torno do avaliando, configurando-se em um verdadeiro dispositivo (Baremlitt, 1992; Campos, 2000-a) para a mudança e o engendramento de reorganizações no espaço institucional ou grupal.

O estabelecimento da missão, objetivos e do modelo teórico do programa é de fundamental importância para o processo avaliativo e não se configura como uma tarefa simples, a despeito da concisão do produto final, o que pode, eventualmente, ocultar a complexidade da tarefa (Earp & Ennet, 1991). O conjunto de princípios que norteia um programa deverá tornar-se a referência fundamental para as decisões subseqüentes da avaliação, configurando-se em importante fator para a definição dos caminhos a serem trilhados pela mesma.

Por outro lado, estes mesmos princípios servirão como critérios para a análise dos resultados do processo avaliativo, razão pela qual, eventuais discordâncias entre os grupos de interesse em torno deste referencial devem ser discutidas e superadas de modo a estabelecer um consenso em torno das características básicas do objeto da avaliação (CDC, 1999).

Finalmente, devemos notar que, no modelo teórico validado pelo grupo, a dinâmica familiar e os cuidadores encontram-se inseridos no espaço destinado ao contexto, o que parece indicar uma posição marginal ocupada por estes elementos em relação a outros considerados mais centrais no desenvolvimento do serviço focado. Questões relativas à inserção familiar e ao cuidador serão mais detalhadas e discutidas ao apresentarmos os resultados do grupo focal realizado com os cuidadores.

Uma vez estabelecido o que chamamos de conjunto de princípios que norteiam o programa, constituídos pela missão, os objetivos e modelo teórico que referenciam a prática do serviço, passamos a trabalhar com o grupo em torno da definição da principal, ou principais, questões a serem consideradas no processo avaliativo, como veremos adiante.

g) Definindo as questões da avaliação e a coleta dos dados

Definido o modelo teórico – que representa também a constituição de consensos sobre as bases do serviço – além dos grupos de interesse e do principal grupo usuário dos resultados da avaliação, passamos à definição das questões consideradas mais relevantes por estes últimos.

A definição destas questões estabelece o alcance e os limites do processo e os aspectos do serviço ou programa a serem enfocados pela avaliação, propiciando também a revelação pelo grupo de suas concepções a respeito do que esta poderia responder, apontando suas virtualidades (CDC, 1999).

Um processo avaliativo nunca é isento, mas ao contrário, é influenciado por determinações de diferentes ordens, inclusive políticas (Denis et al, 1996; Contandriopoulos et al., 1997-b). Assim sendo, os propósitos primordiais do processo e suas motivações, explicitadas ou não, desempenharão papel decisivo na definição das questões da avaliação (W.K. Kellogg Foundation, 1998).

Se, por um lado, a definição dos métodos a serem utilizados na avaliação depende das perguntas formuladas (Cook & Reichardt, 1997; Patton, 1997), por outro, a determinação destas últimas originam-se em diferentes instâncias: individual, acadêmica, social, política, entre outras. Daí que por mais isento que se pretenda seja o percurso da avaliação, sua estruturação e condução necessariamente estarão sob a influência de diferentes ordens, como a definição do tipo das perguntas e a utilização prevista para os resultados, fato em que se baseiam alguns autores para argumentar em favor de um processo de negociação

e participação de modo a evitar ou atenuar a ocorrência de eventuais vítimas do processo (Guba & Lincoln, 1989; Patton, 1997).

Neste trabalho, como já foi dito, as motivações do processo fundaram-se nas perspectivas de aumento da compreensão desta nova modalidade de atenção em saúde representada pelo atendimento domiciliar e na perspectiva de tornar o processo de pesquisa avaliativa um dispositivo para a capacitação e desenvolvimento dos grupos de interesse do serviço, especialmente os seus trabalhadores, instaurando um processo participativo (Demo, 1996), além de fornecer subsídios para a discussão de novas perspectivas para a avaliação.

Nesse sentido, as questões se fundamentarão nas dúvidas, impasses e temas caros aos grupos de interesse e nas indagações do pesquisador concernentes a uma nova modalidade de atenção em saúde representada pelo atendimento extra-muros, ocorrendo o processamento das primeiras em um contexto de busca de alternativas à avaliação ortodoxa.

Nossa compreensão será construída a partir da análise das perguntas com relação ao serviço em questão e das respectivas respostas que forem se configurando ao longo do estudo provenientes dos grupos de implicados. Ou seja, a apreensão da modalidade assistencial de atendimento domiciliar e as reflexões em torno de questões pertinentes ao campo da avaliação serão simultaneamente elaboradas nos meandros da (re)construção e reflexão sobre o serviço a serem realizadas pela equipe ao longo do processo avaliativo.

Os profissionais do S.A.D., durante uma reunião de trabalho iniciada com a discussão para validação do modelo teórico, definiram onze aspectos do serviço que deveriam ser alvo do processo avaliativo em curso. Todos os participantes puderam sugerir temas que receberam votos de modo a evidenciar o nível de interesse em torno de cada aspecto. Listamos abaixo os temas indicados em ordem decrescente de votos que obtiveram do grupo:

1. O funcionamento da equipe
2. A capacitação técnica dos profissionais
3. Satisfação dos familiares
4. Satisfação dos outros serviços
5. O gerenciamento da equipe
6. Os salários dos profissionais
7. Critérios de alta e inclusão
8. Missão e objetivos do serviço
9. Ambiente físico e condições de trabalho
10. Transporte
11. O papel profissional

Não houve, por parte do grupo, rejeição a nenhuma das questões sugeridas pelos seus integrantes, sendo que estes aspectos do serviço a serem avaliados, indicados livremente pelos presentes, revelam a diversidade de interesses e concepções do que possa tornar-se objeto de avaliação, conforme apontado por outros pesquisadores (Rossi et al., 1999; CDC, 1999).

Para o processamento das onze questões colocadas, optamos por agrupá-las segundo suas relações com o modelo teórico (Contandriopoulos et al., 1997-b) ou com base em sua relação com um dos componentes da tríade estrutura-processo-resultado (Donabedian, 1992). Embora a concepção original da tríade pressuponha a inclusão de missão e objetivos dentro do que se convencionou chamar de estrutura, optamos por destacá-los em torno de aspectos relativos ao modelo teórico dada a importância central assumida pelos mesmos como referenciais para o desenvolvimento deste processo avaliativo.

O agrupamento das questões ficou assim configurado:

- relativos ao modelo teórico: missão e objetivos do serviço (item 8).
- relativos aos resultados: satisfação de familiares e dos outros serviços (itens 3 e 4).

- relativos ao processo: funcionamento da equipe, gerenciamento da equipe, critérios de alta e inclusão e o papel profissional (itens 1, 5, 7 e 11).
- relativos à estrutura: capacitação técnica, salários, ambiente físico e condições de trabalho, transporte (itens 2, 6, 9 e 10).

As categorias delimitadas acima nos parecem pertinentes para a análise e reflexão da forma como o serviço é concebido e operado por parte de seus condutores e as respostas às questões apresentadas podem prover bases para a sua compreensão e para eventuais acertos, aperfeiçoamentos ou tomadas de decisões por parte da equipe.

Os aspectos ligados aos resultados serão aqui considerados na medida em que subsidiem a análise e intervenção sobre o processo por parte dos envolvidos e não como indicador privilegiado ou exclusivo, como ocorre em avaliações centradas nos efeitos ou resultados. Questões relativas à estrutura, serão consideradas somente enquanto causa relevante ou conseqüência direta de aspectos condizentes com a concepção teórica ou ao processo e/ou resultado das atividades desenvolvidas pelo serviço e não serão analisadas em si, uma vez que o processamento das questões ali inseridas fugiria às possibilidades e pretensões deste estudo.

A seguir apresentaremos as questões tais como agrupadas, seguidas de análise de cada uma delas: sua pertinência e inserção no processo, possíveis determinantes de seu surgimento e métodos a serem utilizados para o seu processamento. Discutiremos também, ainda que brevemente, outras questões significativas que eventualmente tenham sido omitidas.

1. As questões relativas ao modelo teórico – Entendemos a demanda por avaliação da missão e objetivos do S.A.D. como indicador da necessidade de revisão dos pressupostos, articulações e referenciais utilizados pelo serviço para a consecução de seus objetivos por parte da equipe. Esta análise da adequação da teoria, dos recursos e atividades propostas para o enfrentamento dos problemas

que a intervenção propõe superar, aproxima-se da modalidade avaliativa chamada de análise da intervenção, conforme o referencial proposto por Contandriopoulos et al. (1997-b).

Como já dito no tópico precedente, a explicitação do modelo teórico que sustenta as ações dos profissionais propicia sua revisão, pois inevitavelmente o modelo será posto em questão, provendo bases para a sua atualização, discussão de consensos e dissensos e consideração das implicações do acúmulo de experiência pela equipe ao longo do tempo e das transformações do contexto, uma vez que os modelos são realimentados e sofrem interferência de uma realidade em constante mudança, provenientes inclusive dos resultados gerados pelo próprio serviço ou programa.

Ao colocar em questão a forma como concebe e organiza sua intervenção, a equipe do S.A.D. estaria disposta a rever, através da avaliação, o seu “Texto Geral” (Campos, 2000-a). Ao contrário do que ocorre normalmente, quando os grupos tendem a tomar o conjunto de pressupostos que compõem o seu Texto como dogma e não como uma dentre outras perspectivas possíveis (Campos, 2000-a), o desejo de rever questões ligadas ao modelo teórico poderia indicar a disponibilidade dos envolvidos em agregar novos sentidos e articulações ao mesmo.

A avaliação dos objetivos e missão do serviço iniciou-se com sua explicitação durante a elaboração do modelo teórico, devendo prosseguir através de seu cotejamento com informações originárias de outras fontes. O modelo teórico validado pela equipe será constantemente checado na medida em que servirá de referência para o processamento dos dados originados nos grupos de discussão da equipe, grupos focais com outros grupos de interesse, observação participante e entrevistas, entre outros, sendo também confrontado com a prática do próprio S.A.D.

Outra importante forma de avaliar o modelo teórico ocorre na medida em que este serve de referencial para o processamento de questões formuladas pelo grupo no transcorrer do processo avaliativo. Ou seja, o arcabouço teórico do serviço é avaliado diretamente através da análise, pela equipe, de seus objetivos e do modelo que sustenta suas ações, sendo estas dimensões também, e inevitavelmente, avaliadas quando outros aspectos do serviço são considerados, já que necessariamente repousarão ou indicarão a existência de conflitos com as concepções que conformam este mesmo modelo teórico.

2. As questões relativas ao processo – aqui reunimos as questões do grupo relativas ao seu interesse em avaliar o gerenciamento e funcionamento da equipe, critérios de alta e inclusão e o papel profissional.

Em um processo avaliativo que se pretende participativo, formativo e tornado dispositivo de mudança do avaliando, a análise do processo toma relevância capital. A compreensão do *modus operandi*, das articulações entre as atividades desenvolvidas e das relações estabelecidas entre a equipe permitiria a consideração de questões cruciais para o conhecimento dos trabalhos por um lado e o provimento de respostas que poderiam contribuir para a superação de limitações, por outro.

Localiza-se justamente neste agrupamento a questão que aglutinou o maior número de pessoas da equipe em torno de sua importância – o funcionamento da equipe. Eleita como a principal questão a ser avaliada dentre todas aquelas apontadas pelo coletivo, a escolha do “**funcionamento do grupo**”, segundo os seus componentes, refere-se a necessidade de avaliar a organização, formas de comunicação e interação entre os profissionais do serviço, lançando luzes sobre a dinâmica interna do serviço. Ainda que de forma mais ou menos tácita, esta demanda evidenciou a necessidade apontada pelo grupo de analisar e refletir sobre as relações interpessoais e profissionais do grupo.

O “**gerenciamento da equipe**”, também apontado como tema de avaliação, foi agrupado em torno da categoria processo, visto que necessariamente implicará na discussão das formas de poder, definição e distribuição de tarefas e níveis de participação dos implicados na condução do serviço.

No entanto, para Rossi et al. (1999), as questões da avaliação de programas devem direcionar-se para a performance e/ou efetividade do mesmo, de modo a que o processo avaliativo responda a um ou mais dos seguintes aspectos: as necessidades sociais que justificam o programa, sua concepção teórica, atividades, grau de implementação, produtos, efeitos, impacto, eficiência. A partir deste referencial, as duas questões ligadas ao funcionamento e gerenciamento da equipe teriam que ser ignoradas, uma vez que tangenciariam o que se entende normalmente por investigações legítimas de um processo avaliativo.

Porém, estas questões não nos parecem oriundas do acaso ou de peculiaridades inerentes a um dado momento do grupo em questão. Trata-se, a nosso ver, de indagações originárias no fato de ser o serviço inovador em vários aspectos, inexistindo modelos ou referenciais sobre os quais os trabalhadores poderiam se pautar, daí a necessidade identificada por seus integrantes em esclarecer componentes de seu próprio funcionamento, de modo a compreendê-lo, questionando e refletindo sobre seus papéis individuais e coletivos, inusuais nas modalidades convencionais.

Além disso, sabemos que existem outros fatores que determinam fortemente o modo como opera um coletivo e que podem ser decisivos para a qualidade dos trabalhos desenvolvidos em um programa ou serviço. Tais fatores diriam respeito a aspectos de outra ordem, relativos à sua genealogia e ao seu modo de produzir coisas, pessoas e a própria organização (Campos, 2000-a), ou seja, aos aspectos da dinâmica, das relações e do poder no funcionamento do grupo em diversos níveis e como estes reinterpretem sua própria realidade, dando a conformação final do serviço.

Segundo Campos (2000-a), faz-se necessário um referencial que permita a consideração destes fluxos de afetos, desejos, bloqueios e interdições que cruzam os espaços coletivos de trabalho. Para o autor, tais afetos podem gerar padrões fixos de relações e bloqueios que obstruem o desenvolvimento do grupo e de suas atividades, razões fortes o suficiente para justificar a consideração de questões intrínsecas à equipe e suas relações interpessoais e profissionais.

Consideramos pertinente ao processo que vimos desenvolvendo, voltado para a capacitação e o desenvolvimento dos implicados, o enfrentamento do desafio colocado pelo grupo ao pretender avaliar o próprio modo como se organiza e opera, ainda que tais indagações sejam estranhas à ortodoxia do processo avaliativo.

Como já dissemos, o estabelecimento das questões evidencia as expectativas e crenças do grupo com relação à avaliação (CDC, 1999). No caso específico das duas questões que vimos tratando, o grupo parece ter identificado no processo avaliativo e no avaliador, mediadores capazes de tornarem possíveis o enfrentamento de suas questões intrínsecas.

Aqui a avaliação é convocada a tornar-se um dispositivo capaz de promover a análise e a reflexão do “funcionamento e do gerenciamento da equipe”, sua organização e formas de comunicação, permitindo a revisão, reconstrução e criação de novos Textos, provendo mediação suficiente para que o processamento de dificuldades do grupo não incorra no risco de destruição mútua (Campos, 2000-a).

As duas questões que vimos considerando serão processadas através da condução de grupos de discussão com os profissionais que integram a equipe do S.A.D., tendo como referencial o método Paidéia e seus núcleos temáticos (Campos, 2000-a) relacionados, entre outros, ao objeto de trabalho da equipe, suas diretrizes e valores, objeto de investimento e ideal de grupo, conforme detalhados no primeiro capítulo.

A discussão do **papel profissional** nos parece também fomentada pelas questões colocadas aos trabalhadores pelo novo *setting* originado a partir do atendimento no domicílio. Aqui surgem questões de diversas ordens inexistentes no trabalho intra-muros como as relações entre o público e o privado, a convivência próxima a diferentes ordens de miséria dos usuários (social, relacional, etc.), a segurança física do profissional (Bungener & Horrelou-Lafarge, 1988; Paquin & Bernèche, 1999), a colaboração interprofissional e à intersectorialidade (D'Amour, 1997), entre outras.

A expansão do papel profissional configura-se como elemento central desta modalidade de atendimento, retratada pela posição que ocupa no modelo teórico (vide figura 4). Por isso, pretendemos identificar como os profissionais estabelecem seu papel e como interagem entre si no contexto da (re)constituição de suas atribuições suscitada por uma prática diferenciada como a do atendimento domiciliar.

Os conceitos de campo e núcleo de competência e responsabilidade discutidos no capítulo 1, apresentam-se como importante núcleo temático ou categoria de análise para a consideração do processo de trabalho e as influências por ele sofridas pela atuação extra-muros (Campos, 2000-b), como por exemplo o impacto do novo *setting* nas atribuições dos trabalhadores.

Porém, em se tratando de uma modalidade de atendimento ainda recente em nosso meio, consideramos oportuna a extensão da discussão de campo e núcleo para o próprio serviço, estabelecendo as atribuições específicas e ampliadas desta modalidade assistencial. O estabelecimento das atribuições gerais do serviço irá preceder e balizar a discussão do núcleo temático de campo e núcleo de competência e responsabilidade das categorias profissionais nele inseridas, ou seja, serão discutidos e definidos seqüencialmente os campos e núcleos do S.A.D. e dos profissionais.

Finalmente, questões relativas aos **critérios de alta e inclusão** indicariam a necessidade de discutir o perfil da clientela, critérios de manutenção e desligamento do programa, dimensões determinantes no fluxo da clientela e indicadores de fenômenos como o da “porta giratória”, entre outros.

Naturalmente, já existem critérios que embasam as ações da equipe neste âmbito. A opção por avaliá-los parte da necessidade de revisá-los, segundo a equipe, o que deve ser feito a partir da construção de indicadores que permitam analisar o tipo, forma de inclusão e permanência da clientela no serviço. Indicadores aqui entendidos como a representação numérica de conceitos que não podem ser medidos diretamente (Aguilar & Ander-Egg, 1995).

Outro aspecto importante a ser considerado no fluxo de inserção e alta seria a influência dos vínculos permitidos pela estreita e extensa convivência entre profissionais do serviço, usuários e seu entorno. Vínculo aqui entendido como algo que pode atrair ou dificultar relações e que poderiam causar impacto sobre a maior ou menor permanência de pacientes em atendimento, aspecto a ser investigado fundamentalmente a partir das representações relatadas pelos próprios envolvidos.

3. As questões relativas aos resultados – Neste tópico agrupamos as questões do grupo relativas ao seu interesse em conhecer a avaliação que familiares e outros serviços com os quais o S.A.D. interage apresentariam. Porém, a escolha dos familiares e outros serviços exclusivamente como parâmetros nos parece merecer algumas conjecturas a serem feitas a seguir.

Devemos notar que não figurou o interesse em conhecer a avaliação do serviço do ponto de vista dos pacientes por parte dos profissionais. Poderíamos nos indagar se esta omissão indicaria que o cuidador seja considerado como o principal cliente do serviço, uma vez que este se configura como a grande referência para a assistência contínua ao paciente. Uma resposta afirmativa a esta interrogação reforçaria o papel educativo do S.A.D. não somente junto ao

paciente, mas, sobretudo, com relação à pessoa que se ocupa de sua assistência integral e contínua.

Poderíamos, por outro lado, indagar se o não relacionamento dos pacientes como fonte de análise dos resultados não estaria ligada à percepção de uma certa relativização dos efeitos finais, como parece ter sido evidenciado em alguns momentos, apontando para os limites do restabelecimento impostos pelo quadro e idade apresentados pelos pacientes.

Segundo Shaughnessy (1997), o alcance dos resultados do indivíduo em tratamento domiciliar pode ser considerado a partir de três categorias: a) **final**, representando mudanças no estado de saúde do paciente entre dois ou mais períodos de tempo; b) **intermediário**, relacionadas à mudanças no comportamento, emoções ou ao aprendizado do paciente ou cuidador e que podem influenciar nos resultados finais e, finalmente, c) **de utilização**, significando alterações do uso de recursos de saúde (internações hospitalares, utilização de pronto-atendimento, etc.).

Tomando como base o referencial de Shaughnessy (1997), poderíamos supor que o grupo identificaria nos aspectos intermediários e de utilização suas principais fontes de resultados, em detrimento dos aspectos finais, ao definir cuidadores e representantes de outros serviços como fonte para a aferição dos resultados de seus trabalhos.

No transcorrer da pesquisa, optamos deliberadamente por fazer entrevistas com alguns usuários, de modo a ampliar as perspectivas de enfoque do S.A.D. e eventualmente sugerir sua inserção no círculo hermenêutico. Realizamos entrevistas com quatro pacientes que, sem exceção, demonstraram grande aprovação pelo acompanhamento recebido do S.A.D., não apontando críticas nem gerando novos conhecimentos sobre o mesmo. Neste caso, a consideração feita por Demo (1996) nos parece pertinente: *“Essas avaliações são tão necessárias quanto complexas e arriscadas, porque é difícil extrair a consciência crítica de quem é ajudado contra quem ajuda”* (Demo, 1996, p.54).

Para a captação dos pontos de vista tanto de familiares como de profissionais de outros serviços em relação ao S.A.D., utilizaremos a técnica de grupos focais. O grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados qualitativos a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum e vem sendo desenvolvido com sucesso na avaliação de programas em desenvolvimento (Westphal et al. 1996; Morgan, 1997) e nos apresenta como a dinâmica mais adequada para os propósitos deste estudo.

Os grupos focais permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também porque eles pensam de determinada forma, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (Westphal et al 1996; Morgan, 1997).

Os grupos focais configurariam, assim, como instrumental para a condução dos grupos constituintes do círculo hermenêutico ilustrado no capítulo I (vide figura 1). Assim sendo, as questões ligadas à satisfação com o serviço serão discutidas junto aos representantes de outras instituições e cuidadores, sendo que as colocações destes servirão de base para novas discussões com a equipe do S.A.D., em um processo dialético, tal como proposto no círculo hermenêutico (Guba & Lincoln, 1989) e no Método da Roda (Campos, 2000-a).

A seguir apresentamos um quadro contendo um resumo da metodologia utilizada e sobre a qual vimos tecendo considerações ao longo deste capítulo. Com o intuito de tornar mais clara a presente discussão metodológica, contrastamos o caminho por nós efetivamente utilizado com os princípios gerais que balizam as abordagens clássica e construtivista em avaliação respectivamente.

Principais aspectos da pesquisa	Abordagem Clássica	Abordagem construtivista	Abordagem utilizada
1-Referencial paradigmático	Quantitativo Ontologia realista Epistemologia objetivista	Qualitativo forte Ontologia relativista Epistemologia subjetivista	Qualitativo forte Ontologia dialética Epistemologia sintética: subjetivista + objetivista
2-Desenho da avaliação	Pré-determinado, com etapas formais	Participativo, privilegiando envolvimento dos grupos de interesse. Os passos seguintes são decorrência das questões estabelecidas.	Idem abordagem construtivista com acréscimo de ofertas por parte do pesquisador
3-Finalidade da pesquisa	-Determinar os efeitos de um programa ou serviço; -Avanço do conhecimento sobre a entidade avaliada	- Avaliação de caráter formativo, visando a fornecer subsídios para o aperfeiçoamento do serviço; - Avanço do conhecimento sobre a entidade avaliada	- Avaliação de caráter formativo, visando a fornecer subsídios para o aperfeiçoamento do serviço; - Avanço do conhecimento sobre a entidade avaliada
4-Métodos	Experimental ou quase-experimental: verificação de hipóteses, amostragem e testes estatísticos	Métodos etnográficos	Observação participante, análise documental, entrevistas, grupos focais, grupos de discussão, mapa de núcleos temáticos (Método Paidéia) e círculo hermenêutico
5-Atores da avaliação	O pesquisador	Os grupos de interesse	Grupos de interesse e o pesquisador.
6-Principais usuários da avaliação	Políticos e dirigentes (tomadores de decisão) e academia	Os grupos de interesse	A equipe responsável pela condução do serviço, o avaliador e a academia
7-Definição das questões da avaliação	Definidas a partir de um referencial pré-estabelecido ou do interesse de quem demandou a avaliação	Definidas a partir dos grupos de interesse	Definidas a partir dos interesses do pesquisador e dos grupos envolvidos.
8- Questões efetivamente consideradas	O programa atingiu seus objetivos? Em que grau? O serviço é eficaz? O serviço é eficiente?	Reivindicações, interesses e questões dos grupos considerados	Reivindicações, interesses e questões dos grupos considerados mais as questões oriundas do avaliador.

Quadro 2 – Comparação da metodologia utilizada com as abordagens clássica e construtivista

Parte III – Descrição dos trabalhos de campo¹¹

Nossa pesquisa de campo pode ser dividida em cinco fases: 1) **aproximação do campo**, constituída pela realização do contrato, da análise de documentos, do acompanhamento das atividades assistenciais e das reuniões da equipe do serviço; 2) **consolidação de referenciais**, constituída pelo estabelecimento do modelo teórico e de questões a serem consideradas pela avaliação; 3) **identificação dos pontos de vista dos grupos de interesse**; 4) **processamento de questões junto à equipe** para análise de temas da avaliação intrínsecos ao grupo e outros oriundos dos demais grupos de interesse e 5) **construção do relatório de conclusão do processo avaliativo**.

Estas fases se interagiram, ocorrendo permeabilidade, retroalimentações e imbricações entre as mesmas, o que reforça o caráter de artifício desta divisão. No entanto, a caracterização do processo com base em algumas etapas, nos parece de significativa utilidade para que possamos vislumbrar, em linhas gerais, o caminho percorrido pela pesquisa de campo bem como seus objetivos essenciais, dotando nossa exposição de maior clareza e permitindo o refinamento do olhar a ser lançado sobre o processo como um todo.

a) A aproximação do campo

Nossa entrada no terreno foi permeada por uma relativa receptividade. A vinculação de nossa presença a um processo de avaliação acentuou a natural resistência dos profissionais em terem seu trabalho observado, como salientou Carapinheiro (1993) durante suas observações em hospitais portugueses. A coordenadora cuidava de amenizar eventuais resistências colocando-nos inicialmente junto a duplas mais receptivas à nossa inserção. Com o passar do tempo fomos sendo incorporados como integrantes do contexto e tanto pesquisador quanto equipe foram ficando gradativamente mais à vontade na condução das respectivas tarefas.

¹¹ O cronograma dos trabalhos de campo encontra-se reproduzido no anexo 2.

O serviço tem como sede uma sala localizada no mesmo terreno de um centro de saúde do distrito regional onde opera. Este espaço aglutina todas as ações “intra-muros” do serviço: é sala da equipe, do gerente, do auxiliar administrativo, almoxarifado e cozinha. Ali se realiza o arquivamento de prontuários e outros documentos, a preparação de materiais e equipamentos necessários à assistência, as reuniões de equipe, orientações aos usuários (pessoalmente ou por telefone) e toda sorte de trocas entre os trabalhadores. Muito freqüentemente a inadequação deste espaço aparecerá no discurso dos componentes do grupo como causa ou conseqüência de vários problemas por eles enfrentados.

Em decorrência da inexistência de outros espaços, a sala está sempre cheia de gente, o que propicia a troca constante, por vezes ansiosa, de informações. Quando chegamos, a coordenadora e a terapeuta ocupacional revezavam-se ao telefone, ao mesmo tempo em que davam informações quando se falava de algum paciente entre o grupo. A coordenadora enfatizou a importância de se lidar adequadamente com as questões que chegam via ligações telefônicas: é necessário ter conhecimento global dos pacientes e saber entender as demandas, deixando transparecer a complexidade e volume de informações processadas à distância por ela.

Tivemos oportunidade de observar direta e sistematicamente os preparativos internos do serviço antes das saídas para o domicílio: preparação da escala, dos prontuários, confecção dos chamados “chumaços” de algodão e gaze para os curativos, organização dos equipamentos e constituição dos subgrupos para a realização dos atendimentos. Estes subgrupos eram freqüentemente duplas compostas de profissional universitário (médico, enfermeiro, fisioterapeuta) e um auxiliar de enfermagem ou de dois destes auxiliares, havendo momentos menos comuns de atendimento por um só profissional ou por mais de dois. Durante o período de observação, pudemos acompanhar várias combinações de categorias profissionais dentre aquelas possíveis.

Participamos das entradas nos domicílios, observando o grau de receptividade à nossa chegada, a interação entre doentes, cuidadores e profissionais, as diversas formas de organização do ambiente para o acolhimento do doente crônico e os modos que particularizavam a ação de cada categoria profissional, além das concepções da equipe com relação aos diferentes usuários e aos diferentes espaços urbanos em que os mesmos estão inseridos.

Para a realização de nosso primeiro acompanhamento, chegamos à sede do serviço pouco antes das 8h, no início de fevereiro, como previsto. Saímos para acompanhar uma dupla composta por um dos dois médicos e por uma auxiliar, que desde o início pareceu a mais receptiva à entrada de um pesquisador no serviço. Além desta dupla, uma outra composta por duas auxiliares de enfermagem nos aguardava dentro da perua, que as deixaria na residência de um segundo usuário.

Logo que adentramos o veículo, o médico me apresentou ao motorista como sendo o “sobrinho do prefeito”, que estaria ali com a função de “avaliar”¹². Seguimos para a primeira visita, em uma favela próxima à sede do serviço, onde uma senhora de 70 anos, com Mal de Parkinson, que coabita com um casal de irmãos, recebeu cuidados de higiene e mensuração dos dados vitais pela auxiliar de enfermagem e foi consultada pelo médico em seguida.

Retornamos a pé para a sede do serviço e no caminho pudemos fazer aos dois profissionais algumas indagações sobre aquele atendimento, especificamente, e várias outras concernentes à dinâmica e organização do serviço para colher dados que subsidiassem nossa organização para as próximas observações. Dentre outras coisas, identificamos a necessidade de utilizar jaleco branco, como os demais integrantes do serviço, sobretudo em áreas consideradas hostis à entrada de estranhos, como nas favelas e a definir as duplas a serem acompanhadas imediatamente antes das saídas, de modo a garantirmos uma observação diversificada e que contemplasse o atendimento aos usuários por

¹² A associação entre o ato de avaliar e o papel de “espião do governo” já foi salientada por Knapp (1997) a propósito de uma pesquisa avaliativa que utilizou métodos etnográficos, nos EUA.

diversas combinações entre categorias profissionais e diferentes quadros nosológicos e sociais.

As visitas seguintes ocorreram no início do segundo semestre, quando passamos a acompanhar, sistematicamente, duplas ou trios compostos por diferentes categorias profissionais. Realizamos o acompanhamento de campo por doze vezes, em períodos de aproximadamente quatro horas cada, em diferentes dias da semana, de manhã ou pela tarde, sendo a grande maioria realizada no espaço de dois meses consecutivos. Munidos de nosso diário de campo, no qual fazíamos anotações sempre que julgávamos necessárias, pudemos acompanhar diversas e distintas atividades dos profissionais do serviço.

Dessa forma, pudemos seguir os trabalhos de diferentes subgrupos compostos pelas diversas combinações possíveis das categorias ali existentes (auxiliar de enfermagem, enfermeiras, médicos e fisioterapeutas), excetuando-se a terapeuta ocupacional cujas funções estavam voltadas para aspectos administrativos e de coordenação do serviço.

O traslado até a casa do usuário ou a permanência na calçada, à espera pelo retorno da perua, após o atendimento, foram sempre espaços privilegiados para a conversa informal e a troca entre o pesquisador e os trabalhadores do serviço. Aproveitávamos para colocar questões e pedir esclarecimentos sobre aspectos ainda obscuros ou estranhos para nós. Estas conversas, além de observações e reflexões, eram acompanhadas ou seguidas de anotações em nosso diário de campo, independente do momento ou local. Com o tempo, todos foram habituando-se ao contínuo uso do mesmo, sendo comuns brincadeiras relativas ao seu suposto conteúdo ou indagações jocosas se eu faria ou não anotações de um determinado evento ou fala originárias de um colega de trabalho.

Os profissionais eram, via de regra, aguardados e bem recebidos nos domicílios. Espontaneamente ou a pedido do pesquisador, os trabalhadores faziam uma síntese do caso clínico e dos aspectos social e familiar do usuário que

iríamos ver pela primeira vez. Fui sempre apresentado para os familiares e pacientes como “fisioterapeuta” ou “estagiário” e raramente como pesquisador.

Os familiares eram normalmente prestativos em prover materiais ou pequenos auxílios aos profissionais e demonstravam visível contentamento em contar com aquele tipo de auxílio na residência. A referência ao médico e suas orientações e condutas pelos pacientes e seus cuidadores eram freqüentes quando estávamos em companhia de profissionais não médicos.

Quase todos os pacientes vistos encontravam-se acamados ou em cadeiras-de-roda, havendo sempre a figura do cuidador, com quem os profissionais pareciam estabelecer relações de maior proximidade. Com eles eram colhidas a maioria das informações e repassadas orientações.

Os trabalhos dos auxiliares de enfermagem, sobretudo curativos, eram auxiliados pelos médicos ou fisioterapeutas, quando estes se encontravam presentes. Já o atendimento fisioterápico, caracterizado por orientações e movimentações passivas e assistidas, não contava, em sua maioria, com o apoio de auxiliares.

As atribuições e encargos dos profissionais encontram-se já estabelecidos e parecem ter se constituído empiricamente, ao longo do contato e da lida direta dos trabalhadores com o seu objeto de trabalho. Segundo nos disse uma funcionária, o desconhecimento inicial do que seria, exatamente, o atendimento domiciliar induziu os membros da equipe a fazerem de tudo, inclusive faxina e refeições, que foi deixando de ser feito na medida em que se clareavam as prioridades do serviço e aumentava-se o número da clientela a ser atendida.

Tanto profissionais de fisioterapia quanto auxiliares de enfermagem nos disseram espontaneamente que se evitaria perda de tempo, representada pela espera da conclusão de um procedimento para a realização de outro, se as “saídas” (visitas aos domicílios) fossem organizadas por categoria profissional.

A consulta médica é, freqüentemente, acompanhada por outros integrantes da equipe e pelos familiares do paciente, seguindo-se de orientações feitas pelo profissional ao cuidador. A medicação prescrita e outros materiais de consumo do paciente como fraldões, são fornecidos pelo serviço e equipamentos como cadeiras-de-roda e nebulizadores são disponibilizados através de empréstimos.

Os tipos de residências visitadas são bastante distintos entre si, compondo-se de casas cujo padrão varia de classe média até barracos, em favelas, passando por vários outros tipos de moradias entre estes dois pólos. Também é grande a diversidade dos locais onde se realizam os procedimentos de saúde no interior do domicílio, quando comparados aos cômodos padronizados dos hospitais. Cânones da atenção hospitalar, como a assepsia, são relativizados em intervenções como os curativos de escaras, realizados em um espaço doméstico, naturalmente composto por plantas, animais de estimação e tráfego de crianças, entre outros.

O ambiente em torno do usuário é variado: muitos permanecem em espaços semelhantes ao que se esperaria de um quarto de dormir ou de uma sala de estar, outros ambientes são, sensivelmente, "hospitalizados", como o do paciente I.G.P., no qual havia um cartaz solicitando silêncio, além de várias receitas e outras prescrições dispostas na parede e na cama, configurando-lhe um caráter impessoal. Em outras situações, a sala de estar transforma-se em um misto de quarto, enfermaria e sala de televisão, sendo que pudemos observar que a TV permanece freqüentemente ligada durante os atendimentos e realização dos procedimentos (exceção feita quando se tratava de consultas médicas).

A forma de organização do ambiente parece, às vezes, indicar o tipo de relações estabelecidas com o usuário: algumas camas improvisadas assemelham-se a berços em tamanho ampliado e alguns ambientes evidenciam conflitos presentes na relação entre o paciente e seu acompanhante.

Tal foi o caso de uma senhora nitidamente refratária à função estabelecida pelas contingências, em ter que cuidar de uma mãe subitamente tornada dependente. Sua hostilidade ficava explícita na correlação que fazia, por exemplo, entre a orientação do profissional de aumentar a ingesta de líquidos pela paciente com o conseqüente aumento de seu trabalho proveniente da necessidade de realizar maior número de troca de fraldões ao longo do dia. Neste mesmo caso, a mórbida semelhança entre o leito da paciente, cercado de tábuas com a função de evitar quedas e um caixão era evidente.

Durante o transcorrer dos atendimentos, era notável a resistência dos profissionais em aceitar qualquer alimento na casa dos usuários, até mesmo água, a despeito do calor e da sede gerada pelos constantes deslocamentos sob o sol. Em um dos atendimentos, o suco preparado para os profissionais pela cuidadora, durante o atendimento, permaneceu intacto dada a recusa destes em aceitá-lo. Segundo me disse uma auxiliar, esta restrição deve-se à possibilidade de contaminação dos utensílios e alimentos advindos do quadro do paciente.

O atendimento a usuários residentes em bairros considerados perigosos causa nítida ansiedade na equipe, reforçando a necessidade de utilização de identificadores institucionais e profissionais, como jalecos e estetoscópios, de modo a evitar ou minimizar riscos de sofrer violência. Alguns profissionais relataram o incômodo gerado pelo atendimento em domicílio aos residentes que praticam atos ilícitos (ligados, entre outros, ao uso ou venda de drogas ou ao roubo, como desmanche de bicicletas). Alguns trabalhadores relataram inclusive terem sido surpreendidos por tiroteios enquanto se deslocavam da casa de um usuário para outro.

O conjunto da equipe encontra-se em sua reunião semanal, realizada no período da manhã, com a participação de todos os profissionais. A reunião é dividida em duas partes: uma composta predominantemente de informes dados pela coordenadora, oriundos de diferentes instâncias do distrito, da Secretaria de Saúde e da Prefeitura, entre outras, e de algumas pautas; a segunda parte é

voltada para a discussão de vinte a trinta casos dentre aqueles acompanhados pelo serviço.

As pautas são propostas pela coordenadora no dia da reunião e os casos a serem discutidos são também elencados pela mesma com base nas anotações realizadas pelos profissionais após os atendimentos ou a partir de solicitações explícitas realizadas ao longo da semana.

A primeira parte da reunião, caracterizada por um volume significativo de informações de cunho burocrático, em sua maioria, tem baixa participação dos presentes que raramente pontuam alguma coisa com relação aos informes repassados pela coordenadora do serviço. A segunda parte, também conduzida pela coordenadora, conta com maior participação e envolvimento dos profissionais e de discussões em torno de aspectos de um ou outro caso.

No entanto, o volume de casos, que às vezes ultrapassa o número de trinta, a ser discutido em pouco mais de uma hora, restringe o aprofundamento de questões. Conseqüentemente, estas discussões servem especialmente para tornar os casos conhecidos de todos os profissionais, para a atualização de condutas tomadas e para a efetivação de acertos e correções na condução dos mesmos. Eventuais dificuldades com o cuidador, familiares ou outros componentes do entorno do paciente são também discutidos neste espaço.

Porém, em que pese a maior participação dos profissionais no segmento destinado à discussão de casos, a quantidade de informações e pacientes a serem discutidos naquele espaço de tempo impede o aprofundamento de reflexões em torno de qualquer um dos temas.

O registro das atividades do serviço é realizado nos prontuários dos pacientes e em um documento chamado "intercorrência" no qual cada profissional deverá relatar o atendimento feito e apontar demandas identificadas, tais como a necessidade de medicação ou a urgência de uma consulta médica. Este documento é acessível a toda a equipe e as respostas às necessidades ali apontadas deverão ser providenciadas pela coordenadora do serviço.

Além dos registros formais, o serviço conta com dois textos de caráter acadêmico redigidos por integrantes da equipe (Monteiro, 1996; Nunes, 1999), com importantes informações sobre o perfil epidemiológico da clientela, dados demográficos do distrito onde realizam a cobertura, com análise dos procedimentos e modo de organização do serviço, além de reflexões sobre os limites e perspectivas do mesmo. Uma peça de teatro composta por membros da equipe (Pontel, 1998) em torno da questão do atendimento domiciliar explícita, através de seus personagens, algumas das questões enfrentadas cotidianamente por seus trabalhadores.

O material originário desta aproximação do campo forneceu-nos suficientes subsídios para que avançássemos em direção ao estabelecimento de referenciais para a efetivação do processo avaliativo, como discutiremos a seguir.

b) Consolidação dos referenciais

A construção do modelo teórico do S.A.D. deu-se a partir dos subsídios gerados pela observação participante, pelos grupos focais com os trabalhadores e coordenadores da equipe e a leitura de documentos do próprio serviço. Nossa intenção, desde o início, era captar as concepções teóricas que sustentam a prática dos trabalhadores do atendimento domiciliar, como eles concatenam as diversas atividades ali desenvolvidas, agregando-lhes valor de causa e efeito na cadeia de procedimentos realizados.

A partir daí fomos compondo um quadro sintetizando os problemas enfrentados pelo serviço, os objetivos da intervenção (fatores de risco e população-alvo), meios e recursos utilizados, atividades desenvolvidas, procedimentos produzidos e objetivos finais, com as respectivas hipóteses causais e hipóteses de intervenções. Tudo isso visando estabelecer as bases de sustentação, ainda que subliminar, daquela forma de organizar estrutura, recursos humanos e atividades em torno do recorte de alguns problemas em saúde.

Era nosso intuito captar como o grupo concebe seu trabalho, independente do fato de isto se reproduzir ou não em sua prática. Para isso, foram essenciais as interlocuções informais que ocorreram antes ou após os atendimentos, nos quais podíamos perceber, através das explicações efetuadas pelos profissionais, a forma como justificavam seus procedimentos e embasavam suas ações. O modo como relatavam eventuais dificuldades com usuários, cuidadores, familiares ou com o próprio serviço indicava como percebiam os horizontes e as fronteiras daquela modalidade assistencial.

As reuniões de equipe foram também rico manancial para a identificação dos fundamentos do serviço, uma vez que grande quantidade de informações e problemas eram ali rapidamente processados. Durante estes encontros, podíamos acompanhar o que o grupo identificava como problemas, os modos estabelecidos de enfrentamento dos mesmos e como articulavam recursos e demandas.

Porém, os dois grandes momentos para apreensão das bases que norteiam o serviço foram os grupos focais realizados com o conjunto de trabalhadores do serviço e em seguida com as duas profissionais que exercem função de coordenação do mesmo¹³. Nestes grupos, pudemos colocar questões relativas à concepção, histórico, modos de funcionamento, problemas e potencialidades do serviço, estimulando o surgimento e colhendo farto material sobre diversos aspectos do S.A.D., inclusive subsídios à composição do modelo teórico.

A ausência das coordenadoras no primeiro grupo focal realizado junto aos trabalhadores do S.A.D. foi decorrente de opção das mesmas em, segundo justificaram, deixar a equipe mais à vontade para falar. Opção cuja procedência foi confirmada pela fala de alguns profissionais da equipe que, ao final do grupo com eles realizados, afirmaram ter ficado mais à vontade por conta da ausência da coordenação. Salientamos que, a partir daí, todos os demais encontros grupais

¹³ Devemos esclarecer que, oficialmente, o serviço é composto por uma equipe assistencial e um coordenador, porém uma outra profissional universitária dedica-se também à realização de funções ligadas à coordenação do serviço, sendo aqui identificada como co-coordenadora.

junto da equipe do S.A.D. contou com a presença de todos os trabalhadores, fossem estes ligados diretamente à assistência ou à coordenação do serviço.

Ainda com relação ao grupo focal realizado com os trabalhadores, podemos afirmar que o fato do mesmo ter sido realizado após um tempo significativo de nossa inserção sistemática na equipe como observador favoreceu a construção de um clima de maior confiança, dado o relativo conhecimento mútuo que já se esboçava a partir do convívio entre integrantes do grupo e pesquisador.

A questão central posta ao grupo girava em torno do papel e atribuições do S.A.D. e dos modos de desempenho das ações profissionais ali desenvolvidas. Solicitamos e obtivemos dos presentes permissão para registrar o trabalho grupal em fitas cassete. Um profissional com formação e experiência na condução de grupos acompanhou toda a dinâmica atuando como co-condutor, anotando expressões não verbais, fazendo intervenções que julgava necessárias e discutindo alguns aspectos do encontro com o pesquisador após a finalização do mesmo (Westphal et al. 1996).

Este grupo realizou-se em um centro de saúde da área de cobertura do S.A.D., devido a inexistência de espaço físico apropriado na sede do serviço. Ausentaram-se do encontro, além das coordenadoras, somente os profissionais em férias no período. A avaliação final do encontro pelos participantes foi positiva, principalmente, segundo a maioria, por proporcionar espaço de reflexão sobre sua prática.

Duas semanas depois realizamos o encontro com as profissionais que exercem funções ligadas à coordenação do S.A.D., na residência de uma delas. Ainda que tivéssemos preferido que o grupo focal com os trabalhadores do S.A.D. fosse composto tanto pelos níveis assistenciais quanto de coordenação, acatamos a opção das coordenadoras em não participarem do primeiro. Na prática, no entanto, o desdobramento do grupo focal com os profissionais do S.A.D. em dois encontros com segmentos diferentes, ampliou o universo de informações colhidas,

visto que no primeiro grupo o enfoque foi maior no processo de trabalho, nas interferências sobre o papel profissional advindas desta nova modalidade assistencial e nas relações com o entorno – familiares, cuidador e aspectos sociais envolvidos.

Já no grupo com as coordenadoras obtivemos subsídios relativos ao histórico do surgimento do serviço, clientela alvo, relações com outros setores e serviços e inserção no SUS. O produto final dos dois grupos foi, então, complementar e enriqueceu o processo de apreensão de subsídios para o nosso trabalho, em geral e para a elaboração do modelo teórico, em particular.

Uma vez explicitadas as diferentes concepções que sustentam as práticas do S.A.D., aglutinamos o material gerado em uma representação gráfica, interligando conceitos, práticas e hipóteses subjacentes, conforme preconizado por alguns autores (Earp & Ennet, 1991; Rossi et al. 1999) e que conforma o chamado modelo teórico.

Este modelo foi apresentado, posteriormente, à equipe para ser validado, apresentação precedida de alguns recursos pedagógicos, uma vez que a utilização da linguagem de fluxogramas não era comum ao grupo. Exemplos mais simples, em torno de ações corriqueiras foram postas em linguagem de fluxogramas de modo a aumentar a familiaridade com a mesma, permitindo-nos avançar em direção à apresentação de um modelo teórico de maior complexidade como era o caso do S.A.D.

Além do modelo teórico, missão, objetivos e ações do S.A.D. foram também apresentados para serem (re)validados. Estes últimos, ao contrário do modelo teórico, encontravam-se explicitados nos documentos do serviço, sendo que nos ocupamos em agrupá-los de forma sistematizada e de inserir alguns aspectos presentes na prática e nos discursos, mas ainda não contemplados formalmente. Para isso, tomamos como base o mesmo material utilizado para a elaboração do modelo teórico.

O grupo de discussão com a equipe para consolidação dos referenciais da avaliação contou com a participação de um co-condutor com função semelhante àquela do grupo focal. Inicialmente dividimos os presentes em subgrupos para que fossem analisados os textos referentes à missão, objetivos e ações do S.A.D. entregue a cada um deles. A exposição para o coletivo das reflexões efetuadas nos subgrupos deu origem a debates, intervenções e modificações nos referidos textos, até chegarmos finalmente ao consenso.

Uma vez definidos modelo teórico, missão, objetivos e ações do S.A.D., passamos à definição das questões que o grupo julgava importante para o processo avaliativo participativo. Foram sugeridas onze questões, dentre as quais o “funcionamento da equipe”, a “capacitação técnica dos profissionais” e “satisfação dos familiares” foram eleitas prioritárias pelo grupo.

Ao final deste encontro, foram validados e definidos o modelo teórico e as questões da avaliação, que se tornaram pano de fundo das demais ações do processo avaliativo, porém sem assumir caráter transcendente ou dogmático, como já alertou Campos (2000-a), mas guiando o processo e sendo, por sua vez, por este relativizado e colocado sob análise.

c) Condução dos trabalhos junto aos grupos de interesse

Os componentes da equipe do S.A.D. apontaram os coordenadores de unidades básicas de sua área de abrangência, representantes do Hospital Municipal e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência e familiares como os principais grupos implicados nas ações do serviço e cuja participação no processo avaliativo foi considerada pertinente. Os níveis hierarquicamente superiores da Secretaria Municipal de Saúde não foram citados.

Iniciamos esta etapa através de um grupo focal com os trabalhadores de outros serviços com os quais o S.A.D. se relaciona. Foram convidados todos os seis coordenadores de unidades básicas da área de abrangência do serviço, duas representantes do departamento de assistência social do Hospital Municipal (setor

que efetiva a interface com o serviço) e a enfermeira-chefe do Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

Enviamos uma carta-convite a cada um dos profissionais citados acima, esclarecendo as motivações, contexto e importância da efetivação daquele grupo focal e solicitando a participação dos mesmos. Os convites, formalizados através da carta, foram precedidos de telefonemas, nos quais pudemos conversar diretamente com os referidos profissionais e, entre outras coisas, identificar data e local apropriados para a realização do encontro.

A receptividade ao convite demonstrada nos telefonemas superou as expectativas do pesquisador pelo interesse e disponibilidade demonstrados. No entanto, no momento da realização do grupo estiveram presentes somente um dos seis coordenadores de unidades básicas e duas representantes do Hospital Municipal, não comparecendo nenhum representante do Serviço de Atendimento Médico de Urgência. Dois coordenadores de centro de saúde informaram previamente suas ausências motivadas por imprevistos ocorridos em suas respectivas unidades.

O grupo focal realizou-se com os profissionais presentes e contou com o acompanhamento de um co-condutor, cumprindo papel semelhante ao desempenhado nos outros encontros. O grupo teve duração de aproximadamente duas horas e gerou informações úteis ao processo. Procuramos conduzir a discussão em torno de questões relativas à compreensão que os presentes possuíam a respeito das atribuições do S.A.D., eventuais críticas e sugestões ao mesmo e como avaliavam as relações e caracterizavam os papéis dos serviços ali considerados.

Pudemos identificar uma certa dificuldade em apontar questões e limitações do serviço discutido, havendo sempre tendência em considerar os problemas estruturais da Secretaria de Saúde e da Prefeitura como um todo como determinantes de eventuais limitações do S.A.D.

No dia seguinte, fomos até um dos centros de saúde, cuja coordenadora estava ausente no dia do grupo e realizamos uma entrevista, não prevista inicialmente, utilizando o mesmo roteiro de perguntas. Esta busca justificou-se pelo fato da unidade em questão ser considerada como especialmente envolvida com o S.A.D. e onde há maior compreensão, por parte de seus funcionários, das ações desenvolvidas pelo serviço avaliado. Além disso, o perfil de liderança no distrito e a postura crítica que caracteriza a coordenadora desta unidade nos fez supor que suas colocações e pontos de vista forneceriam importantes subsídios ao processo avaliativo. Nossas expectativas se confirmaram, tendo sido agregados novos subsídios àqueles surgidos no grupo realizado no dia anterior.

Com relação aos usuários, em sua maioria, pessoas com restrições na autonomia e deambulação, tornar-se-ia inviável a realização de um grupo focal, cuja realização exigiria o deslocamento de todos os convidados. Dessa forma, optamos por realizar entrevistas individuais com quatro usuários em seus respectivos locais de residência. Devemos ressaltar que a inserção deste grupo no contexto desta avaliação foi apontada pelo pesquisador, tendo havido concordância por parte dos profissionais do S.A.D.

Os critérios utilizados para a seleção de usuários foram: estarem lúcidos e conscientes e serem receptivos à interlocução. A partir daí e com a ajuda da coordenadora do serviço, buscamos identificar um paciente inserido no serviço por mais de dois anos, um paciente recém-ingressado, um usuário que já tenha obtido alta e um outro que fosse considerado como possuidor de postura crítica ao serviço do ponto de vista da equipe. Considerávamos estas quatro inserções possivelmente distintas e potencialmente complementares.

As entrevistas foram previamente solicitadas e agendadas e no dia de sua realização contamos com o acompanhamento de uma auxiliar de enfermagem, de modo a garantir ou aumentar a receptividade dos mesmos ao pesquisador, ainda desconhecido. Durante a realização das entrevistas, gravadas em fitas cassete, o funcionário permanecia em outro cômodo da casa de modo a evitar eventuais inibições por parte do usuário. Perguntamos sobre o tipo de atenção recebida, a

diferença entre o tratamento em instituição e no domicílio, a satisfação do usuário com o serviço e estimulávamos a sugestão de eventuais aperfeiçoamentos.

Fomos sempre bem recebidos e podíamos notar em nossos interlocutores uma certa gratidão em poder falar de sua vida, suas mazelas e de contribuir com o trabalho que realizávamos, ainda que nem sempre claramente compreendido pela maior parte deles. Na maior parte das vezes, fomos convidados a retornar em outras ocasiões e todos preocuparam-se em ter sido realmente úteis aos nossos propósitos.

Finalmente, dentro da etapa que vimos considerando, relativa aos trabalhos realizados junto aos grupos de interesse, efetivamos o grupo focal com os cuidadores. Foram convidados sete cuidadores, com base nos seguintes critérios: o paciente deveria estar há mais de um ano em atendimento pelo S.A.D. e apresentar rede de ajuda que possibilitasse o afastamento temporário de seu cuidador para participar do grupo.

Tivemos a preocupação em compor o grupo de tal forma a contar com a presença de pessoas pertencentes a classes mais e menos favorecidas, garantindo também a presença de cuidadores considerados como possuidores de postura crítica ao serviço pela equipe. Não houve controle com relação ao grau de parentesco com o paciente, sendo os laços familiares dos integrantes do grupo de: filha (a maior parte), esposa e mãe.

Os convites foram entregues pessoalmente, contando com o acompanhamento de uma auxiliar de enfermagem do serviço que nos apresentava aos cuidadores. Fomos sempre muito bem recebidos, tendo sido sempre confirmada a presença no grupo. A receptividade ao convite, segundo deixavam transparecer na forma como falavam à funcionária que nos acompanhava, baseava-se na identificação de uma oportunidade em colaborar com o S.A.D..

Houve apenas uma ausência dentre os sete convidados, justamente uma cuidadora com a qual não conseguimos contato pessoalmente. Em contrapartida, uma cuidadora levou sua irmã, com quem compartilhava a assistência da mãe e

uma outra veio acompanhada do marido. As perguntas giraram em torno da percepção das atribuições do S.A.D., de suas virtudes e limitações, da satisfação dos cuidadores e de um exercício hipotético de relatar o mesmo caso com e sem o aporte do serviço em questão.

Realizamos o grupo em uma tarde de sexta-feira, considerado o horário mais adequado pelos participantes, acompanhados por um co-condutor. Dentre os grupos realizados, mesmo considerando as entrevistas individuais, este foi o que suscitou maior densidade afetiva e surgimento de conteúdos emocionais por parte dos integrantes. Embora o interesse central fosse constituído pela identificação das impressões, questões e reivindicações dos cuidadores com relação ao Serviço de Atendimento Domiciliar, freqüentemente o assunto resvalava para a experiência e história de cada um dos participantes.

A presença de fortes conteúdos emocionais não significou o tangenciamento do tema central, mas surgiram como ilustradores e modo de contextualizar o serviço em questão e suas práticas, apontando também a necessidade dos cuidadores em compartilhar sua experiência. Um dos integrantes do grupo chorou durante o relato de sua trajetória, causando comoção no grupo. Buscamos acolher o sofrimento compartilhado naquele momento e dar continuidade à participação dos outros componentes do grupo.

Este grupo gerou rico, denso e complexo material de pesquisa, extrapolando nosso interesse central, porém sem deixar de contemplá-lo. Ao final do trabalho, os cuidadores qualificaram positivamente o encontro, identificando nele aspectos “terapêuticos”, pelo simples fato de haverem podido trocar experiências com outras pessoas em situações semelhantes.

O conteúdo de todos os grupos e entrevistas considerados nesta seção foi transcrito visando à posterior análise e também forneceram subsídios às discussões realizadas junto aos trabalhadores do S.A.D., conforme discutiremos a seguir.

d) Processamento de questões junto à equipe

Algumas das questões definidas como temática da avaliação, dada a sua natureza, tiveram na abordagem da própria equipe do S.A.D. o substrato necessário para o seu processamento. Dessa forma, o papel profissional, o funcionamento e o gerenciamento da equipe configuraram-se como questões cuja abordagem demandava uma aproximação ainda maior com o grupo, de modo a permitir a consideração destes aspectos essencialmente intrínsecos ao mesmo.

Com o auxílio e apoio da coordenadora do serviço, que organizou e disponibilizou a agenda do mesmo e a concordância dos demais integrantes da equipe, compusemos um cronograma no qual previa-se entre quatro e cinco encontros a serem realizados nos três meses seguintes. Segundo o contrato estabelecido, tais encontros se dariam em torno de três tarefas: consideração de questões intrínsecas ao grupo, processamento dos subsídios provenientes dos outros grupos de interesse e, finalmente, discussão e construção do relatório final da avaliação.

Iniciamos as discussões em torno da temática do “papel profissional”, definindo como eixo do trabalho os conceitos de campo e núcleo de competência e responsabilização proposto por Campos (2000-b). Tais conceitos vinham sendo por nós utilizados em outros encontros com a equipe e, embora já fossem relativamente conhecidos, antecedemos os trabalhos com uma explanação didática sobre os mesmos.

O intervalo entre o último encontro com a equipe e sua retomada, cinco meses depois, para a discussão do papel profissional, talvez explique um certo “desaquecimento” do grupo identificado pelo pesquisador com relação ao reinício das atividades. Tal hiato ocorreu devido a realização de grupos focais e entrevistas com os outros segmentos já citados e pelo adiamento, por um mês, da retomada dos trabalhos devido ao acúmulo de profissionais em férias naquele mês.

Definimos primeiro e coletivamente, núcleos e campos de competência e responsabilidade do S.A.D. para, em seguida, criar uma dinâmica na qual subgrupos homogeneamente formados por trabalhadores ligados a uma categoria profissional estabeleceriam o que consideram ser o campo e o núcleo de suas respectivas profissões naquela Unidade. Neste trabalho utilizamos a exposição e registro escrito em tarjetas das considerações do grupo e subgrupos sobre o tema tratado, seguido de debate.

No encontro seguinte, uma semana depois, realizado sempre com o mesmo grupo, viríamos a saber que a maioria dos participantes, sobretudo os auxiliares de enfermagem, consideraram este trabalho pouco interessante e muito cansativo.

Nesta nova reunião tivemos como objetivo trabalhar duas das questões definidas pelo grupo para a avaliação: o “funcionamento do grupo” e “o gerenciamento da equipe”. Trata-se de questões evidentemente delicadas e potencialmente geradoras de imponderáveis desdobramentos, podendo resvalar para o âmbito de dinâmicas complexas dos grupos (Anzieu, 1993) ou para problemas ligados às relações pessoais, o que fugiria dos propósitos do estudo.

O tema proposto para suscitar discussões em torno das duas questões citadas acima foi o da “comunicação entre a equipe”. Durante mais de 3h, os integrantes do S.A.D. formularam e debateram diversas explicações possíveis às dificuldades e problemas de comunicação entre o grupo.

No final do trabalho, os participantes afirmaram, entre outras coisas, a importância de se instituir espaços sistemáticos como aquele para o processamento de questões intrínsecas ao grupo, sendo que alguns ressaltaram ter aumentado seu conhecimento sobre o próprio serviço. De nossa parte, as colocações e interações entre os participantes geraram informações, cujo volume e alinhamento, forneceram valiosos subsídios ao nosso trabalho e para a aproximação de respostas às perguntas da avaliação.

e) **Elaboração do relatório final**

Finalmente, e já dentro do contexto de processamento das respostas às questões da avaliação, realizamos um encontro com a equipe voltado para a consideração das formulações provenientes dos outros grupos de interesse, categorizadas como *resultados* (vide parte II deste capítulo).

Nesse momento, adentramos ao processo de definição do relatório final a partir da transformação de um *documento preliminar* apresentado ao grupo, no qual respostas inicialmente propostas com base em todo o material gerado pela pesquisa seriam submetidas ao crivo da equipe do S.A.D.

Este documento preliminar constituía-se de reflexões pontuadas sobre cada uma das questões da avaliação. Assim, por exemplo, à questão relacionada ao modelo teórico seguiam-se vários tópicos com a função de prover respostas e novas questões pertinentes, todas oriundas do material de campo colhido ao longo do percurso e de formulações do pesquisador. Tais pontuações eram analisadas criticamente pelo grupo, podendo ser modificadas, mantidas ou excluídas para somente então integrarem o que viria a ser o relatório final da avaliação.

Para atenuar eventuais ansiedades, comum às apresentações de relatórios (ainda que preliminarmente), começamos a leitura do referido documento pela conclusão - em linhas gerais positiva e favorável à modalidade assistencial e ao serviço em questão - o que parece ter deixado os participantes mais à vontade no prosseguimento do trabalho.

Uma vez descrito nosso trabalho de campo, ainda que com inevitáveis perdas ou mutilações provenientes da transposição para a linguagem escrita de vivências refratárias a este tipo de tradução, julgamos ter estabelecido, ainda que parcialmente, bases para a análise e discussão dos resultados de nossa trajetória, apresentadas no próximo capítulo.

4. O PROCESSO COMO RESULTADO

*“Ao final de nossas longas explorações
chegaremos finalmente ao lugar de onde
partimos e o conheceremos então pela
primeira vez”.*

(T.S. Eliot)

Como já afirmamos anteriormente, compõem o intuito desta pesquisa o desenvolvimento do conhecimento sobre uma nova modalidade assistencial através de um processo avaliativo participativo junto a um serviço de atendimento domiciliar, de modo a gerar, simultaneamente, subsídios para sua compreensão e o desenvolvimento de um processo de análise, reflexão e eventuais mudanças no mesmo.

O presente capítulo, destinado à consideração dos resultados de nosso trabalho, está dividido em duas partes: uma voltada à análise do material de campo em torno das temáticas centrais que subsidiaram a compreensão da modalidade assistencial em questão e uma outra parte voltada para a discussão das potencialidades e limitações do processo de avaliação participativa tanto na geração de informações quanto na promoção de reflexões e mudanças do contexto avaliado.

Na primeira parte discutiremos, com base no serviço considerado, as particularidades da atenção domiciliar e inovações que lhe são correlacionadas, a partir dos seguintes temas: 1) **Impacto da atenção domiciliar sobre os papéis e atribuições dos profissionais envolvidos** (e, conseqüentemente, sobre o próprio serviço); 2) **A relação com novos espaços e atores** e sua influência sobre a assistência e 3) **O contexto de realização da atenção**, relacionado aos fatores organizacionais e ao impacto do ambiente de trabalho sobre os trabalhadores.

Estes três temas de análise se constituem no que consideramos como os principais determinantes da conformação específica da modalidade assistencial domiciliar ou seu principal diferencial, se a confrontarmos com os serviços convencionais. Por sua vez, em torno de cada um destes temas, aglutinam-se categorias que os decompõem e analisam em vários aspectos intrínsecos ao atendimento no domicílio.

Assim, dentro do tema relativo ao impacto sobre o papel profissional estão inseridas categorias relativas à ampliação de ações ligadas ao campo de competência e responsabilidade profissional, a colaboração profissional e a modificação da relação entre profissionais e pacientes. O tema da inserção de novos espaços e atores é constituído por categorias ligadas ao estabelecimento de relações complementares e/ou conflituosas dos agentes do novo serviço com outros segmentos da área da saúde, com familiares e comunidade e da interação entre os espaços público e privado necessariamente presentes na assistência domiciliar. Finalmente, o tema do contexto organizacional é constituído por categorias relacionadas aos modos de organização do serviço e ao ambiente de trabalho.¹⁴

Os temas e categorias foram definidos com base na leitura flutuante do material produzido, quando identificamos a importância atribuída pelos grupos a diversos aspectos e assuntos, que foram gradativamente acoplados e

¹⁴ Os temas, categorias e códigos (inicialmente utilizados na leitura do material empírico) são apresentados no quadro 3.

condensados em núcleos mais abrangentes. Tal procedimento foi submetido a reagrupamentos sucessivos até chegarmos aos três temas referidos acima.

Poderíamos afirmar que os três temas citados englobam o que os grupos incluídos no processo avaliativo consideram como sendo aspectos determinantes e condições necessárias para a caracterização e efetivação desta forma de assistência. Tais temas constituem-se em moduladores do discurso e das práticas dos profissionais e outros segmentos ouvidos em nossa pesquisa, características apontadas por Minayo (1996) como importantes para a identificação de categorias na análise temática.

Ressaltamos que durante o percurso de análise e compreensão da assistência domiciliar, cujo resultado constitui a primeira parte do presente capítulo, surgiram várias questões de evidente complexidade cuja consideração contribuiu para a ampliação do conhecimento dos diversos aspectos que a constituem. Porém, tais questões foram consideradas somente na justa medida em que permitiram aumentar nosso conhecimento sobre a referida modalidade assistencial, sendo o aprofundamento em cada uma delas impróprio a nossos propósitos iniciais.

Na segunda parte deste capítulo, discutiremos os resultados do processo desenvolvido para a efetivação da avaliação participativa do serviço em questão. Utilizaremos como eixo condutor de nossa análise o documento preliminarmente apresentado e discutido com a equipe do S.A.D. e que serviu de base para a definição do que veio a tornar-se mais tarde o relatório final da avaliação. A análise deste documento preliminar nos permitiu a verificação tanto das respostas às questões da avaliação, inicialmente estabelecidas pelos trabalhadores do S.A.D. e pelos outros grupos de interesse (inclusive o pesquisador), quanto do posicionamento crítico e das intervenções feitas pela equipe do serviço para a validação das mesmas.

Esta divisão do capítulo em duas partes vem caracterizar os dois componentes básicos do desenho metodológico da presente pesquisa: um de natureza interpretativa no qual, a partir da fala dos atores sociais e da observação participante, construímos nossa compreensão do fenômeno; e um segundo componente, de caráter eminentemente participativo (ou hermenêutico-dialético), no qual a identificação de questões, definição das respectivas respostas e posterior validação das mesmas assenta-se sobre um processo essencialmente inclusivo e participativo, realizado entre diferentes atores envolvidos na condução do serviço avaliado.

Parte I – Características conformadoras do Serviço de Atendimento Domiciliar

Para a efetivação do processo de compreensão desta modalidade assistencial utilizamos: a análise do material de campo, produzido através das anotações no diário de campo, a realização de entrevistas e grupos focais e a análise de documentos pertinentes ao serviço em questão.

A transcrição de nossas observações e da fala dos atores considerados somaram aproximadamente duzentas páginas. O material foi relido várias vezes (através da técnica de leitura flutuante), recebendo inicialmente uma codificação aberta (Minayo, 1996), inserida na medida em que eram identificadas, baseada nas categorias e temas pré-estabelecidos ou em outras surgidas durante o processo de leitura analítica.

Neste processo codificamos dezenas de tópicos que possibilitaram abranger de maneira detalhada as unidades de significação oriundas dos dados (Minayo, 1996). Uma revisão atenta destes tópicos codificados possibilitou agrupá-los em torno de sete categorias que foram, por sua vez, organizadas em torno dos três temas comentados anteriormente. Apresentamos abaixo um quadro contendo os temas e categorias definidos com base no material de campo transcrito.

Temas	Categorias	Códigos
1- Impacto sobre o papel profissional	<ul style="list-style-type: none"> Ampliação das ações de campo de competência e responsabilidade 	Ações intersetoriais; Adaptação, criação e implementação de novas tecnologias; Ampliação da noção de multicausalidade das doenças; Aumento da responsabilização e envolvimento profissional; Função educativa.
	<ul style="list-style-type: none"> Colaboração profissional 	Comunicação entre a equipe; Definição de responsabilidades; Dispositivos de troca e interação.
	<ul style="list-style-type: none"> Alterações na relação profissional-paciente 	Conhecimento de outras dimensões do usuário; Alteração das relações de poder.
2- A relação com novos espaços e atores	<ul style="list-style-type: none"> Cuidadores e familiares 	Atribuições do cuidador; Sentimento de sobrecarga; Produção familiar de saúde; Interações e conflitos com o serviço.
	<ul style="list-style-type: none"> Interação entre o público e o privado 	Invasão da privacidade; Conflito com cuidadores e familiares; "Choque cultural"; Acompanhamento X vigilância
3- Contexto organizacional	<ul style="list-style-type: none"> Modos de organização do serviço 	Histórico do S.A.D.; Clientela; Funções e objetivos; Função "piloto" do S.A.D. Ações dirigidas à integralidade; Borramento das fronteiras entre os níveis de atenção em saúde; Modelo de gestão; Articulação com outros serviços;
	<ul style="list-style-type: none"> O ambiente de trabalho 	Convivência com a miséria; Violência urbana; Conflitos familiares; Esforço físico e desconforto ambiental.

Quadro 3: Códigos, categorias e temas.

1) Impacto sobre o papel profissional

O deslocamento para a residência de pacientes que necessitam de cuidados tradicionalmente executados dentro de hospitais e ambulatórios, deverá acarretar sensíveis impactos¹⁵ sobre os modos de produção da atenção em saúde e também nas atribuições e conformação final dos papéis dos profissionais ligados aos serviços de atenção domiciliar.

As novas demandas originárias de um espaço de atenção representado pela moradia do usuário, imerso em um contexto pessoal, profundamente distinto de um paciente para outro, destituído do aparato físico, técnico e humano comuns aos serviços convencionais, determinarão mudanças e adaptações na forma de ser e de agir dos trabalhadores que prestam atenção no domicílio.

O novo contexto de assistência implicará no contato direto com o entorno afetivo e social do usuário, até então levados em conta somente nos campos específicos dos impressos de prontuários de ambulatórios e hospitais. As condições sociais do usuário, sua dinâmica familiar, pertences, objetos e animais de estimação, entre outros componentes de sua singularidade, passarão a compor concretamente o universo com o qual se defrontará o profissional da assistência domiciliar, que terá de se haver com dimensões até então negligenciadas em sua formação profissional, via de regra propensa a alinhar-se aos ditames de uma medicina calcada em

"(...) técnicas para apagar qualquer traço de subjetividade presente na relação médico-paciente. Os métodos semiológicos, os regulamentos de hospitais e da prática clínica em geral, todos procuram assegurar a repetição regular deste padrão asséptico de relação." (Campos, 1997-b, p.243)

Dessa forma, o paciente inserido para tratamento em instituições (internado ou não), se comparado com aqueles atendidos em domicílio, configuraria-se quase como uma abstração, se levado em conta o grau de descontextualização a que seus problemas de saúde ficam sujeitos e o nível de alienação dos

¹⁵ Impacto aqui entendido como um conjunto de efeitos (Campos, 1997-a)

profissionais em relação à constelação de fatores de riscos em que aquele indivíduo se encontra imerso.

Se, por um lado, a atenção no domicílio propicia uma visão mais abrangente do paciente, da doença e de seus determinantes, por outro, implica em mudanças no papel do profissional, que deverá passar a considerar novos elementos provenientes deste contexto. Assim, a construção de um novo papel profissional é tributária do novo ambiente destinado ao atendimento, profundamente distinto daquele que caracteriza as unidades básicas, ambulatórios e hospitais.

A partir de nossas reflexões e do material gerado durante as incursões ao campo, identificamos três fatores (tornados categorias) especialmente responsáveis pelo impacto causado no papel profissional pela prática da assistência domiciliar no serviço analisado: a ampliação das ações de campo de competência e responsabilidade, os fatores ligados à colaboração profissional e as modificações da relação profissional-paciente.

1.a) A ampliação das ações de campo

“Eu acho que o importante no S.A.D. é que a gente consegue não se ater ao procedimento simplesmente, a gente não vai e executa só o procedimento, então, por exemplo o W., só o procedimento médico, só o receituário, só o medicamento, eu e N. não só o procedimento fisioterápico, vocês não vão só aplicam uma injeção, etc, então a gente não se atém só a isso, a gente tem um monte de coisa pra enxergar dentro da casa do paciente que no consultório não teria, porque ah!, lá você vai ter que, na maioria das vezes, se ater ao procedimento, né.”

O desafio de combinar graus de polivalência com inevitáveis e necessários graus de especialização no âmbito da saúde foi enfrentado por Campos (1997-b; 2000-b) através da elaboração dos conceitos de campo e núcleo de competência e responsabilidade profissional, considerados no primeiro capítulo. Para o autor, o **núcleo** demarcaria a diferença entre os membros de uma equipe, os elementos de singularidade que conformam a identidade de cada profissão ou especialidade; o **campo** seria constituído por saberes e responsabilidades comuns ou

confluentes a diversas profissões ou especialidades que, embora não sendo exclusivos de nenhuma delas, são fundamentais para responder a distintas demandas oriundas dos cuidados em saúde.

No caso da atenção domiciliar, diversas demandas com as quais os profissionais se deparam concretamente poderiam ser classificadas como estranhas à formação da maioria dos profissionais ou até mesmo alheias ao setor saúde. Cruz (1999), em pesquisa sobre a formação de recursos humanos para atuação em assistência domiciliar no estado de São Paulo, tanto no âmbito público quanto no privado, identificou significativa carência de instituições de ensino e assistência envolvidos com a formação de quadros para atuação nesta área.

Tal formação teria sua importância justificada a partir da constatação de que atender no domicílio não significa a simples transposição da execução de procedimentos de um espaço físico para outro, requerendo para além do domínio de técnicas particulares, a capacidade de adaptá-las e, sobretudo, de extrapolar o âmbito de procedimentos específicos e nucleares em direção a uma atuação inserida em um campo ampliado de atribuições, caracterizado pela consideração da complexidade das demandas e pela valorização da abordagem multidimensional (Mercier, 1990).

A citação transcrita no início desta seção é ilustrativa de afirmações feitas com frequência pelos integrantes da equipe do S.A.D. em torno da necessidade de que o profissional amplie seu campo de atuação para que sua intervenção se torne realmente efetiva. Tanto nos grupos quanto durante o acompanhamento dos trabalhos do serviço, tivemos a oportunidade de ouvir os profissionais enumerando diversos aspectos do usuário e de seu contexto, considerados em suas intervenções diárias, ainda que não situadas dentro de suas atribuições específicas.

É justamente a esta capacidade de extrapolar tarefas nucleares, compartilhando ações interprofissionais em um campo ampliado, que se referem as coordenadoras do S.A.D. quando apontam a “*capacidade de trabalhar em equipe*” como sendo componente central do papel do trabalhador naquele serviço.

Porém, como veremos mais adiante, ao considerarmos aspectos relativos à colaboração profissional, a convergência de atribuições e procedimentos podem ensejar o surgimento de “sentimentos de invasão” de uma categoria por outra, conforme mencionado por alguns profissionais do S.A.D., indicando os melindres que eventualmente se constituem em pano de fundo das ações interprofissionais (D’Amour, 1997).

A importância da agregação de outras habilidades àquelas conferidas pela formação específica do profissional, foi também ressaltada pelos coordenadores de um serviço de atendimento domiciliar ligado a uma cooperativa médica. Ali, a capacidade de escuta do profissional e sua aptidão para lidar com familiares - tensos e exauridos na maioria das vezes, segundo os profissionais por nós ouvidos - seria um dos principais fatores considerados para a definição do ingresso de novos membros na equipe.

Além da ampliação do campo específico, dentro do próprio setor, também a consideração das chamadas abordagens intersetoriais aparecem com significativa frequência como preocupação da equipe do S.A.D., embora seus integrantes considerem a atuação efetiva do serviço neste âmbito ainda muito restrita. Alguns exemplos deste tipo de intervenção foram explicitados no transcorrer dos grupos, sendo a reconstrução de um barraco, promovida pela equipe, o mais emblemático deles. Como interrogou um profissional, “(...) *adianta você melhorar o orgânico do paciente e a parede caindo em cima?*”

O detalhamento realizado por um profissional para a descrição das condições da moradia do usuário, cuja reconstrução foi levada a cabo pelos integrantes da equipe do S.A.D., é elucidadora da relativização a que estão

sujeitos os procedimentos de saúde quando confrontados com as condições sociais do paciente:

“A parede era vergada em cima com um pau segurando assim... a gente tinha que pular em cima desse pau ou passar embaixo dele que segurava a parede que a qualquer momento ia cair em cima dela, em cima da cama. Não tinha condições dignas de ser humano, numa cidade igual Campinas, morando dentro daquele lugar.”

Porém tais ações geram dúvidas e conflitos em relação à definição do que seriam realmente atribuições do S.A.D. pois como afirmou um profissional em relação à reconstrução deste barraco: *“Não seria o papel de um serviço de saúde, mas é difícil, às vezes, a gente separar qual é o limite...”*

As reflexões ensejadas em torno do episódio de reconstrução da moradia em questão evidenciam um certo incômodo proveniente da percepção de que tal abordagem escaparia às ações do âmbito da saúde, extrapolando para o da assistência social.

A ampliação do campo, a ponto de extrapolar o próprio setor de atuação, acabaria, então, gerando incertezas em relação ao que deve ou não ser considerado atribuição do serviço ou dos profissionais considerados. Estes últimos identificam, inclusive, a necessidade de que se estabeleça formalmente, até mesmo na figura de um estatuto, os limites, atribuições e papéis tanto do serviço quanto das categorias profissionais nele inseridas:

“Talvez se tivesse no estatuto do S.A.D., mas às vezes é difícil você estabelecer esses limites e conseguir levar o trabalho à frente, porque é preciso se envolver em outras instâncias também, em outras áreas, pra conseguir um trabalho, você não consegue só melhorar saúde se você trabalha só com saúde, se você não englobar conhecimentos de economia, social”.

Para Campos (1997-a), se por um lado as situações sociais e suas repercussões sobre a existência das pessoas não podem ser desconsideradas pelos serviços públicos de saúde, não só por razões éticas, mas também por razões técnicas de efetividade, uma vez que o seu negligenciamento diminuiria, ou até mesmo anularia, a eficácia da terapêutica preconizada, por outro, não se

trataria de substituir ou incorporar aos serviços de saúde a maior parte das funções da assistência social ou de ações políticas de reforma.

Neste caso, a superação dos dois pólos caracterizados, respectivamente, pelo descaso ou pela onipotência, poderia ser efetivada com base na ampliação do campo de competência e responsabilidade dos profissionais, dotando-os inclusive de noções de política e cidadania que permitam a identificação das atribuições de outros setores e dos caminhos de ativação dos mesmos para a solução de problemas cuja magnitude extrapole a capacidade de intervenção de profissionais e serviços, ainda que com seus campos de atuação ampliados (Campos, 1997-a).

Além da superação das ações calcadas somente nos núcleos de competência e responsabilidade das categorias profissionais da saúde para o adequado funcionamento da assistência domiciliar, que aponta para a extrapolação das rígidas fronteiras construídas durante a formação profissional, e a consideração da relevância de ações intersetoriais, outros fatores concorrerão para a ampliação do chamado campo de competência e responsabilização do serviço e da equipe em questão.

Entre estes podemos citar a criação, adaptação e implementação de novas tecnologias de atenção, originárias de necessidades identificadas pelos profissionais em seu novo contexto de trabalho e que ensejarão efeitos positivos na ampliação de suas ações de campo.

O enfrentamento de questões concernentes às limitações de recursos de diversas ordens e a inapropriação do espaço físico do domicílio são freqüentemente referidos pelos trabalhadores do S.A.D. As inadequações vão desde a altura e dimensionamento dos móveis e do espaço físico da residência até a existência ou não de vestuário, alimentação e produtos de higiene. Nesses casos, segundo os profissionais, a capacidade criativa e o estabelecimento de rede de ajuda junto aos vizinhos, amigos e entidades religiosas torna-se caminho obrigatório para a garantia da assistência requerida.

Não são incomuns a utilização dos mais diferentes utensílios e objetos domésticos como matéria-prima para a confecção de instrumentos destinados ao posicionamento, conforto ou deambulação dos usuários. Além disso, a confecção dos chamados “chumaços” (pequenas bolas de algodão envolvidas em gaze) destinados aos curativos e de “saquinhos de medicação”, pedagogicamente ilustrados e adaptados aos usuários analfabetos ou com limitações cognitivas, constituem instrumentais simples e eficazes na prática cotidiana do serviço e motivo de evidente orgulho para os trabalhadores.

Outras tecnologias dizem respeito aos modos, empiricamente construídos, de estabelecer relações com familiares, cuidadores, vizinhos, associações religiosas, comunitárias e outros serviços e atores que se tornam interlocutores importantes na condução deste tipo de assistência, constituindo-se em complexa teia de relações a ser permanentemente considerada no desenvolvimento do tratamento.

Dessa forma, a confluência entre o enfrentamento das limitações de recursos disponíveis no contexto do usuário – determinadas pela conformação de um espaço originalmente destinado ao uso doméstico e, em alguns casos, pela precária situação social - e a adaptação e criação de técnicas pedagógicas e relacionais tanto para a clientela como para os outros segmentos envolvidos, trarão implicações não só no que concerne à ampliação do campo de competência e responsabilização, mas também na relativização de protocolos estabelecidos e tradicionalmente utilizados em condutas executadas no interior de espaços institucionais. Como afirmou um profissional:

“(...) tem hora que você tem que mudar todo o técnico e fazer lá do jeito que deu, né, igual quando o paciente pede ‘ah, põe um punhado de gazes no meu calcanhar’! Que absurdo, né, encher o calcanhar dela de gazes pra poder... pra ela andar. Então isso não é técnico que eu tô fazendo, eu tô fazendo pra ajudar ela a deambular, porque sem aquilo ela não consegue, então eu acho que a gente usa o técnico, mas a gente faz muita adaptação, muita coisa prá conseguir trabalhar dentro da casa sem nenhum recurso e a gente trabalha...”

A ênfase na adaptação de normas e protocolos no contexto da assistência domiciliar, quando comparada com modalidades convencionais, já foi demonstrada por Ribeiro (1999), conforme podemos perceber no quadro transcrito abaixo.

Institucional	Domiciliar
consideração do quadro clínico	consideração do quadro clínico + social
ênfase na cura	ênfase na função
diversidade de recursos diagnósticos e terapêuticos	planejamento da terapêutica e disponibilidade de recursos
rotinas pré-estabelecidas	rotinas particularizadas
normatização de procedimentos	adaptação de normas
principal fonte de informação: prontuário	prontuário + equipe + paciente + cuidador

Quadro 4 - Comparativo entre assistência domiciliar e institucional. (Extraído de Ribeiro, 1999).

Este quadro resume algumas questões que vimos considerando, como a relevância de aspectos sociais no tratamento do quadro clínico, a adaptação de normas e a particularização das rotinas assumidas de modo especial no tratamento domiciliar quando comparado com aquele realizado no interior das instituições.

O referido quadro ressalta também a ênfase dada pela atenção domiciliar aos aspectos funcionais do paciente: devido ao perfil de morbidade específico de sua clientela, os trabalhadores deverão priorizar a promoção de níveis, ainda que mínimos, de funcionalidade e autonomia ao usuário. Tal ênfase é compatível com nossas observações e com o relato dos trabalhadores do S.A.D. em relação à necessidade de associar intervenções com o usuário a adaptações ao ambiente, de modo a reduzir riscos e favorecer autonomia. Tais iniciativas são o resultado da articulação dos recursos existentes com um plano singularizado de tratamento, visando não apenas ao tratamento da doença, mas também à reabilitação funcional do doente.

O alinhamento coordenado e articulado de ações terapêuticas desenvolvidas por diferentes categorias no S.A.D. visando ao desenvolvimento funcional dos pacientes implica na assimilação e inserção por todos os profissionais, de condutas que favoreçam a reabilitação dos usuários, o que contribuirá para a ampliação do seu campo de competência.

O contexto de trabalho do S.A.D. possibilita, potencialmente, a ampliação da consciência, por parte dos profissionais, da multiplicidade de fatores implicados no adoecer, uma vez que os trabalhadores estão constantemente em contato com a realidade social do paciente e com os fatores de risco que o envolvem, como podemos depreender da transcrição abaixo:

“Eu acho que no S.A.D. você realmente visualiza o motivo da patologia (...) Mas você consegue definir bem isso, delimitar bem: ‘olha, pomba!, ciclano sofreu a vida inteira, trabalhava desse jeito, morava de tal forma, família cuida dele assim, assado ou... o transporte dele era esse, o vizinho...’ Bom, chega uma hora que você bate de cara com o motivo da doença, com o porquê da patologia e no hospital não tem nada disso (...)”

O conhecimento da multideterminação dos estados de saúde e doença constitui-se em base para a tomada de consciência da natureza não disciplinar (Random, 2000) das soluções requeridas em saúde. Tal noção gera subsídios para a conscientização das restritas chances de superação dos problemas de saúde dos usuários, se considerados tão somente o acúmulo existente em um núcleo profissional específico ou mesmo a simples justaposição de alguns destes através da abordagem multiprofissional (Japiassu, 1976).

A consciência da diversidade de fatores envolvidos em cada episódio de adoecimento prepara terreno para o desenvolvimento de abordagens que favoreçam a convergência dos saberes e práticas em campos de responsabilização que se configurem em respostas efetivas para a superação de abordagens fragmentadas e descontextualizadas.

A tomada de consciência da complexidade de seu objeto de trabalho, originária nas condições de trabalho peculiares que compõem a assistência

domiciliar podem propiciar, por sua vez, um aumento da responsabilização e envolvimento dos profissionais com a solução efetiva de problemas dos usuários:

“(...) a gente não fica pensando em serviço social, serviço da educação, então a gente já vê que precisa e vai atrás, né, a gente não fica muito atrás de hierarquia, não. (...) na maioria das vezes, no S.A.D. a gente faz isso: tá vendo que tá precisando e a gente vai atrás, de repente a gente até leva uns chega pra lá mesmo, né, mas a gente vai atrás...”

Finalmente, dentro da categoria relacionada a ampliação das ações de campo de competência e responsabilidade, consideraremos a importante tarefa educativa que compõe o universo de atribuições da prática em atenção domiciliar.

O caráter crônico da maioria das doenças apresentadas pelos usuários acompanhados pelo S.A.D., a inserção de longa duração dos mesmos no serviço e a necessidade de mudanças de comportamento tanto do doente como de seus familiares, freqüentemente requeridas para o tratamento adequado da morbidade, constituem-se em um conjunto de motivações suficientemente fortes para tornar a educação em saúde um instrumental importante para o paciente e seu cuidador.

A cronicidade ou a longa evolução dos quadros apresentados pela clientela, tornam necessários o aprendizado, pelo paciente e seu cuidador, do manejo de sintomas e seqüelas e da respectiva terapêutica da doença, o que requer o conhecimento dos mecanismos de ação e das formas de minorar ou evitar a evolução da mesma.

No entanto, a despeito de seu efetivo empenho em promover capacitação e autonomia de familiares e usuários, os profissionais são permeados por dificuldades e inseguranças ao lidarem com o aumento de independência dos pacientes. Tais limitações aparecem especialmente na dificuldade, reiteradas vezes afirmada pelos profissionais, em efetivar altas do S.A.D., momento que pode indicar um especial estado de independência atingido pelo usuário.

“É, e a gente, às vezes, também custa a aceitar, porque a gente quer que o paciente seja independente, que a família seja independente, aí às vezes quando tá um pouco mais independente, a gente às vezes não tá muito preparado...”

O longo e sistemático contato, por parte de uma mesma equipe de atendimento, cria condições favoráveis à compreensão detalhada das necessidades e a troca de conhecimentos e informações, propiciando a instauração de um processo educativo de usuários e cuidadores para responder às demandas citadas nos parágrafos anteriores, visando a promoção da autonomia, responsabilização e envolvimento dos mesmos na condução de aspectos ligados à evolução e tratamento da doença.

Um dos efeitos positivos da capacitação dos chamados leigos para a condução do tratamento e ao mesmo tempo indicador de sucesso da mesma, seria, segundo as coordenadoras do serviço, a possibilidade de redução do número de visitas ao domicílio de determinados usuários. Tal conduta espelharia o entrosamento entre equipe e familiares e o domínio por parte destes últimos, dos procedimentos básicos relativos ao usuário, permitindo a solução de dúvidas e a orientação de condutas através do contato telefônico.

Segundo alguns profissionais, as orientações feitas pelo serviço ajudam inclusive a evitar o deslocamento do paciente e a utilização de outros serviços de saúde: *"(...) são informações que (...) passam segurança pro paciente e pronto, acabou! Já é suficiente prá ele não ser transportado pra uma unidade básica, para um hospital, etc.."*

O processo de educação em saúde assume caráter de importância na atenção domiciliar. Tal relevância provém do fato de significativa parte dos usuários apresentarem quadros de relativa gravidade, se comparados àqueles atendidos em ambulatórios e centros de saúde, conseqüentemente requerendo procedimentos de maior complexidade (como a realização de curativos, aspiração endotraqueal, entre outros).

Considerando que procedimentos desta natureza deverão, em sua maioria, ser executados, com freqüência, pelos cuidadores, torna-se fundamental a sua capacitação de modo a garantir a permanência dos doentes no domicílio sem gerar desassistência, sobretudo se considerarmos o fato de que o processo de

ocupar-se da atenção integral de um ente próximo ocorre, na maioria das vezes, de modo abrupto (Karsh, 1998), fato ilustrado através do relato de uma cuidadora:

“Eu nunca pus a mão em nenhum doente. Aliás eu desmaiava a cada sangue que eu via. De repente eu tive que aprender a cuidar de escara como ela falou, tive que aprender a fazer comida de sonda, tive que aprender a fazer tudo isso. De repente, sabe, eu me vi ali com aquilo tudo nas minhas mãos e não tinha um ser humano para me ajudar.”

O papel efetivamente pedagógico desempenhado pelo S.A.D. é especialmente ressaltado e reconhecido pelos cuidadores. Da parte da própria equipe, no entanto, tivemos oportunidade de perceber, durante nossas observações, a preocupação recorrente dos profissionais em organizarem e sistematizarem suas ações de caráter educativo. Para eles, suas práticas neste campo estariam ainda calcadas em um certo espontaneísmo, centradas em cada caso particular, carecendo de materiais educativos preparados de modo mais abrangente e da criação de espaços para a discussão coletiva de temas de interesse comum.

Como pudemos notar, os cuidadores valorizam as informações e orientações recebidas, identificando nelas um meio de evitar a aplicação de inumeráveis recomendações de procedimentos oriundos de leigos, baseados no senso comum. Segundo alguns cuidadores, a solidão a que ficariam condenados, na inexistência de um serviço desta natureza, poderia acabar levando-os a recorrer a substâncias e procedimentos sugeridos por amigos e vizinhos, de procedência e efeitos duvidosos no afã de curar o seu ente.

Outro ponto ressaltado pelos cuidadores é que a orientação no local onde os procedimentos e condutas deverão ser realizados, no caso, o próprio domicílio do paciente, facilita a compreensão dos propósitos e o aprendizado das técnicas e condutas, possibilitando dirimir eventuais dúvidas e inseguranças geradas pela nova situação e suas respectivas demandas para o cuidador.

“No hospital eles chegam e falam: vocês fazem assim! Só que você não viu eles fazerem, você não tá preparado para fazer aquilo (...) mas a hora que você chega em casa você vai falar assim: como que eu vou fazer? É assim. Mas será que eu tô errando nisso? Será que eu fiz alguma coisa errada?”

Como podemos perceber, os profissionais do serviço de atenção domiciliar em questão estão permanentemente expostos às demandas por orientação e educação tanto da parte dos usuários quanto de seus cuidadores, o que faz com que estes trabalhadores exerçam ações de caráter pedagógico em uma frequência superior a que seria de se esperar em serviços convencionais.

Tais demandas atingem a todos os profissionais, não se constituindo em ações privativas de nenhuma categoria em particular. Dessa forma, cada um dos profissionais se vê, com frequência, chamado a tornar parte de suas condutas compreensíveis e passíveis de reprodução pelo usuário e/ou seu cuidador, o que contribuirá de modo significativo para a ampliação de suas ações de campo de competência e responsabilidade.

No entanto, as fronteiras entre as práticas educativas e o monitoramento e controle devem ser permanentemente delineadas, de tal modo a facultar ao indivíduo o direito de usufruir ou não das orientações e recomendações provenientes do serviço, evitando-se que tais iniciativas se tornem formas de controle e tutela por parte do serviço (Singer et al. 1988; Costa, 1999), risco sempre presente mediante a imbricada relação entre o público e o privado ali estabelecida, tema que retomaremos mais adiante.

Como podemos perceber, a prática concreta da atenção no domicílio propicia o surgimento de demandas e questões diferenciadas aos profissionais que, para atendê-las de modo efetivo, deverão extrapolar as atribuições já consagradas às suas respectivas categorias no interior dos serviços convencionais. Ao agir assim, os profissionais estarão não só aumentando sua efetividade, mas também moldando um novo papel profissional a partir do novo contexto de atenção.

1.b) A colaboração interprofissional

Dentro do âmbito do tema “impacto da assistência domiciliar sobre o papel profissional”, consideraremos a seguir os aspectos relativos à comunicação, troca e interações estabelecidas entre as categorias profissionais que integram a equipe em questão. Tais aspectos serão considerados, a seguir, em torno da discussão da *colaboração interprofissional* – categoria por nós estabelecida para analisar alterações e mudanças ensejadas pela prática da assistência domiciliar nos modos de interação entre os diferentes núcleos profissionais.

A colaboração interprofissional¹⁶ é aqui entendida como um conjunto de relações e interações que podem, ou não, permitir o compartilhamento dos conhecimentos, experiências, práticas e habilidades entre trabalhadores pertencentes a diferentes categorias, visando a responder do modo mais abrangente e adequado possível às necessidades dos usuários (D’Amour, 1997). Poderíamos, também, afirmar que a colaboração interprofissional efetiva-se na intersecção de campos ampliados de competência e responsabilidade entre categorias profissionais (Campos, 1997-a).

Via de regra, o padrão convencional de relações entre categorias profissionais encontra-se normalmente calcado em interações protocolares e verticalizadas, sendo a troca entre profissionais de uma mesma equipe ou instituição mediadas pelas chamadas *interconsultas*. Teríamos aqui uma colaboração baseada na multiprofissionalidade, essencialmente constituída, se utilizarmos uma alegoria espacial, pela justaposição em blocos de profissionais pertencentes a diferentes categorias e não pela sua interpenetração e transversalidade como no caso da interprofissionalidade (Japiassu, 1976).

Dessa forma, poderíamos afirmar que enquanto a multiprofissionalidade se baseia em uma convivência paralela de diferentes núcleos profissionais, a interprofissionalidade teria como base a superação destes limites nucleares.

¹⁶ Utilizaremos os sufixos “profissional” e “disciplinar” quando nos referirmos respectivamente à prática profissional e ao desenvolvimento de conhecimentos (D’Amour, 1997).

Devemos ressaltar, no entanto, que tanto a inter quanto a multiprofissionalidade se baseia no reconhecimento da complexidade e existência de necessidades que extrapolam abordagens de caráter uniprofissional.

A existência de diferentes categorias profissionais no S.A.D., inseridas em uma cultura organizacional voltada para o oferecimento e articulação de abordagens complementares, centradas no contexto dos usuários e desenvolvidas sob a ótica da multicausalidade dos processos de adoecimento, estabelecem vias potenciais para o desenvolvimento de práticas de superação do padrão ortodoxo de colaboração profissional e o estabelecimento de ações fundadas na colaboração interprofissional.

Além disso, a estrutura organizacional que conforma o serviço, centrada no modelo de gestão colegiada permite a interação direta entre os integrantes do serviço tanto para a discussão de condutas e procedimentos profissionais dos casos em atendimento, quanto para a consideração de aspectos administrativos do serviço sob a ótica de diferentes categorias (Campos, 1997-a). Esta forma de organização permite a superação de modelos inspirados na divisão por categorias e estruturados em interações protocolares.

Com relação à interação cotidiana entre os profissionais, pudemos perceber que a prática, por nós acompanhada, contribui especialmente para a apreensão, por parte de um profissional, dos procedimentos executados pelo colega de equipe. Isto se deve ao fato das visitas serem, na maioria das vezes, realizadas por duplas ou trios de profissionais de categorias distintas, permitindo que um profissional acompanhe todo o procedimento realizado pelo colega, freqüentemente auxiliando-o, uma vez que todos deverão aguardar o término do atendimento e o retorno do veículo pertencente ao serviço para que possam se dirigir a um novo endereço.

Dessa forma, médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas podem se combinar de diferentes formas para a realização de uma visita, permanecendo juntos durante todo o atendimento e podendo, neste

momento, observar, auxiliar e participar da condução do mesmo. Considerando tratar-se de uma clientela de baixa rotatividade e longa inclusão no serviço, há possibilidade de que um profissional possa observar e participar da efetivação de condutas e procedimentos do outro por mais de uma vez, o que promove e reforça a possibilidade de assimilação e aprendizado de condutas distintas de sua formação.

“A gente tá sempre ouvindo, por exemplo, eu vou com o R., a gente presta atenção muito no que o fisio fala, eu não vou fazer o que eles fazem, mas eu posso dar uma orientação quando ele não tá junto comigo”.

Nos serviços convencionais, por vários motivos, inclusive pela racionalização e otimização do tempo, a oportunidade de acompanhar intervenções realizadas por integrantes de outras categorias é rara (Lima, 1998). Tais intervenções são realizadas normalmente em salas específicas, na presença de pares ou, no máximo, através da assistência do médico pelo enfermeiro e quase nunca deste último pelo primeiro.

Os dispositivos voltados para a circulação de informações e a interação entre os profissionais com relação aos casos acompanhados, efetivam-se durante o próprio processo de atenção, nos momentos proporcionados pela espera do transporte ou durante os translados, além de outros espaços formalmente constituídos, como as reuniões semanais de equipe ou documentos de registro. Esta forma de troca de informações e comunicação é freqüentemente vista como informal e desorganizada pelos integrantes da equipe, que se remetem ao modo estruturado com que os dados são trocados e registrados em outros serviços, tais como nos hospitais.

O modo de trabalho interdisciplinar é valorizado pelos integrantes do S.A.D., tanto por aumentar a efetividade das intervenções quanto por oferecer respaldo e complementaridade às ações de uma determinada categoria. Além disso, a incorporação de novos conhecimentos, expandindo o núcleo de atuação em direção a um campo de competência ampliado, também é ressaltado, como podemos depreender da afirmação abaixo:

“(...) então a sua área de atuação acaba se expandindo um pouco, eu, como enfermeira, a gente acaba incorporando conhecimentos que não são dados pra gente na escola, a gente aprende no trabalho, trabalhando em equipe, conhecimentos que a gente adquire com o pessoal auxiliar, o pessoal de fisioterapia, o pessoal médico, e o pessoal médico a mesma coisa, a gente começa, eles começam a trabalhar incorporando conhecimentos de outras áreas (...)”.

Neste caso, a colaboração interprofissional age como um dispositivo, promovendo a incorporação de novos conhecimentos e a revisão de idéias e posturas, propiciando a articulação de novos saberes e práticas, o que fornece bases para um tratamento mais eficaz ao usuário.

Por outro lado, pudemos observar o temor, por parte de alguns profissionais, que sua área venha a ser invadida por outra, ou até mesmo que se “desprofissionalize” responsabilidades e atribuições¹⁷. As mudanças que este tipo de interação profissional ocasiona no papel profissional e a tensão constante entre o que é próprio e o que deve ser coletivamente compartilhado, requerem uma especial abertura do profissional ao risco, ao inusitado e ao redimensionamento, o que nem sempre é suportado por alguns deles. No dizer de uma das coordenadoras:

“(...) não é que um invade no sentido ruim, né, um invade o espaço do outro, (...) então não tem essa de a minha área de atuação é essa, bonitinha, que eu planejo, eu faço e aconteço tudo certinho, tem muita interferência, (...) a gente consegue trabalhar em equipe só se conseguir pensar nesse sentido, né, que eu não sou dono... eu tenho meu saber, eu tenho minha formação, mas eu tenho condições de tá abrindo pra todo mundo, isso é... é o que a gente consegue enquanto S.A.D., então tem que ser um profissional que tenha essa abertura, vamos falar assim.”

No entanto, a centralidade médica e sua função de lugar pensante (Lima, 1998), de “cérebro” da equipe, é reafirmado tanto pelos médicos quanto por outros profissionais do S.A.D., postura que podemos ver ilustrada na afirmação de um

¹⁷ Como já alertou Campos (1997-a) em relação à experiências radicais de horizontalização de organogramas, nas quais atividades nucleares foram negligenciadas, gerando desresponsabilização e desassistência devido à redução na efetivação de condutas nucleares, específicas de determinadas categorias.

profissional de medicina, segundo o qual “A equipe começa a ser os olhos da gente, os olhos e os ouvidos (...) que tão rodando por aí.”

A despeito disso, a inserção dos auxiliares de enfermagem, neste contexto de colaboração interprofissional, é diferenciada em relação aos seus pares fixados nos serviços tradicionais, mesmo constituindo-se no único grupo não universitário da equipe. O grau de iniciativa e envolvimento presentes no relato de uma auxiliar de enfermagem, ensejados pelas condições particulares de distanciamento de outros tipos de suporte, seria impensável em uma estrutura convencional.

“Aí nós temos que avaliar o paciente, se dá pra esperar até segunda-feira, quando nós vamos ter médico, ou se nós vamos ter que mandar ele logo pro hospital, quer dizer, esse é um problema diferente que nós encontramos, se você tá no hospital, o paciente tá hipertenso... você vê com o médico, ou residente, não sei, vem alguém e resolve seu problema. Agora, a gente não, a gente fica com essa preocupação: ‘vamos esperar até segunda-feira? Vamos mandar pro hospital?’ Nem sempre é hipertensão, às vezes é alguma outra patologia, alguma outra coisa que o paciente piora e a gente tá sozinho, só a enfermagem, não tem pra onde correr!”

Durante nossas observações, ouvimos de diferentes categorias, algumas reservas quanto à realização de visitas por representantes de mais de uma profissão. Nestas ocasiões, os profissionais disseram preferir que os atendimentos fossem organizados por categoria, o que permitiria racionalizar e otimizar o uso da carga horária dos trabalhadores. Além disso, não foram raros os momentos em que presenciávamos discussões informais sobre que categoria realmente sustentaria o serviço, bem como sobre a necessidade de reuniões específicas de determinado segmento profissional, sobretudo da enfermagem, para tratar de assuntos que lhe são peculiares.

Tais posicionamentos são ilustrativos do fato de que, ainda que propicie condições intrínsecas favoráveis ao avanço em direção a abordagem interprofissional, o S.A.D. está imerso em um contexto social que o transcende, influenciado pelas diretrizes hegemônicas constituídas pela lógica da

profissionalização (D'Amour, 1997), pautada pela segmentação dos campos profissionais e pelas disputas corporativas entre os diversos campos de atuação.

Uma vez que as condições intrínsecas ao serviço estão inseridas e são fortemente influenciadas por determinantes externos, como aqueles oriundos da chamada lógica da profissionalização, representada pelas escolas de formação, conselhos de classe, associações e sindicatos, podemos perceber a presença simultânea de elementos típicos desta lógica e outros característicos da colaboração interprofissional exercendo pressão e moldando os perfis e práticas dos profissionais.

Como resultante dessa ação de diferentes forças, nenhum ator social agiria pautado somente por um ou outro referencial, sendo sua atuação constituída por elementos tanto da lógica da profissionalização quanto pela lógica da colaboração interprofissional (D'Amour, 1997). Os principais elementos constitutivos de uma e outra lógica e sua influência sobre o profissional são representados abaixo (quadro 5).

Lógica da profissionalização		Lógica da colaboração interprofissional
	→ P ←	
	→ R ←	
Visão mecanicista da pessoa	→ O ←	Visão humanista da pessoa
A pessoa é percebida como um conjunto de partes. A situação é objetivada.	→ F ←	A pessoa é vista como um ser biopsicossocial em interação com seu meio.
A pessoa é não participante	→ I ←	Reconhece o direito a autodeterminação da clientela.
Privilegia o poder, a autoridade, a especialização.	→ S ←	Privilegia o compartilhamento e a integração de saberes e práticas.
Taxonomia rígida do saber.	→ I ←	Integração de saberes, reconhecimento da complexidade.
Abordagem centrada nos territórios profissionais.	→ O ←	Abordagem centrada sobre a clientela.
As fronteiras são estanques.	→ N ←	Partilha-se zonas de intervenção.
As relações entre os profissionais são paralelas, cumulativas e não interativas.	→ A ←	Relações interativas. Intersubjetividade permite uma melhor compreensão.
Objetiva-se o controle e regulação do mercado através de serviços técnicos.	→ L ←	Objetiva-se a abordagem global e participativa.

Quadro 5 – Elementos constitutivos da lógica da profissionalização e da lógica da colaboração interprofissional. (Extraído de D'Amour, 1997, p. 22)

À guisa de conclusão deste tópico, poderíamos afirmar que a forma de colaboração entre profissionais no S.A.D., além de sofrer influências tanto da lógica da profissionalização quanto da colaboração interprofissional, como demonstrado, é também moldada por características inerentes à modalidade assistencial e ao modo de organização institucional do serviço em questão, que estabelecem um perfil de interação entre as categorias de forma predominantemente interprofissional.

Uma vez que este perfil é não hegemônico (D'Amour, 1997), diferindo-se do que é normalmente preconizado pelas instituições de formação e conselhos corporativos, podemos inferir que o tipo de colaboração entre categorias adotado no S.A.D. produzirá efeitos sobre o papel profissional em direção oposta à formação trazida pelo profissional no momento de seu ingresso no serviço.

1.c) Alterações na relação profissional-paciente

Terceira e última categoria relacionada ao tema do impacto da atenção domiciliar sobre o papel profissional, a alteração da relação profissional-paciente também sofrerá consequências da transferência para o domicílio de ações e procedimentos, até então realizados no interior dos serviços de saúde. Tal deslocamento é suficientemente potente e radical para gerar profundos efeitos e modificações nos modos como são estabelecidas as relações entre trabalhadores, usuários e cuidadores.

Consideramos aqui duas decorrências imediatas, com repercussões na relação profissional-paciente, deste deslocamento: a ampliação e aprofundamento do conhecimento das condições de diversas ordens do usuário pelo profissional e modificações (e até mesmo inversões) no poder que permeia este tipo de relação. Cada uma destas questões será tratada a seguir.

O conhecimento mais abrangente e profundo do paciente pelos membros da equipe de atenção domiciliar foi parcialmente considerado quando analisamos a categoria relativa a ampliação das ações de campo e núcleo de competência e

responsabilidade. Como demonstrado nesta ocasião, os membros da equipe passam a ter contato direto com o entorno dos usuários, identificando os determinantes do estado de saúde dos mesmos bem como sua teia de relações e modo de inserção social.

Damatta (1997) aponta diferenças significativas entre os espaços da casa e da rua em nosso país, demonstrando que o primeiro configura-se como esfera da proximidade e da informalidade, caracterizando-se pela circulação de afetos e pelo acolhimento, elementos que exercerão influências nos modos de relações estabelecidas entre profissionais e usuários, normalmente calcada no distanciamento e cristalização de papéis típicos das instituições de saúde.

Podemos notar, como exemplo desta aproximação, que os pacientes do S.A.D. são exclusivamente referidos pelo nome e/ou sobrenome, sendo de alguma forma conhecidos pelos profissionais, conhecimento este que pode chegar até aos detalhes e peculiaridades do percurso de vida e modos de ser de usuários e cuidadores.

Esta individualização da atenção é ilustrada pela fala de um profissional ao cotejar seu trabalho no hospital com sua segunda atividade desenvolvida em um serviço cooperativado de assistência domiciliar: *“Na U.T.I. é leito ‘A’, a gente passa o plantão na frente do leito e quase nem olha pro paciente. Já em casa tem nome, história, cara...”*

Ou como afirmou um auxiliar de enfermagem do S.A.D.:

“O paciente no hospital, você só conhece o paciente, você cuida do paciente, ali ele tem comida, tem alimentação, tem higiene, tem tudo, só cuida do paciente. Na casa, você sabe que ele não tem comida, sabe que a higiene é precária, sabe dos problemas familiares, o envolvimento na casa é muito mais complexo, no hospital é simples, você fez os cuidados de enfermagem e acabou, o paciente recebe alta e vai embora.”

O maior conhecimento e contato com o usuário possibilita, também, o estabelecimento de relações permeadas de empatia, antipatia, ou transferência e contratransferência se utilizarmos o referencial psicanalítico. Assim, podemos

notar freqüentes arranjos na escala de trabalho, baseados no maior ou menor grau de vinculação de um profissional com determinado usuário. Naturalmente um arranjo desta natureza é especialmente possível ao grupo de auxiliares de enfermagem, composto por um número maior de profissionais.

"(...) todo mundo conhece um pouco do outro, sabe do que gosta do que não gosta, e... na casa do paciente: 'ah, não vou deixar fulano ir, ele não...' às vezes não se dá bem, não bate bem com a personalidade do dono da casa com a da pessoa, então a gente evita esse tipo de coisa pra não ter confronto, se eu me dou bem, vou eu (...)"

O conhecimento de outras dimensões do usuário propicia bases para a consideração de questões normalmente negligenciadas em serviços convencionais. Durante um atendimento por nós acompanhado, pudemos observar uma longa discussão conduzida por familiares junto ao médico da equipe do S.A.D., a respeito de um encaminhamento decisivo para aquele caso. Tratava-se, em última instância, de considerar a possibilidade de o usuário, um idoso com prognóstico fechado, poder retornar à cidade onde sempre viveu a fim de passar ali seus últimos dias.

Neste caso, foram consideradas não só as questões estritamente médicas e técnicas, mas também dimensões de ordem emocional e afetiva na discussão do caso, correlacionando aspectos singulares daquele indivíduo. A consideração destes tipos de questões dificilmente encontraria viabilidade e ressonância em ambientes e dinâmicas estruturadas e assépticas como os dos hospitais.

Se a efetivação da atenção no espaço do indivíduo possibilita maior conhecimento e proximidade entre terapeuta e paciente, também permite modificações ou até mesmo a inversão nas relações de poder entre estes. Se em hospitais e ambulatórios os fluxos e modos de comportamento e interação profissional-paciente encontram-se devidamente estabelecidos e protocolados, no interior dos domicílios, espaço privativo do usuário, estas dimensões são desestabilizadas e reconstruídas. Neste sentido, cada caso será realmente um

caso singular, sendo as regras e modos de interação entre os envolvidos, dimensões a serem construídas de modo particular.

Há claramente, por parte dos profissionais, o reconhecimento de que nesta modalidade assistencial a rigidez de regras e normatização que caracterizam os espaços intra-institucionais deverão ser negociadas com as prerrogativas inerentes ao indivíduo presente em seu espaço privado, como podemos constatar pela afirmação de uma auxiliar de enfermagem:

“(...) no hospital nós, coordenamos tudo o que o paciente vai fazer: a hora do banho, a hora de comer, a hora de tomar... quando ele vai prá casa e a gente vai visitá-lo, aí é diferente a nossa relação. Ali é o lugar dele, é ele quem manda ali, é a família que manda ali, então a nossa inserção é completamente diferente nesse ambiente, aí a gente vai chegar ali, não como aquele sargento que a gente é no hospital (...)”

Outro fator que concorre para a superação da tradicional relação de poder entre profissionais da equipe de saúde com o paciente é a entrada em cena de novos atores sociais na condução do tratamento da clientela atendida pela assistência domiciliar. Neste caso, necessariamente os usuários, familiares, em geral e cuidadores, em particular, deverão desempenhar papel de co-condutores da terapêutica prescrita, além de exercerem a função de informantes da evolução da doença considerada.

2) Inserção de novos espaços e atores

Dentro da presente temática, abordaremos os problemas, questões e eventuais conflitos gerados tanto pelo surgimento de um novo ator, representado pela inserção do cuidador no processo de tratamento, quanto pelas novas relações oriundas da entrada sistemática de profissionais e práticas, provenientes do espaço público, no interior da moradia dos usuários, essencialmente um espaço privado. Consideraremos, inicialmente, a questão do cuidador para, em seguida, abordarmos as relações entre o público e o privado na assistência domiciliar.

2.a) Cuidadores e familiares

A existência de um cuidador é considerada condição necessária para o acompanhamento do paciente em sua residência pelos serviços especializados. Sua presença garantiria continuidade da assistência ao usuário vinte e quatro horas por dia, dando seguimento às intervenções realizadas durante as visitas dos profissionais do serviço, mediando o conhecimento dos especialistas e o saber da prática cotidiana (Mendes, 1998).

No entanto, se contribuem por um lado, os cuidadores encerram novas demandas por outro. Tivemos a oportunidade de ouvir dos trabalhadores do S.A.D., por diversas vezes, que sua clientela é composta pelos pacientes atendidos e respectivos cuidadores, uma vez que ambos, igualmente, requerem atenção por parte do serviço, ainda que de distintas formas.

Embora a abordagem institucional sistemática no domicílio seja fundamental para o aumento da qualidade de vida do cuidador e para a garantia de atenção efetiva ao usuário, devemos considerar, no entanto, que a maior parte deste tipo de demanda não é considerada. Assim, noventa por cento de uma amostra de cento e dois cuidadores pesquisados por Felgar (1998), no município de São Paulo, nunca tiveram contado com qualquer tipo de suporte formal, o que nos faz interrogar sobre as condições sob as quais se realizam a assistência aos pacientes acamados, com restrição importante da locomoção, que permanecem em seus domicílios, além de indicar que a existência do cuidador independe da existência de apoio institucional.

Tal situação é particularmente grave se considerarmos que, a rigor, ninguém está preparado para tornar-se cuidador de um familiar, cônjuge ou vizinho. Levando-se em conta que a maioria dos usuários do serviço em questão constitui-se de portadores de seqüelas de acidente vascular cerebral (Nunes, 1999), evento eminentemente agudo, podemos inferir que significativa parte dos cuidadores assumem o novo papel, literalmente, do dia para a noite, tendo que se haver com demandas e decisões até então impensadas.

Dessa forma, tornar-se cuidador, via de regra, é uma situação inesperada, para a qual as pessoas são compelidas pelas circunstâncias, normalmente sem estarem preparadas e cujo papel deverá ser descoberto e construído. Esta construção da identidade do cuidador se realizará através do próprio exercício do cuidado e de reflexões e trocas feitas na prática (Mendes, 1998).

“Quando eu peguei a minha mãe, eu também tinha medo. Quando eu vi minha mãe lá sem falar, com a ‘tráqueo’, com sonda, com sonda urinária, tudo, eu fiquei assustada. Só que eu falei: ou eu cuido ou eu não cuido.”

Neste caso, o S.A.D. e outros serviços correlatos, serão permanentemente confrontados com a necessidade suplementar de auxiliar na constituição deste novo papel a ser desempenhado, na maioria das vezes, por um familiar ou cônjuge (Felgar, 1998), de forma a minimizar o impacto da sobrecarga física e psicológica que as novas tarefas irão impor ao cuidador.

A questão da sobrecarga física é especialmente importante se considerarmos o fato que o perfil dos cuidadores do S.A.D. tem a sua quase totalidade composta por indivíduos do sexo feminino, com algum grau de parentesco com o doente, sendo, a maioria, cônjuge (Nunes, 1999). Isto implica no fato de o cuidador poder apresentar fatores de risco semelhantes aos do paciente a quem assiste, conforme discutido no Capítulo 2.

A sobrecarga física decorre da execução de tarefas que podem chegar a ser diurnas, requerendo a presença ostensiva do acompanhante. Segundo as palavras de um cuidador:

“Dia e noite eu viro ele, de 2h em 2h, porque é necessário. Não que eu goste ou que eu queira e me cansa demais, mas é necessário. (...). Então o cuidador é isso: é a dedicação completa para aquele paciente, para aquele doente que está precisando. É uma dedicação total. Eu não saio, não vou a lugar nenhum, não tenho mais vida própria, a minha vida é a vida dele, porque ele precisa. (...) Mas quem cuida dele 24h por dia sou eu e é minha obrigação, porque ele depende de mim.”

A sobrecarga e estresse psicológicos são também significativos. Os cuidadores, por nós ouvidos, foram unânimes em afirmar que recebem apenas colaborações eventuais de outros familiares em sua tarefa, não possuindo ninguém com quem revezar, efetivamente, o acompanhamento ao doente.

Isto se torna particularmente estressante se considerarmos que além da sobrecarga física, da impossibilidade de efetivar o necessário afastamento da tarefa para o repouso, o cuidador freqüentemente é alvo de flutuações de humor do doente, muitas vezes provenientes da reação do mesmo à sua condição atual ou como decorrência de quadros demenciais. No entanto, estes quadros de hostilidade oriundas do paciente reforçam a idéia de que ele deva realmente ser acompanhado por alguém próximo:

“Agora o cuidador é diferente, porque existe um laço de afinidade, da mãe ou do pai, no meu caso que é marido... É muito importante ter esse laço, porque a gente fica cansada, revoltada, às vezes a gente briga, porque a pessoa doente é uma pessoa revoltada, cansada, tem dores e às vezes agride a gente. Muitas vezes meu marido me agride, me xinga, né? Então a gente tem que entender esse lado, que é um desabafo... Ele está desabafando porque eu sou mulher dele, ele não pode xingar qualquer um.”

É provavelmente originária de situações como esta, mobilizadora de afetos de diversas ordens, a ênfase dada por alguns cuidadores, durante o grupo focal, à necessidade de inclusão pelo S.A.D. de psicólogos em seu quadro de profissionais. Não devemos esquecer que toda a história familiar e seu arsenal de conflitos podem vir à tona nestes momentos, ampliada pela problemática da realidade atual. Tudo isso ressalta a ampla e profunda gama de sentimentos que vêm compor e permear o ato de cuidar, afetos que podem oscilar da abnegação à raiva, passando pela satisfação, resignação e sentimento de ter sido injustiçado pelo destino, como constatou Felgar (1998).

Segundo Mendes (1998), as pessoas são levadas a assumir a situação de cuidador sem questionamentos, imbuídos de sentimentos mediados pela moral e pelo compromisso, sendo comum a busca de valores religiosos como suporte para a aceitação das atribuições cotidianas e dos sentimentos, citados acima, que afloram ao longo do exercício do cuidado.

Tais sentimentos ficaram evidentes no clima de emotividade que permeou o grupo focal, por nós realizado com os cuidadores, tendo um deles chegado ao pranto, em alguns momentos. Segundo Felgar (1998), a falta de suporte faz com que os cuidadores encontrem em conversas e no choro uma alternativa para aliviar suas tensões e tristezas.

O cuidador configura, na assistência domiciliar, muito mais do que um simples colaborador a efetivar orientações e prescrições da equipe. Constitui-se também em um potencial alvo de atenção, dado as peculiaridades que vimos discutindo nas últimas páginas. O estresse físico e psíquico a que se encontra sujeito, a necessária construção da identidade do novo papel e sua vulnerabilidade aos mesmos fatores de risco do paciente cuidado apontam para a necessidade do oferecimento de diversos tipos de suporte aos mesmos.

A ampliação da atenção ao cuidador pelo S.A.D., através da realização de encontros grupais periódicos entre os mesmos, é uma questão permanente na agenda do serviço, não concretizada em seus sete anos de existência. No entanto, ao final de nossos trabalhos de campo pudemos constatar ações efetivas dos profissionais nesta direção, sendo que os grupos foram implementados algumas semanas após o término de nossas atividades junto à equipe.

A efetivação de dispositivos voltados para a atenção sistemática aos cuidadores significa a consideração, por parte do serviço, de sua importância na condução do tratamento ao paciente, bem como das necessidades intrínsecas à condição deste, o que equivale ao reconhecimento do cuidador como um importante ator no contexto da assistência domiciliar.

2.b) Interações entre o público e o privado

Se a atenção no domicílio pode oferecer suporte ao cuidador e ao paciente, provendo respostas a necessidades até então negligenciadas, pode também fazer surgir questões relacionadas à convivência entre as rotinas domésticas, próprias da moradia dos usuários e a racionalidade inerente a um serviço público de saúde, problemática que vimos considerando através da categoria relativa aos conflitos entre o privado e o público.

Segundo Damatta (1997), *casa* e *rua* são categorias sociológicas fundamentais para a compreensão da sociedade brasileira de uma maneira geral. Diferente de outros países, como os EUA, o Brasil caracteriza-se, segundo o autor, por possuir códigos específicos para cada uma destas esferas, a ponto de sermos “*uma pessoa em casa e outra na rua e ainda outra na igreja, terreiro ou centro espírita*” (p.106).

A casa é concebida como espaço da calma, do repouso e da hospitalidade, enfim, de tudo o que define a idéia de calor humano, privacidade e familiaridade, enquanto a rua é o espaço inverso, caracterizado por pertencer ao “governo” ou ao “povo”, submetido à lei e à ordem, zona de luta e de malandragem (Damatta, 1997).

Porém *casa* e *rua* são indefiníveis a partir de espaços físicos delimitados, não sendo mensuráveis metricamente. Ao contrário, segundo o autor, tanto a *casa* quanto a *rua* são, primordialmente, espaços morais, definidos a partir de contrastes, complementaridades e oposições. Assim, “*minha casa*” pode referir-se tanto ao quarto de dormir, quanto ao bairro ou ao país dependendo se me encontro, respectivamente, na sala, no centro da cidade ou em um país estrangeiro.

“Quando digo então que “casa” e “rua” são categorias sociológicas para os brasileiros, estou afirmando que, entre nós, estas palavras não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados e, por causa disso, capazes de despertar emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas.” (Damatta, 1997, p.15)

Segundo essa concepção, poderíamos afirmar que, para o exercício da atenção domiciliar, os profissionais atravessariam várias “casas” até chegarem ao usuário. Esta forma de atenção implicaria na penetração sucessiva do serviço público no bairro, na vizinhança, na residência e, finalmente, em cômodos específicos que compõem esta última, sendo cada uma das instâncias citadas, virtualmente, a casa para um indivíduo ou um conjunto deles.

Assim é que, essa graduação em vários níveis de “casa”, fica especialmente ressaltada pelo forte contexto de violência e segmentação urbana vividos nas grandes e médias cidades brasileiras (Vermelho & Jorge, 1996). Neste caso, a entrada em alguns bairros e favelas pode importunar uma fração de moradores daquela “casa”, “irmanados” em torno de atividades ilícitas (processamento de mercadorias roubadas ou narcotráfico por exemplo). A entrada de estranhos, como os integrantes do S.A.D., nestas áreas estaria, então, sujeita à observação de códigos específicos (identificação da origem e objetivos da visita) e ao eventual monitoramento dos mesmos por integrantes da comunidade.

Se a interação entre o público e o privado deve ser considerada na prática da atenção extra-muros desde instâncias ampliadas, como o bairro ou a vizinhança, podemos prever que o estabelecimento de uma sistemática de acompanhamento no interior da residência poderá ocasionar o surgimento de importantes questões relativas à interação, atribuições e papéis de usuários e familiares no espaço doméstico, por um lado, e profissionais e a dinâmica do serviço por outro, mesmo considerando-se ser a família um espaço tradicionalmente ligado ao cuidado.

“A esfera doméstica é o locus da família, marcado por relações afetivas e pessoais, em que os indivíduos nascem, crescem e morrem, sendo ainda o terreno da intimidade em que se gesta a história pessoal de cada um. Os cuidados e a proteção são atividades inscritas de forma permanente nas relações familiares.”
(Mendes, 1998. p.192).

Há reconhecimento, por parte dos trabalhadores do S.A.D., das diferenças entre a prática no interior dos serviços e aquela desempenhada no domicílio do paciente, originadas na influência dos espaços físico e simbólico, presentes na moradia, sobre o papel profissional e sua relação com o paciente.

“(...) na casa dele é ele e a família que resolvem as coisas, então a gente entra mais de mansinho, a gente tem que envolver a família, então a inserção é diferente (...), tanto pela interação dos profissionais que estão atendendo e também pela dinâmica, pela relação que a gente tem com a família e com o paciente.”

Apesar dos cuidados tomados pelos profissionais, como exemplificado na transcrição acima, é inevitável a geração de incômodos à rotina doméstica. Como já afirmou Mendes (1998), o indivíduo acrescentará às tarefas que vinha previamente desempenhando, outras especificamente voltadas para o paciente e que lhe conferirão o papel de cuidador. Não haverá, na grande maioria das vezes, segundo a autora, eliminação ou redução do nível e quantidade de responsabilidades e trabalhos executados precedentemente pelo indivíduo, antes de tornar-se o acompanhante preferencial do doente.

Por isso, um dos incômodos gerados pela assistência sistemática do serviço na residência é uma eventual interrupção no desempenho das outras tarefas, não especificamente ligadas ao paciente, como afirmado por um profissional do S.A.D. quando indagamos à equipe sobre possíveis dificuldades surgidas na relação com familiares ao longo do processo terapêutico:

“(...), a gente começa a incomodar mesmo, porque se a gente se colocar no papel deles, a gente todo dia lá, a gente interfere muito na vida deles... eles tão sempre tendo que estar disponível. Parar... apagar a panela que tá lá no fogo prá ir lá te atender. Imagine fazer isso todos os dias!”

Tal incômodo é gerado não só pela disponibilidade requerida ou eventual interrupção de tarefas, mas também pelos aspectos de monitoramento e vigilância suscitados nos moradores através das visitas dos profissionais do serviço.

“Eu falo no bom sentido, é que a gente não tem hora pra chegar, nem dia, então eles têm que estar sempre em alerta, sempre ali de prontidão porque não sabe a hora que o S.A.D. chega. Então, por exemplo, ‘eu poderia trocar a fralda dele lá pelas 10h, mas eu não sei se o S.A.D. chega, então eu vou largar o que eu tenho que fazer, vou ter que colocar, porque se chegar e ele tiver molhado eles vão me encher o saco’, né. Então eu acho que nessa hora a gente enche o saco.”

Reside aí um importante risco da assistência no domicílio: a possibilidade de extensão da vigilância e controle do Estado para o interior do ambiente doméstico, de forma a imprimir novamente a disciplinarização ocorrida em outros momentos da história, através do movimento dos higienistas e da polícia médica.

Devemos lembrar que a medicina, ao se impor como técnica de regulação do contato entre indivíduos e família, cidade e Estado, teve em suas intervenções no domicílio um de seus maiores aliados. A partir do século dezenove, os chamados higienistas, valendo-se de diferentes argumentações de caráter pretensamente técnico, impuseram às famílias uma educação e condutas baseadas nos preceitos sanitários da época (Costa, 1999), sendo que podemos acrescentar o papel de controle inúmeras vezes atribuído aos serviços de saúde (Singer et al., 1988)

Não é incomum o apontamento, por parte da equipe, de certos hábitos e características específicas de determinada família como causadores da situação em que, eventualmente, se encontre o doente. Tais julgamentos, via de regra, realizam-se calcado em valores intrínsecos ao grupo e sua correspondente inserção social, carecendo de distanciamento e de uma postura compreensiva, que tangenciaria a propensão à normatividade ou ao embate de valores entre integrantes do serviço e familiares, evitando-se eventuais “choques culturais” (Marins, 1998).

É importante notar que, praticamente a totalidade de relatos concernentes a conflitos e incômodos, gerados na relação entre o serviço e familiares e/ou usuários, foram feitos pelos profissionais, indicando o grau de consciência destes

com relação à problemática ensejada pelo novo local de atendimento. O retraimento de pacientes e cuidadores em considerar a mesma problemática pode ser decorrente da dificuldade em extrair consciência crítica de quem é ajudado, conforme afirmou Demo (1996).

Do que vimos expondo, podemos perceber o sensível impacto causado na conformação desta modalidade assistencial, pela inclusão dos cuidadores, no contexto do tratamento e pela quebra das fronteiras entre o público e o privado, normalmente estabelecidas nos serviços convencionais. A seguir consideraremos as interações entre o contexto organizacional e a produção de assistência domiciliar.

3) Contexto organizacional

O contexto organizacional é simultaneamente produtor e produto das formas de atenção desenvolvidas pelo serviço em questão. Assim, ao analisarmos as categorias relativas aos modos de organização do serviço e ao ambiente de trabalho, pretendemos compreender como estas dimensões auxiliam a conformar a assistência domiciliar e como são, por sua vez, por elas conformadas.

3.a) Modos de organização do serviço

Devemos considerar o caráter eminentemente pioneiro do S.A.D. no município e até mesmo no país, por ocasião de sua implantação, no início da década de 90. O serviço foi concebido, desde o princípio, visando à população idosa, como atesta o enfoque à geriatria privilegiado no processo de seleção dos primeiros profissionais.

O projeto inicial foi concebido de modo centralizado, não tendo havido participação da equipe inicial em sua elaboração e discussão, que ficaram com a incumbência de implementar a proposta e observar a ressalva de evitar que o serviço se cristalizasse em torno de uma população fixa, conforme nos relataram os profissionais que participaram de sua implantação:

"(...) foi dada uma cópia do projeto, foi dito: 'Esse vai ser um projeto piloto' (...) a única ressalva que ficou prá mim foi o de ter cuidado para não transformar isso num programa de crônicos (...) e o único motivo de alta será o óbito e acabou o serviço. (...) o que me ficou assim, o começo: 'toma, agora o filho é de vocês, nasceu, mas agora é vocês que vão cuidar.'"

A transcrição acima ilustra a dimensão empírica que sustentou a constituição do serviço, carente de referenciais de congêneres nacionais, então restritos ao município de Santos (SEHIG, 1994) e ao serviço pioneiro do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (Maciel et al., 1999).

Como afirmou uma das coordenadoras *"(...) ninguém fez especialização em atendimento domiciliar (...)"*, o que reforça o autodidatismo e formação empírica implicados na constituição do S.A.D. O estabelecimento progressivo do perfil do serviço, ao longo de sua implementação, pode ser identificado no relato de uma auxiliar se referindo ao fato de os membros da equipe, por não terem ainda claro quais seriam as fronteiras do atendimento domiciliar, realizarem atividades como faxina, comida, etc., que foram, paulatinamente, deixadas de lado à medida em que o serviço crescia.

O papel de serviço-piloto, desempenhado pelo S.A.D., constante em sua missão, trouxe conseqüências para o funcionamento da equipe. Conforme discutida e validada pelos seus membros, durante o processamento de questões no âmbito da avaliação participativa, a missão de projeto-piloto impôs grande responsabilidade ao serviço, a ponto de dificultar a consideração dos problemas de percurso pelo grupo.

Neste sentido, a incumbência de tornar-se modelo estabeleceu um rígido propósito de acertar, de não cometer erros, a tal ponto assimilado que dificultou ao grupo perceber e discutir eventuais falhas e dificuldades. Como conseqüência, surgiu um paradoxo: a missão de piloto, ao mesmo tempo em que era um

estímulo, era também um empecilho à análise detalhada e à reflexão de experiências conflituosas ou de insucesso¹⁸.

Os objetivos do serviço, conforme pudemos identificar em conjunto com os integrantes da equipe do S.A.D. por ocasião da validação do modelo teórico, necessário ao processo de avaliação participativa empreendido, giram centralmente em torno de: aumento do acesso ao tratamento em saúde por uma população essencialmente idosa, com graves restrições na locomoção; aumento da autonomia dos usuários e cuidadores e a diminuição do uso de pronto-atendimentos, internações hospitalares e de serviços das unidades básicas por esta mesma clientela. Um objetivo não explicitado, mas tacitamente reconhecido, originário de deficiências do sistema público de saúde, é o de suprir internações não realizadas por restrições de leitos.

O modelo de atenção do S.A.D. é baseado em um conjunto de ações que buscam propiciar o maior grau possível de integralidade dos atendimentos aos pacientes, justificada pela dificuldade de locomoção apresentada pelos mesmos, sendo essa integração da atenção motivo de satisfação para os profissionais.

“Por ser uma equipe multidisciplinar a gente tem uma quase auto-suficiência, né, e evita que haja quebra no tratamento porque o médico chega, se precisa da enfermagem tá lá, se precisa da fisioterapia tá lá, se precisa de um dentista não está lá, mas a gente tem como encaminhar corretamente, e assim por diante, (...), então a qualidade, o que a gente consegue produzir no S.A.D. é a qualidade, (...) por ser uma equipe multiprofissional, que vai evitar prováveis quebras.”

A constituição da equipe do S.A.D. por várias categorias profissionais, organizada para garantir respostas a maior parte das necessidades dos usuários será, por sua vez, base para a constituição posterior do tipo de colaboração profissional caracterizado pela interprofissionalidade, como discutido anteriormente no âmbito da categoria pertinente ao tema. Tal colaboração é um

¹⁸ A consideração desta questão ocorreu durante a discussão do documento preliminar (vide parte II deste capítulo).

exemplo de interação entre os contextos organizacionais e assistenciais e sua mútua influência.

Os usuários são potencialmente atendidos, de acordo com a necessidade, por qualquer um dos integrantes da equipe, não havendo ligação preferencial com um ou outro profissional. Para Campos (1999), a ligação de um usuário a um profissional da saúde (independente de sua formação específica), que passaria a ocupar-se da elaboração e acompanhamento de um plano terapêutico individualizado para o paciente, se tornaria sua “referência” e possibilitaria a integração entre diversos tipos de atenção e a garantia do estabelecimento e manutenção de vínculo entre terapeuta e paciente, superando práticas centradas em procedimentos.

Outra característica dos modos de organização do S.A.D. é o borramento das fronteiras que definem os níveis e respectivos serviços de atenção primária, secundária e terciária em saúde. Dessa forma, uma equipe composta por vários profissionais realiza diversos procedimentos centrados nas necessidades e demandas dos pacientes, que podem oscilar de uma simples tomada da tensão arterial até a condução de curativos complexos, de cuidados paliativos de diversas ordens ou a aplicação de antibioticoterapias injetáveis.

A definição do S.A.D. não passaria, assim, pelo grau de complexidade dos procedimentos por ele realizados, como no caso de unidades básicas e hospitalares, mas teria como característica definidora o fato de executar procedimentos de diferentes complexidades no interior dos domicílios. Naturalmente, há um limite para os níveis de complexidade das ações executadas pelo S.A.D., visto que o mesmo não realiza internações domiciliares, porém o que nos parece constituir seu diferencial é o fato do limite de suas intervenções não ser definido *a priori* pela referida hierarquia.

Acreditamos que essa relativização de fronteiras entre os níveis de atenção, não previstos na concepção formal inicial do serviço, simultaneamente contribua e seja resultado da ação interprofissional da equipe, podendo vir a lançar bases

para ações futuras de internação domiciliar. Como pudemos ver anteriormente, há também fluidez das fronteiras do serviço com relação a outros setores, como no caso da assistência social.

A articulação do S.A.D. com outros serviços é considerada restrita pela maioria dos profissionais, que relatam desconhecimento por parte das unidades básicas do papel da atenção domiciliar e grande dificuldade em obter suporte dos hospitais, sobretudo do hospital municipal, em relação a leitos para eventuais internações que se façam necessárias para os pacientes acompanhados.

A carência de leitos e de melhor sistematização das relações com outros serviços acaba acentuando a tendência em “se virar sozinho” do S.A.D., conforme afirmado por uma das coordenadoras. Se, por um lado, a repressão da demanda por internações, dada a insuficiência do sistema de saúde, pode acentuar a busca de resolutividade por parte do S.A.D., por outro pode colocar em risco ou afetar sensivelmente a evolução de determinado doente. A problemática questão de leitos para a clientela característica do S.A.D. espelha a dificuldade de leitos hospitalares em geral e a carência de vagas para os idosos em particular, considerados complexos e onerosos para o sistema (Telarolli Júnior, Machado & Carvalho, 1996).

A gestão do serviço organiza-se de maneira colegiada, composta por um coordenador e demais membros da equipe. Nas reuniões semanais, são discutidas questões administrativas e em média trinta a quarenta casos, o que impossibilita a consideração em profundidade dos mesmos.

O modelo de gestão implantado favorece a autonomia e responsabilização dos profissionais, o que é fundamental, considerando-se o caráter descentralizado de efetivação dos procedimentos e ações do serviço. A comunicação entre profissionais é facilitada pelos freqüentes atendimentos conjuntos, pela colaboração interprofissional e pela inexistência de divisão em departamentos por categorias.

De modo geral, podemos afirmar que os modos de organização do serviço são compatíveis com sua natureza inovadora e descentralizada, embora não possua nenhuma característica que possa ser considerada exclusiva desta modalidade assistencial, como é o caso de seu ambiente de trabalho, como veremos a seguir.

3.b) O ambiente de trabalho

Em se tratando de atenção domiciliar, seria mais correto falar de ambientes de trabalho, uma vez que devemos incluir a rua e as distintas formas de constituição e organização de cada residência onde será efetivado o acompanhamento.

Se, por um lado, os referidos ambientes trazem impactos positivos (como no caso de sua influência sobre o papel profissional e na inserção de novos atores e relações) ou problemáticos (como no caso das interações entre o público e o privado) por outro, do ponto de vista do trabalhador, esta modalidade origina questões importantes que serão consideradas a seguir.

A primeira delas é o sentimento de insegurança gerado pela circulação por bairros considerados perigosos. Pudemos notar os cuidados tomados pelos trabalhadores ao visitar determinadas áreas consideradas de risco, bem como ouvimos, reiteradas vezes, episódios particularmente dramáticos nos quais alguns profissionais se viram envolvidos, o que dificilmente ocorreria com seus pares inseridos no interior de instituições.

Dessa forma, a insegurança, caracterizada como um sentimento individual difuso de perigo face à uma agressão física ou ato criminoso, que implique em prejuízo à integridade física ou psicológica do indivíduo (Paquin & Bernèche, 1999), permeia algumas das visitas realizadas pelos profissionais, sobretudo em favelas.

Diferente do que observaram Paquin & Bernèche (1999) com relação ao sentimento de insegurança de trabalhadores de saúde em domicílio para a cidade de Montreal/Canadá, onde o atendimento a indivíduos que moram sozinhos ou no máximo com mais um acompanhante torna-se fonte adicional de estresse, no caso do S.A.D. a característica dos domicílios da clientela atendida é a existência de vários habitantes, o que minimiza o temor, por parte dos profissionais, de eventuais atos de agressão ou mesmo de assédio sexual.

Outro componente estressogênico para o profissional, proveniente do ambiente de trabalho extra-muros, é o convívio com a miséria. Ao contrário do ambiente asséptico e distante dos hospitais e unidades básicas, o trabalhador confronta-se diariamente com toda a sorte de carências e necessidades dos usuários ou de seu entorno, muitas vezes comprometendo o próprio desenvolvimento de seu trabalho, obrigando-o a tomar iniciativas impensadas no ambiente intra-muros. Nas palavras de uma auxiliar de enfermagem:

"(...) tem dia que você não tem pano pra limpar as fezes do paciente, que tá evacuado e tá precisando de um curativo de escara ou aplicar uma injeção. Você tem que correr atrás de um pedaço de pano, fazer às vezes até catação com a equipe, com o vizinho, pra levar pr'aquela casa, sendo que se tivesse no hospital, em outro lugar, não tava preocupado."

O sentimento de impotência face à magnitude dos problemas que cercam o usuário é, freqüentemente, relatado pelos profissionais, que apontam os graves conflitos familiares por eles presenciados ou acompanhados e sobre os quais acabam eventualmente intervindo, como fator de sobrecarga que vem somar-se àquele proveniente do freqüente contato com a adversidade social.

"(...) uma das coisas que cansa a gente no S.A.D. é trabalhar com a miséria, a gente trabalha muito com a miséria, e isso desgasta! Você trabalha com os conflitos, com as brigas, com falta de tudo e a gente querendo dar dignidade, dar pelo menos um conforto pr'aquela que tá na cama sem poder se mexer, né, isso daí acho que é uma das funções da gente numa casa."

O ambiente de trabalho de que vimos tratando implica também em esforço físico adicional, requerido pelos constantes deslocamentos de perua, pelo transporte de materiais e equipamentos necessários ao tratamento, pelas caminhadas a céu aberto, sob o sol, para o acesso eventualmente difícil a algumas residências. Tudo isso implica em empenho adicional dos profissionais para a execução de suas tarefas, se comparado ao esforço requerido para as atividades realizadas no interior de unidades básicas ou de hospitais.

Além das questões ligadas aos riscos e sobrecargas, o atendimento realizado distante do suporte institucional ocasiona um adicional de responsabilidade ao profissional de assistência domiciliar quando comparado com seus pares no hospital ou unidades básicas. Diferente destes últimos, nos quais o trabalho ao mesmo tempo segmentado, mas com suporte permanente de equipes de saúde, garantem que os problemas sejam vistos por especialistas, no caso da assistência no domicílio o profissional se depara freqüentemente com a necessidade de tomar decisões de forma solitária.

"(...)no hospital você não carrega essa responsabilidade, você chama o médico e acabou, ou chama a enfermeira e... que resolvam! Agora a gente não. (...) nós trabalhamos muito final de semana, né, quantas vezes nós tivemos que... 'bom, dá pra esperar até segunda-feira', ou 'vamos mandar imediatamente pro hospital', esse é um problema bem sério..."

O que vimos discutindo tanto no âmbito do papel profissional, quanto no da relação com novos espaços e atores, ou no campo do contexto organizacional da assistência domiciliar parecem indicar a construção de um novo referencial de interação e atribuições profissionais a partir dos desafios colocados pelas demandas concretamente enfrentadas no cotidiano.

Os três temas aqui considerados constituem-se em elementos intrínsecos e em condições necessárias para a efetivação da modalidade assistencial analisada, sendo todos intimamente ligados à prática, ao mesmo tempo influenciando e sendo moldado por ela.

Dessa forma, poderíamos afirmar que as bases da interprofissionalidade – e mesmo a interdisciplinaridade – bem como a ampliação do campo de intervenção dos trabalhadores, no caso analisado, se encontrariam para além da articulação teórica ou da instauração de uma nova ética a priori, sendo a constituição destas “novas alianças” (Nunes, 1995) originária dos ditames provenientes da prática e fomentando o surgimento de um corpo teórico que, por seu turno, deverá vir a influir nesta mesma prática.

Parte II – Definição do relatório final

Discutiremos os resultados do processo avaliativo empreendido com base no documento preliminarmente apresentado à equipe do S.A.D. que serviu de ponto de partida para a construção do relatório final. Optamos por utilizar a transformação de um texto preliminar em relatório final da avaliação, como eixo da discussão, por identificarmos aí um momento de especial convergência, articulação e processamento de dados, informações, questões e reivindicações oriundos dos diversos atores considerados, possibilitando a elaboração participativa do que viria a se constituir em respostas às questões colocadas pela avaliação.

O documento preliminar constitui-se de tópicos referentes a cada uma das questões da avaliação. Estes tópicos foram construídos tomando-se como fonte a análise das discussões realizadas junto aos atores envolvidos no processo, anotações de campo, documentos do serviço e outros estabelecidos durante a pesquisa (como o modelo teórico) além das reflexões e do material teórico de referência do pesquisador.

Conseqüentemente, os referidos tópicos constituem-se na articulação de respostas, tácitas ou explícitas, às questões definidas pela equipe do S.A.D. e em recomendações (e outras *ofertas*) oriundas do pesquisador com base no material produzido em campo. A apresentação e discussão destes tópicos aos principais

usuários da avaliação para a construção do relatório final alinha-se a concepção participativa que orienta o processo, constituindo-se também em estratégia para sua validação e em estímulo à apropriação de seus resultados.

Vários autores já ressaltaram a importância do relatório final da avaliação (W.K. Kellogg Foundation, 1998, CDC, 1999; Rossi et al., 1999), lançando orientações sobre as formas mais adequadas de torná-lo atrativo e inteligível ao público-alvo. No entanto, há pesquisas que demonstram ser as considerações e contatos informais entre os envolvidos em torno do processo e dos resultados preliminares os maiores responsáveis pelo efetivo impacto na utilização da mesma. Segundo os mesmos estudos, o relatório final, tradicionalmente visto como o ápice do trabalho empreendido e chave para o uso dos resultados, constitui-se freqüentemente em verdadeiro anticlímax (Patton, 1997).

Nesta pesquisa, o documento preliminar ou, mais apropriadamente, as discussões por ele suscitadas após a leitura de cada um de seus tópicos, tornaram-se centrais para a conclusão do processo avaliativo empreendido. Tal documento constitui-se de uma introdução e uma conclusão final, entremeadas por seções compostas pelo agrupamento das questões da avaliação conforme a pertinência destas às categorias *modelo teórico, resultado e processo*, todas seguidas pelas considerações contidas nos referidos tópicos.

Na presente seção, nos restringiremos, no entanto, à consideração dos tópicos que geraram debates ou causaram algum impacto particular no grupo, além daqueles que suscitaram especiais reflexões ao pesquisador em relação ao objeto avaliado ou ao próprio processo avaliativo¹⁹.

¹⁹ Para uma visão de conjunto do documento preliminar, o leitor deve consultar o anexo A.

1 – Questões relativas ao modelo: avaliação da concepção teórica, missão e objetivos do serviço.²⁰

- *As relações entre o S.A.D., Hospitais Públicos e SAMU precisam ser reestruturadas de tal forma a estabelecer uma inserção clara e efetiva desses dois últimos no fluxo de atenção do S.A.D., superando a atual limitação destes ao “contexto”.*
- *Os cuidadores não são parte do contexto, mas caracterizam-se como clientela central do S.A.D., o que demanda a elaboração de ações estruturadas por parte do serviço junto aos mesmos.*

O cotejamento entre o modelo teórico e a prática dos programas permite evidenciar eventuais discrepâncias, incongruências ou lacunas entre os mesmos, fornecendo subsídios para análises e reflexões que permitam a revisão e aperfeiçoamento tanto das concepções teóricas quanto das práticas do serviço ou programa avaliado (Campos, 2000-a). Os dois tópicos acima apontam, justamente, possíveis descompassos entre modelo e prática, o que ganha especial relevância se considerarmos que estas instâncias se influenciam mutuamente, em uma relação dialética.

Centralmente os dois tópicos problematizam a inserção tanto dos serviços de apoio e referência para o S.A.D. quanto dos cuidadores na condição de “contexto” dentro do modelo teórico definido pela equipe (vide capítulo 3 – figura 4), o que não é compatível com a importância ocupada pelos mesmos no cotidiano do S.A.D. A colocação de um serviço ou grupo de interesse no campo relativo ao “contexto” no modelo teórico sugere baixa governabilidade em relação aos mesmos, além de relativizar sua importância para o desenvolvimento de ações capitais para o programa ou serviço.

²⁰ A transcrição de trechos do documento preliminar e de outros materiais de campo estão caracterizados em itálico.

Com relação mais especificamente ao primeiro tópico, houve concordância por parte dos integrantes da equipe quanto a uma baixa articulação entre o S.A.D. e os outros serviços essenciais para a sua plena operacionalização, como é o caso do Hospital Municipal Mário Gatti e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), o que explicaria sua inserção, segundo eles, no “contexto” e não no fluxo efetivo de operações constantes no modelo teórico.

Segundo os participantes da elaboração do relatório final, foram realizadas diversas tentativas de aproximação institucional com sucesso relativo, prevalecendo o estabelecimento de relações informais, baseadas em conhecimentos interpessoais e na empatia de alguns profissionais para com a modalidade de assistência domiciliar.

Segundo relatado no grupo focal com as coordenadoras, a obtenção de vagas de internações para a clientela do S.A.D. está submetida às mesmas dificuldades e constrangimentos comuns à população em geral, sendo o SAMU o responsável, em aproximadamente noventa por cento dos casos, pela condução do usuário até o hospital e pelas tentativas em efetivar sua internação.

Houve consenso entre o grupo com relação à importância do estabelecimento de relações sistemáticas, garantidas pelo estabelecimento de fluxos bilaterais entre o S.A.D., Hospital Municipal e Serviço de Atendimento Médico de Urgência, de modo a superar a restrita relação com os mesmos. Chegou-se a sugerir que o estreitamento de relações e a constituição de fluxos constem como agenda prioritária e permanente da coordenação.

Significativa parte dos serviços de atendimento domiciliar é vinculada a hospitais (Cruz, 1999), o que permite o equacionamento, *à priori*, de eventuais necessidades de leito, apoio diagnóstico e remoção de usuários atendidos no domicílio. Em situações nas quais o serviço não está inserido em um hospital, como no caso aqui analisado, emerge a necessidade de estreita proximidade entre um e outro de tal modo a prover respostas às demandas da clientela servida pela atenção extra-muros.

Em relação específica ao segundo tópico, concernente à posição ocupada pelos cuidadores no modelo teórico do serviço, a concordância por parte da equipe com relação ao seu conteúdo foi ilustrada através de diversos exemplos de trabalhos intensivos e extensivos realizados pelos profissionais junto aos cuidadores em situações diversas, ressaltando a posição central ocupada por eles no fluxo do S.A.D.

Segundo os participantes, a inserção dos cuidadores no contexto refletiria o modo ainda circunscrito e individualizado como encontram-se estruturadas as ações voltadas para eles. A organização do serviço para responder às complexas demandas apresentadas pelos cuidadores parece requerer o estabelecimento e a inserção de ações voltadas especificamente para os mesmos, implicando em seu deslocamento de fator periférico para elemento central dos fluxos do S.A.D.

Tais ações, conforme apontado pelos membros da equipe, seriam representadas pela constituição e condução de grupos de auto-ajuda, apoio psicológico, cursos informativos e material didático em forma de vídeo, entre outras iniciativas citadas freqüentemente pelos trabalhadores e que viriam somar-se aos procedimentos, de mesma natureza, já realizados individualmente

Nesta ocasião, pudemos discutir com os integrantes do S.A.D. que o reconhecimento dos cuidadores como um grupo necessitado de atenção, para além das ações que objetivam torná-los mais hábeis na realização de tarefas de assistência ao pacientes, configuraria o surgimento de novas atribuições ao serviço e a ampliação de seu objeto de trabalho, como veremos mais adiante.

Como podemos concluir do que vimos expondo sobre os dois tópicos, a inserção no contexto dos outros serviços e cuidadores não se explica exatamente pela desconsideração da importância dos mesmos, mas pela falta de ações organizadas e sistematizadas a eles direcionadas.

Particularmente em relação ao segundo tópico, relacionado aos cuidadores, tais ações dizem respeito aos próprios contornos do seu objeto de trabalho, se utilizarmos o mapa de núcleos temáticos do Método Paidéia (Campos, 2000-a),

indicando o limite do compromisso social assumido por um coletivo organizado para a produção.

Ao analisar, com base no modelo teórico do serviço em que atuam, o que de fato se constitui em elementos de contexto e aquilo que deve permanecer ou vir a se constituir em foco central de suas intervenções, os profissionais estarão não só definindo prioridades, mas também debruçando-se sobre as fronteiras de seu objeto de trabalho, criando oportunidade para a revisão e o (re)estabelecimento de suas atribuições (Campos, 2000-a).

A inserção dos referidos cuidadores no conjunto das intervenções do S.A.D., superando sua condição de componentes do contexto, significaria, virtualmente, a ampliação do substrato sobre o qual passarão a agir, expandindo as fronteiras de sua competência e responsabilidade. Como afirmou Campos

“Há, portanto, uma relação entre objeto e padrão de responsabilidade, o que do contexto um Coletivo assume como sendo sua tarefa está indicado no próprio exame dos limites do seu objeto de trabalho. A análise do objeto de trabalho ajuda as equipes a quebrarem preconceitos que bloqueiam a capacidade operativa dos Coletivos” (Campos, 2000-a, p.211).

As questões suscitadas pelos dois tópicos, aqui tratados, parecem indicar que a colocação do modelo teórico em discussão permite ao grupo perceber não só os contornos e recortes de seu objeto de trabalho e o caráter provisório do mesmo, como também o estabelecimento de prioridades, esta última particularmente evidente no caso de suas relações com outros serviços.

- *As questões surgidas com relação à utilização dos termos “paliativo” e “deterioração” parecem indicar dificuldades do grupo em lidar com aspectos inerentes ao seu objeto de trabalho.*

Durante a realização do grupo de discussão para definição da missão e objetivos do S.A.D., surgiu forte polêmica em relação à proposição que afirmava ser sua atribuição *“Evitar a deterioração das condições gerais de pacientes*

acamados ou com grande dificuldade de se locomoverem (...) e *“Oferecer cuidados paliativos aos doentes terminais”*. A discordância, segundo alguns profissionais, não residia no exercício da tarefa em si, mas à terminologia utilizada: segundo alegou-se, *“evitar a deterioração”* e *“oferecer cuidados paliativos”* remeteriam à aplicação de cuidados inócuos e a um certo descompromisso dos profissionais com o tratamento.

Vários fatores nos levaram a considerar a restrição à utilização dos referidos termos como indicativa da dificuldade dos profissionais em lidar com características presentes em boa parte de sua clientela (Nunes, 1999), tais como inexoráveis involuções de certos quadros. Desta forma, ainda que tenhamos substituído os termos citados por correlatos, recolocamos o debate ao inserir nossas referidas considerações no documento preliminar.

Houve efetiva reflexão dos presentes em torno do conteúdo do tópico, seguindo-se do relato de vários casos nos quais a tarefa de confortar e atenuar o sofrimento foi desenvolvida extensamente pelos profissionais do serviço, ilustrados com exemplos da progressiva adaptação do trabalhador à lida com casos de prognóstico fechado e seus desdobramentos.

Um profissional reforçou argumentações neste sentido ao relatar que o marido lhe perguntou se *“não morria mais gente no S.A.D.”*, dado que, ao contrário do início de sua inserção no serviço, ela atualmente pouco se refere à ocorrência de óbitos e *“outras desgraças”*. Para esta funcionária, ao responder que *“sim”* para o esposo, que continuavam havendo óbitos de usuários do S.A.D., ela se deu conta de como foi, paulatinamente, adaptando-se e instrumentalizando-se para enfrentar situações inerentes à clientela com a qual trabalha.

Dessa forma, o grupo teve a oportunidade de dizer que pauta-se pela utilização corriqueira, oriunda do senso comum, em relação ao termo *“paliativo”* – no caso, igual a inócuo – e não pelo jargão específico da área. Disso decorreria a restrição apresentada, não havendo portanto correlação com limitações ao exercício da assistência aos pacientes terminais.

Este fato ilustra como o trabalho para validação documento preliminar permitiu que as considerações do pesquisador fossem encaradas como contribuições ou ofertas a serem analisadas e re-significadas pelos integrantes da equipe (Campos, 2000-a). De nossa parte, tínhamos como definitiva a interpretação segundo a qual as restrições aos termos supramencionados seriam provenientes de previsíveis dificuldades dos profissionais em relação à inexorabilidade de alguns quadros, dando-nos a impressão de ter identificado um ponto cego do grupo, a ser revelado. Esta posição poderia ter-se perpetuado, dotando-se inclusive de maior articulação intelectual, até finalmente compor o relatório final a ser entregue para a equipe, caso houvésssemos percorrido o caminho ortodoxo dos modos de se produzir avaliação.

Ao final da discussão, o grupo entrou em consenso de que há tecnologia e empenho do serviço em oferecer assistência à clientela do S.A.D. que requer a atenuação de sofrimentos e/ou acompanhamento da involução do quadro. O grupo definiu pela não inclusão deste tópico no relatório final, julgado improcedente, embora reconheçam a necessidade de que temas complexos como a morte e o morrer passem a ser discutidos na equipe com mais frequência e com o auxílio de profissionais que se dediquem à questão.

A problematização deste tópico, seguido de sua exclusão, foi coerente com o método e referenciais que vimos empregando, segundo os quais a verdade é uma construção, as ofertas do pesquisador devem ser analisadas e somente depois assimiladas, re-significadas ou rejeitadas e a interação entre os envolvidos pode aumentar o grau de coerência dos achados (Guba & Lincoln, 1989; Campos, 2000-a; Feuerstein, 1990).

- *A expansão do papel profissional é categoria fundamental para a realização das ações propostas pelo S.A.D., o que torna necessária a ampliação de discussões e estudos que subsidiem a construção deste papel profissional ampliado*

O grupo ponderou, ao considerar este tópico, que a expansão do papel profissional, a despeito de sua necessidade e benefícios, traz consigo o borramento das fronteiras entre as categorias, fazendo-se necessário discutir até que ponto a expansão das atribuições de um profissional é legítima e aceitável e até que ponto não causaria sentimentos de invasão no colega de outra categoria.

Não houve controvérsias nem grandes discussões em torno deste tópico por dois motivos: o significativo acúmulo de discussões realizadas em relação ao tema nos grupos focais e em outros encontros de trabalho (o papel profissional dos trabalhadores do S.A.D. foi tema central e específico de um grupo de discussão por nós conduzido) e o consenso existente entre os membros do S.A.D. em relação à inevitável e necessária ampliação do papel profissional para o adequado exercício de suas práticas.

- *O S.A.D. não só evita internações e a utilização de pronto-atendimentos, mas acaba também por suprir internações não absorvidas pelo sistema de saúde.*

Este tópico ressalta uma outra contribuição do S.A.D., além daquelas ligadas a evitar/abreviar internações e uso de serviços de emergência: o oferecimento de alternativas à falta de leitos para internação em hospitais públicos. Esta afirmativa provém do ponto de vista de um coordenador de unidade básica que utiliza os serviços do S.A.D., sendo que até então não havia sido cogitada por nenhum dos grupos envolvidos.

Houve concordância, por parte dos integrantes do S.A.D., quanto ao conteúdo deste tópico, bem como em relação à sua figuração no relatório final. O que nos parece especialmente interessante, neste caso, é o apontamento de um aspecto relevante do serviço por integrantes de um grupo de interesse não envolvido com a condução direta do mesmo.

Em nosso trabalho, como preconizado por Guba & Lincoln (1989) em relação ao círculo hermenêutico, houve circulação de idéias, posicionamentos e informações entre os grupos de interesse considerados no processo avaliativo,

sobretudo de cuidadores, usuários e representantes de outros serviços em direção aos membros do S.A.D.

A asserção constante no tópico acima demonstra a ampliação da capacidade de compreensão e análise de um serviço ou programa a partir do envolvimento de diversos atores e seus respectivos pontos de vista. Se por um lado tal diversidade pode eventualmente implicar em dissensos ou complementaridades previsíveis, por outro lado possibilita o desvelamento de aspectos do serviço ainda encobertos, como foi exemplarmente demonstrado na formulação presente no tópico em questão.

Dessa forma, a consideração desse tópico durante a discussão do documento preliminar permitiu não só sua validação, mas também a tomada de consciência do grupo de uma função a eles atribuída, além de demonstrar, pedagogicamente, uma das formas de interação entre os diversos grupos de interesse envolvidos.

- *O S.A.D. aumenta o acesso e oferece resposta às necessidades da clientela não cobertas por outros serviços do SUS, evitando o isolamento e a deterioração das condições físicas e mentais de pacientes com graves restrições na locomoção.*

Este tópico aponta para o aumento do acesso, possibilitado pelo S.A.D., na medida em que cobre deficiências estruturais do sistema de saúde, evitando a desassistência, o isolamento e a deterioração física e mental dos indivíduos doentes e com graves restrições à locomoção. O reconhecimento do acompanhamento a usuários que, de outra forma, estariam parcial ou completamente desassistidos, como atribuição básica do S.A.D., foi freqüentemente apontada ao longo dos trabalhos de campo, tanto da parte dos membros da equipe quanto do lado de usuários e trabalhadores de outros serviços.

Segundo um profissional do serviço, o S.A.D. oferece

"(...)a possibilidade de quem não tem acesso a nenhum cuidado, de ter cuidado (...) [O S.A.D.] veio pra quem não tinha assistência, tava desassistido e não é desassistido no sentido de 'ah, de vez em quando tem alguém'! Muitos dos nossos pacientes não tem ninguém mesmo, se a gente não for lá e não começar a criar esses vínculos, essas coisas, não tem ninguém (...) Eu acho que esse é o grande marco do S.A.D., ele quer aquele que o hospital não quer, o Centro de Saúde não tem condições (...) tá chegando pra dar um pouco de tratamento a esse paciente, né?"

A percepção da inexistência de alternativas de respostas às necessidades da clientela com severas restrições na autonomia, como a que integra o universo de usuários do S.A.D., é evidenciada pela indagação formulada por uma cuidadora: *"Às vezes eu fico me perguntando: e se eu não tivesse o apoio deles, como é que eu estava me virando?"*.

Aqui podemos, então, identificar um exemplo convergência entre o modo como a equipe concebe o modelo teórico do serviço e a forma como opera em sua prática, sendo o tópico respaldado não só pelo grupo que compõe a equipe do S.A.D. mas também por outros grupos de interesse, como os cuidadores.

- *O oferecimento de acompanhamento multidisciplinar permite aumentar a integralidade das ações e evita o fracionamento da atenção aos usuários pelo S.A.D.*

Para a equipe, este tópico traduz um componente da organização interna essencial para sua prática, baseado no atendimento por várias categorias profissionais. O grupo afirma-se satisfeito em possuir condições de oferecer, no domicílio do usuário, uma gama diversificada de atenção a partir de sua composição multiprofissional, integrada por profissionais médicos, de reabilitação física e de enfermagem.

Segundo afirmou um profissional do S.A.D., durante o grupo focal em que se discutiu o perfil do serviço:

“Por ser uma equipe multidisciplinar a gente tem uma quase auto-suficiência, né, e evita que haja quebra no tratamento porque o médico chega, se precisa da enfermagem tá lá, se precisa da fisio tá lá, se precisa de um dentista não está lá, mas a gente tem como encaminhar corretamente, e assim por diante, se precisa de uma T.O. tá lá, então a qualidade, o que a gente consegue, produzir no S.A.D. é a qualidade, primeiro por ser uma equipe multiprofissional, que vai evitar prováveis quebras, cê vai, um paciente sai do médico ele vai ter que ir até uma clínica de fisioterapia, uma clínica de reabilitação, ele pensa duas vezes, nós já fornecemos, se ele tiver que sair de lá, ir fazer curativo e voltar, ele vai pensar duas vezes outra vez, nós já fornecemos, quer dizer, a qualidade do serviço fica mais evidente (...)”.

Este tópico é significativamente respaldado pelos cuidadores, que reconhecem e demonstram satisfação em relação à abordagem mais abrangente do serviço, como ilustrado no relato abaixo:

“Minha mãe eu levei no Centro de Saúde eles aplicaram soro em minha mãe e mandaram de volta. Mas na segunda feira de manhã... foi Deus mesmo, porque eu nem conhecia o S.A.D., foi ótimo! Porque ele chegou com tudo, o Dr. L., com as meninas para tirar sangue, tirar urina, pôr sonda no nariz dela para alimentar, porque não descia mais na garganta. Se não tivesse conseguido isso ela estaria morta. Se eles não tivessem feito isso em casa, sabe, foi ótimo!”.

Por outro lado há, por parte destes mesmos cuidadores, a percepção da necessidade de contar com outras categorias e maior quantidade de profissionais. Além de considerarem a pertinência da expansão numérica dos trabalhadores do serviço, os cuidadores apontam para a necessidade de inserção de categorias ainda inexistentes, como psicólogos, com a função de lhes prover suporte emocional, fonoaudiólogos para a reabilitação dos usuários em relação à comunicação e à deglutição de alimentos e de articulação entre serviços de modo a garantir a visita de médicos especialistas, quando necessário.

O acompanhamento interdisciplinar, tal como ocorrido em relação ao tópico concernente ao papel profissional, foi abordado de maneira particular no transcurso da pesquisa, quando realizamos um encontro específico para a definição do campo e núcleo de competência e responsabilidade tanto dos profissionais quanto do próprio S.A.D.

2 – Questões relativas aos resultados: avaliação de usuários, cuidadores e profissionais de outros serviços

2.a – Outros serviços que interagem com o S.A.D. :

- *O aumento da área de abrangência do S.A.D. necessariamente diminuirá sua qualidade, uma vez que a estrutura física e o número de trabalhadores permanece a mesma.*
- *Urge expandir o número de serviços de atendimento domiciliar. Sugeriu-se que a cada 3 ou 4 Centros de saúde haja um S.A.D. de referência.*
- *Não deveria haver leitos de retaguarda em hospitais, mas maior integração entre S.A.D. e hospitais.*
- *O tempo de espera para o ingresso de novo usuário no S.A.D. é, por vezes, longo.*
- *Para atender as necessidades da população o S.A.D. deveria funcionar 24h/dia e também aos finais-de-semana e feriados.*
- *O S.A.D. é um serviço específico e também um serviço de retaguarda.*
- *Os usuários avaliam positivamente o S.A.D.*

Quando a equipe definiu como um dos temas da investigação a avaliação do S.A.D. pelos familiares e profissionais de outros serviços, identificamos o interesse em considerar os resultados de seu trabalho do ponto de vista de outros grupos de interesse, conforme exposto nos tópicos acima.

Abrimos a apresentação das questões e pontuações oriundas de profissionais de outros serviços e cuidadores explicitando aos membros do S.A.D. que este possui indiscutível legitimidade perante os mesmos, que por sua vez também demonstraram conhecimento e clareza em relação à missão e objetivos que norteiam as práticas do serviço. As respostas dadas pelos dois grupos citados

à pergunta “Quais são as atribuições do S.A.D?.” alinhavam-se às diretrizes explicitadas pela equipe do serviço em questão.

A explanação sobre a legitimidade do S.A.D. junto aos profissionais de outros serviços e cuidadores antecedeu a consideração dos tópicos transcritos acima, de modo a permitir que seus integrantes percebessem, desde o início, que as críticas e reivindicações constantes nos mesmos estavam imersas em um contexto de reconhecimento e aprovação do serviço, sendo dirigidas a aspectos circunscritos do serviço e não à sua globalidade.

Com relação ao primeiro tópico, relativo ao aumento da área de abrangência do serviço em questão, o grupo de trabalhadores do S.A.D. considera um equívoco atrelar expansão da área de cobertura à diminuição da qualidade da assistência, na medida em que desconsidera um conjunto de correções, inovações e aperfeiçoamentos que vêm sendo implementadas nos modos de funcionamento do serviço.

A progressiva capacitação e aumento de autonomia de pacientes e cuidadores, a racionalização dos itinerários, a maturidade conferida aos profissionais pela prática, permitindo dosar a assistência em sua justa medida, a otimização dos recursos humanos através da expansão do campo de competência e responsabilidade e um trabalho em equipe efetivamente articulado, foram apontados como alguns dos fatores que têm permitido ao serviço expandir sua área de abrangência sem prejuízo aos cuidados oferecidos.

Em resumo, segundo a equipe do S.A.D., o crescimento que vem sendo realizado desde sua inauguração, é baseado na exploração de suas virtualidades e no aperfeiçoamento dos processos de trabalho. Há, no entanto, reconhecimento por parte da equipe de inexoráveis limites à contínua expansão, dada a distância física das unidades básicas do distrito e pelo esgotamento inerente a qualquer processo de otimização de recursos, o que somente poderá ser superado pela instauração de novos serviços similares.

O reconhecimento destes limites à expansão evidencia-se, segundo os profissionais do S.A.D., em sua concordância com o tópico relativo ao tempo de inserção de novos usuários no serviço, considerado longo pelos trabalhadores do Hospital Municipal e das Unidades Básicas.

O que vem sendo exposto nos últimos parágrafos demonstra a concordância, tanto de profissionais de outros serviços quanto do S.A.D., em relação à necessidade de expandir o número de unidades voltadas para o atendimento domiciliar no município. Porém, os profissionais do S.A.D. apontam a necessidade de estudos epidemiológicos do perfil da população a ser atendida como baliza da relação entre o número de unidades básicas de saúde por serviço de atendimento domiciliar, não sendo possível afirmar de antemão ser essa relação de 3 ou 4 centros de saúde por serviço de atendimento domiciliar, como sugerido por profissionais de outras unidades em um dos tópicos acima.

A necessidade apontada de que o serviço permaneça disponível 24h/dia é colocada em questão pelos profissionais do S.A.D. através da interrogação se não seria suficiente o estabelecimento de fluxos e o estreitamento de relações com o Hospital Municipal e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

Já houve experiência no S.A.D. de acompanhamento sistemático durante os finais de semana, quando haviam condições institucionais viabilizadoras, como o pagamento de horas-extras aos profissionais. Esta experiência é avaliada positivamente, uma vez que possibilitou estender o período de assistência aos mais necessitados, evitando intercorrências ou agravamentos do quadro e diminuição do sentimento de desamparo e insegurança de cuidadores e familiares durante finais de semana e feriados.

Em que pese estes elementos positivos ligados à extensão da assistência aos finais de semana, os trabalhadores do S.A.D. identificaram também, nestes períodos, exacerbação dos problemas de convívio entre prática profissional e vida privada, uma vez que aos sábados e domingo a sensação de invasão por parte dos familiares é maior, segundo os trabalhadores.

Como decorrência das discussões feitas em torno deste tópico, o mesmo deverá constar no relatório final, de modo a ressaltar a necessidade de provimento de suporte efetivo, 24h por dia, à clientela do S.A.D., sem atrelar esta oferta ao seu funcionamento em tempo completo.

Houve concordância e até um certo alívio do grupo envolvido na definição do relatório final em relação ao fato do S.A.D. ser considerado não só um serviço específico mas também retaguarda pelos outros serviços. Durante grupo focal com as coordenadoras, pudemos perceber uma certa insegurança em reconhecer o evidente papel de retaguarda do S.A.D. em prover suporte para as unidades básicas, dado que esta última atribuição gerou polêmicas dentro do contexto da Secretaria Municipal de Saúde em épocas progressas.

A interação entre o grupo do S.A.D. e as questões, reivindicações e interesses provenientes de seus colegas de outros serviços foi pródiga em gerar debates, reflexões e inserção de temas que, provavelmente, não seriam colocados espontaneamente em pauta pelos primeiros. Neste caso, a oferta do pesquisador configurou-se justamente no aporte de conteúdos originados em outras esferas que relacionam-se com o coletivo em questão (Campos, 2000-a), provendo subsídios para a reflexão de aspectos do mesmo a partir de um ponto de vista particular.

2.b – Especificamente com relação aos cuidadores

- *Precisa de um psicólogo. A pessoa quando passa por uma situação dessa, ela precisa de alguém para amparar...*
- *Quando o paciente melhora, os profissionais reduzem ou suspendem o acompanhamento. Mas é neste momento que o paciente fica mais autônomo e começa a reclamar e isso aumenta a sobrecarga sobre o cuidador. Neste momento a gente precisa de orientação, de suporte, que o psicólogo poderia dar.*

- *Precisa de mais profissionais: mais fisioterapeutas (só tem um fisioterapeuta) e de um fonoaudiólogo.*
- *Deveria ter um quadro maior.*
- *Deveria ter outros postos do S.A.D., formando novas equipes em outros lugares.*
- *Poderia ter consulta de especialidades em casa, quando necessárias.*
- *Um centro de raio-x específico para o S.A.D. ou um aparelho de raio-x portátil.*
- *O S.A.D. poderia ter uma ambulância.*
- *Receitar remédios que eles têm, em caso contrário, indicar os mais acessíveis.*

Pontos Positivos:

- *Orientação no local, em torno do paciente, em linguagem acessível.*
- *Evita que a gente utilize medicações e outras formas de tratamento recomendados por leigos.*
- *Vários dizem que teriam perdido o familiar se não fosse o S.A.D.*

Optamos por apresentar as questões, reivindicações e aprovações dos cuidadores através de tópicos, cuja forma procurou ser o mais fiel possível às falas dos integrantes do grupo, sendo que alguns destes constituem-se de transcrição literal de asserções representativas de temas levantados pelos mesmos.

Para a equipe do S.A.D., a reivindicação de um psicólogo pelos cuidadores é procedente, mas por eles classificada como fora de sua governabilidade, pertencente à esfera de decisão que extrapola sua possibilidade de ação. A

mesma justificativa foi feita quando da leitura do tópico que expõe reivindicação de mais fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

A inexistência de fonoaudiólogos compromete a reabilitação de uma clientela na qual a afasia e as dificuldades de deglutição são constantes, como podemos inferir do fato de a maioria dos pacientes do S.A.D. serem portadores de seqüelas de A.V.C. Com relação a não inserção de psicólogos, no quadro geral do serviço, podemos constatar, por várias vezes, a preocupação dos trabalhadores do S.A.D. com relação aos aspectos psíquicos tanto dos cuidadores quanto dos pacientes. Como afirmou um trabalhador do S.A.D., além de

" (...) fazer o monitoramento de doenças, muitas vezes curativo ou preventivo, até o mental, muitas vezes nós temos que dar muito apoio psicológico tanto pro paciente como pros familiares (...) isso a gente faz assim, todos os dias."

De modo a contribuir para a superação do impasse gerado pela incapacidade do serviço em contratar novos profissionais, relatamos para o grupo o posicionamento de uma coordenadora de unidade básica, segundo a qual pode haver incorporação de conhecimento de determinada área, a despeito da ausência do profissional específico da mesma. Dessa forma, conceitos básicos fornecidos através de assessoria à equipe por psicólogos, fonoaudiólogos e nutricionistas poderia causar sensível impacto na qualidade da assistência, suprimindo demandas descobertas. Tal iniciativa viria a enriquecer as ações dos profissionais, ampliando seu campo de competência e responsabilidade (Campos, 2000-b).

A importância do trânsito de idéias, informações e dissensos entre os grupos de interesse e sua capacidade em desvelar o serviço avaliado foi ressaltada pelos profissionais do S.A.D.. Esta observação foi feita pelo grupo após a leitura do tópico reproduzido acima, segundo o qual, à medida que aumenta a autonomia do paciente pode haver também aumento da sobrecarga para o cuidador. Para os profissionais do S.A.D., esta afirmação revela aspectos da realidade cotidiana do serviço até então não percebidas por eles, indicando o refinamento das demandas que pode, potencialmente, ocorrer a partir da evolução favorável de um quadro.

Para o cuidador, a tomada de consciência, por parte do paciente, da condição a que foi levado pelo evento patogênico e suas consequências pode representar fonte de maior estresse para ambos, fortalecendo argumentações favoráveis a instauração de assistência específica ao cuidador, conforme discutido anteriormente, quando consideramos a pertinência de sua inserção como objeto de trabalho do S.A.D.

O tópico relativo à necessidade de abertura de outros postos do S.A.D., com formação de equipe em outros lugares, tem respaldo por parte da equipe em questão, sendo indicativo do reconhecimento e legitimidade de seu papel pelos cuidadores e pacientes que dele usufruem.

A pertinência da reivindicação relativa ao oferecimento de consultas por especialistas é reconhecida pelos trabalhadores do S.A.D. Para estes, seria importante organizar e articular fluxos de tal forma que médicos especializados em ortopedia, urologia e cardiologia pudessem acompanhar, no domicílio, parte de sua clientela. A demanda, embora em termos numéricos seja relativamente pequena é no entanto constante, sendo que a dificuldade em conseguir vagas para as consultas e para acessar o local onde se realizam influenciam freqüentemente de maneira negativa a evolução de uma fração da clientela.

Estas mesmas argumentações validam as reivindicações colocadas pelos cuidadores em torno da necessidade de o serviço contar com um aparelho de raio-X portátil e de uma ambulância, de tal forma a evitar os mesmos problemas citados com relação às especialidades.

A demanda por que sejam receitados remédios padronizados pelo serviço ou prescritos, no caso de faltas destes, medicamentos de preços acessíveis, sofreu ponderações por parte dos integrantes da equipe do S.A.D. Para eles, raramente ocorre falta de medicação, havendo sempre cuidado do médico em prescrever somente remédios padronizados e disponíveis no serviço e, nas poucas vezes em que se faz necessária sua aquisição pelos familiares, há

preocupação por parte do clínico em indicar medicamentos acessíveis, o que levou o grupo a concluir pela supressão deste tópico no relatório final.

Embora reforçado, desde o início, que também junto aos cuidadores e pacientes o S.A.D. goza de legitimidade e reconhecimento, relevamos, no final, alguns pontos positivos ressaltados pelos cuidadores, como o fato das orientações se darem no próprio local de atendimento, em torno do paciente, em linguagem acessível.

A capacidade de evitar a utilização de medicações não prescritas ou o seguimento de condutas preconizadas por leigos, foi relativizado pelos profissionais do S.A.D., que reconhecem a efetividade parcial de suas ações em impedir o uso da auto-medicação ou da aplicação de procedimentos inócuos ou, até mesmo, prejudiciais à evolução do quadro. Muitos usuários evitam ou deixam de usar terapêuticas paralelas, havendo, porém, significativo número de pacientes que agregam ao tratamento oferecido pelo S.A.D. outros de cunho alternativo ou somam condutas e medicamentos prescritos por outros serviços de saúde.

Finalmente, os profissionais tomaram a afirmação de que usuários teriam ido a óbito se não acompanhados pelo S.A.D. como um reconhecimento de sua existência, como fator determinante não só para a qualidade de vida, mas também para a garantia da sobrevivência do usuário.

Se o conhecimento dos interesses dos cuidadores em relação ao S.A.D. permitiu a reflexão, o debate e mesmo o contraponto por parte destes últimos, contribuindo para o desenvolvimento de suas práticas e do serviço como um todo, por outro lado possibilitou a consideração e relevância da própria existência do cuidador. Para um profissional do S.A.D., a discussão das questões levantadas pelos cuidadores teve, como principal efeito, despertar seu olhar para estes indivíduos, antes completamente desconsiderados por ele.

3 – Questões relativas ao processo: avaliação do gerenciamento da equipe, do funcionamento da equipe, dos critérios de alta e inclusão e do papel profissional

3.a) Gerenciamento e funcionamento da equipe

Dentre as questões definidas pela equipe do S.A.D., o funcionamento da equipe foi o que recebeu maior adesão. Desde o início, esta questão, aparentemente genérica, indicava a expectativa do grupo de que o processo avaliativo viesse a considerar questões intrínsecas aos modos como se estabeleciam suas interrelações pessoais e as repercussões disso na organização e desenvolvimento dos trabalhos.

Inicialmente, nos indagamos sobre a pertinência da questão para o processo avaliativo em curso, receando que sua consideração pudesse resvalar para aspectos muito particulares da dinâmica de funcionamento daquele grupo. Nesse sentido, o Método Paidéia foi fundamental, ao dotar-nos de referencial para lidar com os aspectos subjetivos, referentes à circulação de afetos no interior de coletivos organizados para a produção, através da consideração crítica dos conflitos e de seu enfrentamento e superação (Campos, 2000-a).

Partimos, então, para o processamento do problema sabendo que, mais do que em quaisquer outras, as respostas a esta questão deveriam ser construídas no âmbito do próprio grupo. Assim, propusemos aos trabalhadores do S.A.D. um encontro para tratarmos dos problemas relacionados ao gerenciamento e funcionamento da equipe.

A somatória de diversos fatores, como o vínculo então já estabelecido com o pesquisador, o significativo acúmulo de discussões proveniente de todo o processo e o evidente interesse da equipe em tratar do tema gerou um farto e denso material que foi por nós analisado com base nas categorias de núcleos temáticos propostas por Campos (2000-a).

Diferente dos outros tópicos até aqui considerados, embasados no conjunto do material de campo produzido, as reflexões pontuadas em torno do tema “gerenciamento e funcionamento da equipe” constituem-se principalmente dos subsídios gerados a partir de um encontro da equipe voltado especificamente para tratar desta questão. Neste momento, boa parte dos tópicos foram formulados e validados, antecedendo procedimentos que seriam realizados para tópicos de outras questões somente por ocasião da validação do documento preliminar.

- (...) *A despeito destas instâncias democráticas consolidadas, existem temas interditos e ocultos, evidenciados pela referência muito freqüente ao sentimento de “medo” dos integrantes do grupo em realizar determinadas colocações ou mesmo da desistência destes em falar.*

Foram inúmeras as menções ao medo de falar, de se expor e de criticar, permeando boa parte do referido encontro, a tal ponto de debatermos especialmente sobre o que seria esse “medo”. As transcrições abaixo ilustram o que vimos afirmando:

- *“Às vezes, a gente tem tanta vontade de falar o que tá sentindo naquela hora que dá taquicardia...”*
- *“(...) é melhor eu ficar na minha, cuidar do meu serviço (...)”*
- *“(...) não sente segurança para colocar o que tá sentindo, o que tem vontade (...)”*
- *“Mas tá chegando um ponto que eu também tô me calando, nem as brincadeiras mais...”*
- *“(...) porque se a gente começar a não ter medo de nada e começar a blábláblá! A gente acaba com o S.A.D. (...)”*

Para Campos (2000-a) se, por um lado, a transparência absoluta seria insuportável, por outro, a capacidade de análise de seu próprio Texto por um coletivo implica a consideração cuidadosa e objetiva de temas que lhe sejam pertinentes, inclusive aqueles considerados interditos ou que subjazem ocultos, ainda que na forma do invisível evidente. Para o autor tais tabus precisam ser

superados, se possível com ajuda externa de um apoiador institucional, de modo a permitir que o grupo realmente se aproprie da capacidade de refletir e analisar o seu próprio Texto.

Não seria nossa atribuição aprofundarmos na questão, o que levaria um tempo relativamente prolongado e o estabelecimento de um outro contrato com o grupo, mas tão somente pontuarmos algo evidenciado pelo grupo, como podemos perceber nas transcrições acima. Tais pontuações são coerentes com o processo avaliativo e o referencial por nós assumido, na medida em que indica ao grupo um dos problemas a serem enfrentados para que o mesmo possa apropriar-se em amplitude de seu Texto e (re)considerá-lo efetivamente.

Neste momento, os integrantes do S.A.D. consideraram a pertinência de contarem com um supervisor institucional que auxiliasse o grupo a superar suas questões intrínsecas, apontando exemplos de contribuições recebidas por eles, nesse sentido, em outras épocas.

- *O ideal de grupo está calcado na idéia de uma grande coesão e na pretensão de ser infalível. Dessa forma, os erros e falhas são ligados à perspectiva individual, enquanto os acertos são vistos como conquista coletiva. Os conflitos, divergências e opiniões diversas freqüentemente são vistos como ameaças com poder de desintegração do grupo.*

Campos (2000-a), inspirado na psicanálise, cunhou o conceito de "ideal de grupo" para considerar e operar sobre os modos como um coletivo organizado para a produção projeta-se a si próprio e constrói seu imaginário e que, por sua vez, influenciará sensivelmente sua prática, ainda que de maneira tácita. Este conceito está relacionado àquilo que os grupos perseguem como uma meta virtual mas que acaba modulando sua forma de organização e intervenções.

No caso específico do S.A.D. pudemos perceber reiteradas vezes – e não somente no grupo de discussão destinado a discutir o funcionamento da equipe – um ideal de grupo baseado em um imaginário de efetividade coletiva (sendo eventuais desacertos remetidos à esfera individual) e de profunda coesão, características que lhe imprimem pouca permeabilidade ao dissenso e às peculiaridades individuais.

“A qualidade é de todo mundo, o defeito é único.”

“A gente tem muita dificuldade de errar, a gente, todo mundo.”

“(…) da gente se sentir com medo, que eu acho que todo mundo aqui sente, (…) é dessa perfeição que a gente tem dentro de nós. Então o S.A.D. não pode errar…”

“(…) a gente tinha essa coisa muito unida, agora não.”

O grupo concordou com o conteúdo deste tópico, mas pareceu requerer tempo para sua consideração e reflexão, conforme já apontado por Campos (2000-a). De imediato foi afirmado, no entanto, haver correlação entre este ideal de grupo e a missão colocada ao S.A.D. quando de sua constituição, relativa à sua missão de projeto piloto, considerada no tópico seguinte.

Ainda com relação ao ideal de grupo, algumas semanas depois deste encontro, por ocasião da avaliação do próprio processo avaliativo, uma profissional afirmou que a maior contribuição do processo foi ter-lhe permitido a consciência de que a despeito *“da gente querer que o S.A.D. seja uma família, ele não é”*, apontando freqüentes iniciativas ali desenvolvidas para garantir uma coesão *a priori*.

- *A missão de projeto piloto estabelecida para o S.A.D. pela prefeitura, impõe grande responsabilidade ao serviço. Neste sentido, parece ter sido assimilado um propósito em acertar, em não cometer erros. Como consequência, ocorre um paradoxo: é um serviço piloto mas que não se permite a análise detalhada e reflexão das experiências difíceis ou conflituosas.*

O conteúdo deste tópico, ofertado para a análise da equipe durante a discussão do documento preliminar, permitiu ao grupo a ressignificação de seu Texto (Campos, 2000-a), neste caso profundamente marcado desde sua origem pelo caráter de modelo para os futuros serviços similares a serem implantados no município, o que parece ter agregado às suas várias incumbências uma outra de provar a efetividade desta modalidade assistencial.

Os profissionais presentes não só concordaram com o tópico apresentado, mas demonstraram evidente alívio em tomar consciência e assim poder relativizar a sobrecarga adicional representada pelo papel de projeto-piloto desempenhado pelo S.A.D. Como afirmado por um integrante do grupo: *“Eu achava que o não errar era por causa do perfil. Nunca pensei que era por causa da missão. Deu uma aliviada pensar nisso”*.

A revisão do papel do serviço como piloto, considerando que a despeito de seus sete anos de existência nenhuma nova unidade foi implantada faz-se necessária. Este fato parece reforçar a idéia de que *“na ausência de reconstrução de significados, o agir tende a repetir-se de forma burocrática e estereotipada”* (Campos, 2000-a, p. 198).

- *A estruturação atual das reuniões semanais não contempla a necessidade apontada pelos trabalhadores de compartilharem suas realizações, indagações e vivências.*

Este tópico espelha uma situação denunciada pela equipe em vários momentos do processo avaliativo, sobretudo naquele destinado à análise do funcionamento e gerenciamento da equipe. Para o coletivo do S.A.D., o indivíduo e suas questões acabam sendo restringidas pelos espaços formais instituídos do serviço, como ilustrado na afirmação abaixo:

“Praticamente não há espaço. Primeiro em função das discussões de caso, dos informes. Não há tempo hábil (...) ou seja, não há espaço para ter esse tipo de discussão que a gente está tendo hoje aqui.”

Conforme apontado por Campos (2000-a), as dimensões pedagógicas e subjetivas, presentes em qualquer coletivo, são normalmente desconsideradas pelas organizações, que acabam priorizando aspectos mais pragmáticos ligados à efetividade e eficiência.

Dessa forma, os espaços formais destinados à consideração do indivíduo e às questões que o permeiam são, via de regra, muito restritos, quando existem. Por isso, as repetidas referências e, conseqüentemente, concordância dos integrantes do S.A.D. quanto ao conteúdo do presente tópico podem constituir-se em substrato inicial para a transformação e mudança desta situação, sendo, um dos passos possíveis, o enfrentamento da questão objetivada no tópico abaixo.

- *Grande volume de informação é passado nas reuniões de equipe, porém sem tempo e discussão para processá-lo, além do que, as pautas não são definidas pelos integrantes do grupo e com antecedência.*

Durante os trabalhos de análise do documento preliminar, este tópico foi considerado uma boa síntese do que vem sendo apontado e discutido entre a equipe sobre deficiências das formas de organização e condução das reuniões semanais de equipe a serem superadas.

Pudemos perceber, ao longo de nossas observações de campo, o processamento de grande número de informações a cada reunião da equipe, o que acaba funcionando como Campos (2000-a) classificou como escuta saturada: grande volume de dados veiculados sem o devido tempo para serem analisados, refletidos e criticados pelos integrantes do serviço.

Ainda que garanta a passagem de informações e a operacionalização de tarefas necessárias a um serviço de tal complexidade, permanece a carência de

aprofundamento de temas específicos que perpassam vários casos e a troca de questões próprias ao sujeitos e que também permeiam o cotidiano do S.A.D..

- *A inserção da co-coordenação poderia ser aperfeiçoada e enriquecida a partir de uma discussão entre a equipe. A discussão desta função poderia permitir a construção coletiva das atribuições desta “co-coordenação” e a catalização de alguns processos ligados ao gerenciamento do S.A.D., além de evitar a sobreposição de tarefas.*

Para Campos (2000-a), a prática reflexiva suscitada por um processo com objetivo analítico, interpretativo e operativo, como o que vimos desenvolvendo, deve auxiliar a equipe a considerar temas até então considerados tabus, que deverão ser destituídos de seu caráter desagregador, se trazidos à tona como questões pragmáticas e comprometidas com a evolução do modelo teórico e com o valor de uso do serviço ou programa em questão.

Para a consideração da questão implícita neste tópico, pautamo-nos nas proposições explicitadas por Campos (2000-a), descritas no parágrafo anterior, sobretudo pelo fato de nos depararmos aqui com a necessidade de lidar com um tema evidentemente tido como interdito no âmbito do grupo considerado.

Dessa forma, a necessidade claramente indicada, mas nunca explicitamente formulada pelo grupo, de discutir o papel desempenhado por um profissional como co-coordenador do S.A.D. foi, por nós, posta em questão através do respectivo tópico. Porém, tivemos o cuidado de destituir a colocação de potenciais efeitos nefastos, positivando a questão no sentido de pontuar os avanços que o serviço viria a alcançar se (re)construídas coletivamente as atribuições e encargo de um co-coordenador. Tais procedimentos, segundo argumentamos, permitiria viabilizar, de modo mais efetivo, eventuais demandas do gerenciamento do S.A.D. que não são ainda contempladas.

Houve concordância entre os presentes em relação à figuração deste tópico no relatório final, tendo sido ressaltado também que a dificuldade de falar sobre certos temas no S.A.D. transcende este tópico, permeando outras questões de igual importância.

3.b) O papel profissional

- *Há expansão do papel tradicional dos profissionais, ocorrendo ações interdisciplinares, oriundas do atendimento realizado fora dos limites institucionais, sem o apoio efetivo ou virtual de outras equipes e no contexto do usuário.*
- *Ações intersetoriais acontecem freqüentemente por causa de carências sociais do usuário identificadas pela equipe.*
- *A miséria, relações familiares conflituosas, inadequação dos espaços de atendimento, falta de equipamentos portáteis e adaptados para este tipo de atendimento, somados ao alto índice de violência urbana da cidade funcionam como fator estressogênico para os profissionais.*
- *A atenção no próprio local de vida do usuário e de modo contínuo, permite o ajuste das orientações dadas pelos profissionais e o acompanhamento dos resultados.*

Estes tópicos tocam em um assunto fundamental quando se trata de atenção domiciliar: o papel profissional. A especificidade desta modalidade assistencial reside na realização da assistência em saúde em um contexto muito particular, representado pelo domicílio, sensivelmente distinto daquele caracterizado pela atenção realizada no espaço institucional.

Houve concordância, por parte da equipe, com relação aos tópicos apresentados acima, tendo havido restrição somente no que concerne às ações intersetoriais. Segundo os membros da equipe do S.A.D., tais ações não são ainda realizadas em número significativo e compatível com o volume da demanda,

razão pela qual foi sugerida a subtração do termo “freqüentemente” por ocasião da redação do relatório final.

Os tópicos concernentes a ampliação do papel profissional e aos fatores estressogênicos oriundos do trabalho possuem, segundo os integrantes do S.A.D., a virtude de organizar e articular questões que permeiam sua prática já evidenciadas anteriormente pelos mesmos. O mesmo raciocínio aplica-se ao último tópico, que reafirma uma constatação já realizada pelo grupo, estando seu valor localizado no fato de ser proveniente do grupo de cuidadores.

Uma vez discutido o documento preliminar, junto à equipe do S.A.D., em cada um de seus tópicos e parágrafos, definiu-se o que seria, então, o relatório final do processo avaliativo. As correções sugeridas foram efetuadas pelo pesquisador e o documento reenviado para a equipe. Discutimos, no último encontro, que esse documento poderia servir de base para a realização de oficinas de planejamento do serviço.

No entanto, a despeito de eventuais usos que um relatório final venha a ser objeto, consideramos que a avaliação participativa deve ser elaborada de modo a prover meios para que os envolvidos possam efetiva e continuamente reconsiderar seus referenciais, sua prática e os rumos do serviço ou programa durante todo transcurso dos trabalhos, tornando o próprio processo seu principal resultado.

Dessa forma, a avaliação deve assumir um caráter analítico e interpretativo, simultaneamente atribuindo sentido e significado ao objeto considerado (Campos, 2000-a), abrindo espaço para a inclusão e coexistência de dados tidos como objetivos com outros originários da construção de realidade realizada por outros sujeitos ou grupos de interesse. Assim como a gestão, a avaliação necessitaria expandir a abrangência de seu campo de interesse, passando a considerar sua virtual importância no campo pedagógico e sobre a subjetividade dos indivíduos inseridos no processo.

Finalmente, por ocasião da avaliação do próprio processo avaliativo junto aos profissionais do S.A.D. foram levantados vários pontos que podem ser aglutinados segundo sua relevância na ampliação do conhecimento de diferentes componentes inerentes ao próprio serviço pelos seus integrantes e no provimento de subsídios para a mudança de alguns aspectos do mesmo.

Dessa forma, para o grupo considerado, o processo possibilitou conhecer e compreender os diversos elementos que sustentam e efetivam a prática do serviço, além da tomada de consciência das idéias e pensamentos do colega de trabalho. Segundo os membros do grupo, o processo propiciou também a tomada de consciência da opinião e nível de satisfação de outros grupos em relação ao SAD, possibilitando a consideração efetiva dos outros atores.

O processo como um todo foi considerado *agregador*, tendo a consideração de conflitos intrínsecos ao grupo repercutido positivamente inclusive nas relações interpessoais. Segundo uma integrante do serviço, o trabalho auxiliou a repensar e mudar várias coisas dentro da equipe, ainda que de maneira assistemática, porém atestando o impacto do mesmo.

Não foram explicitadas, neste momento, críticas e sugestões a serem incorporadas pelo processo. No entanto, por ocasião das “Considerações Finais”, faremos algumas reflexões sobre as potencialidades e limites do processo empreendido, como veremos a seguir.

5. CONCLUSÃO

*“Trata-se de um livro inacabado porque lhe falta a resposta.
Resposta esta que espero que alguém no mundo me dê. Vós?”*

(C. Lispector)

A marca do processo apresentado e discutido ao longo deste texto foi a constante indagação e reflexão, calcada em desmembramentos e elaborações de novas sínteses ou conclusões, ainda que provisórias. Dessa forma, realizaremos, a seguir, a convergência de algumas destas conclusões, considerando de modo especial a metodologia utilizada e sua efetividade e limitações em promover a participação e desenvolvimento dos grupos de interesse no processo empreendido e na geração de subsídios para o conhecimento do serviço de atendimento domiciliar considerado.

Do ponto de vista do caminho trilhado para a efetivação de uma avaliação de cunho participativo, algumas considerações devem ser feitas. A primeira delas refere-se ao macrocontexto, representado pela história política do país e sua influência sobre os grupos focalizados. Assim, os serviços e seus trabalhadores inevitavelmente encontram-se sob influência tanto do contexto histórico de nosso país, marcado por grandes períodos de ditadura e arbítrio, entremeados de intervalos de democracia e participação (Villa & Furtado, 1997), quanto da

inserção em um sistema de saúde cujas características de verticalidade e centralização só muito recentemente começaram a ser superadas (Campos, 1997-a).

Tal fato parece fator preponderante a justificar o estranhamento e a restrita experiência dos envolvidos em processos de natureza participativa e inclusiva. Fez-se necessária a manutenção, durante todo o processo, de uma postura pedagógica por parte do pesquisador de modo a propiciar o gradativo esclarecimento dos intentos e referenciais do estudo e o estabelecimento de confiança do grupo nos princípios que balizaram nossos trabalhos.

A vinculação inicial entre avaliação e procedimentos ligados aos níveis centrais de administração e seu conseqüente caráter somativo, permeou o ideário de todos os grupos convidados a participar do processo, reforçando o exposto no parágrafo anterior e apontando para a necessidade de instauração de dispositivos (não só avaliação, mas planejamento e outros espaços de trocas grupais) que favoreçam a efetiva democratização das relações do cotidiano do serviço e a apropriação crítica, pelos envolvidos, de suas concepções e modos de operar, conforme já afirmou Campos (2000-a).

Em relação especificamente ao instrumental empregado na condução da pesquisa, podemos afirmar que, de modo geral, o mesmo mostrou-se pertinente aos nossos propósitos, embora sujeitos a algumas ponderações.

A utilização de grupos focais mostrou-se significativamente adequada às pretensões centrais do estudo, relativas ao envolvimento de diversos atores e na identificação de suas reivindicações, questões e críticas ao serviço avaliado.

A presença de vários indivíduos com características em comum entre si relativizou a centralidade do pesquisador e a geração de eventuais constrangimentos por parte deste, comum nas entrevistas. A interação entre os indivíduos favoreceu e estimulou a relativização de idéias e posturas a partir de seu confronto com pontos de vista de outros participantes, além de possibilitar a emergência de aspectos aparentemente esquecidos.

Os grupos focais realizados inicialmente com trabalhadores do S.A.D. foram especialmente efetivos na simultânea geração de dados sobre o serviço e a revisão, debate e atualização de concepções em torno do mesmo pelos seus integrantes. No caso específico dos cuidadores, o encontro destes indivíduos evidenciou, entre outras coisas, a necessidade de criação de instâncias que lhes permitam intercambiar experiências e apoiarem-se mutuamente.

Consideramos, no entanto, que teria sido proveitosa a realização de grupos focais junto a conselheiros municipais de saúde, de forma a inserir pontos de vista potencialmente calcados no contexto político do município, em geral, e do sistema de saúde, em particular, o que viria a contribuir para o aumento da complexidade das discussões realizadas.

Os pacientes tiveram uma pálida inserção e participação em todo o processo, o que talvez pudesse ser corrigido através da ampliação do número de entrevistas ou de estudos dos casos mais representativos para os aspectos do serviço analisados. Esse retraimento também se deve à sua não inclusão como grupo de interesse pela equipe do serviço e, de nossa parte, pela consideração de aspectos peculiares ao serviço analisado, como a inserção de novos atores no processo do cuidar, aqui configurado pelos profissionais de outros serviços e pelos cuidadores.

Os grupos de discussão realizados com os trabalhadores do S.A.D., voltados para o processamento de questões cuja resposta deveria vir do interior da própria equipe, demonstraram-se úteis para a consecução deste objetivo. Momentos desta natureza exigem, no entanto, que o pesquisador e/ou avaliador possua experiência na condução de grupos e no tratamento de conflitos, de modo a dirigir os trabalhos de maneira a evitar colocar em risco a unidade do coletivo.

A despeito da heterodoxia representada pela inserção dos chamados aspectos subjetivos do grupo no processo avaliativo, a consideração destas questões mostrou-se procedente e necessária, como ficou evidenciado pelo envolvimento e seriedade com que o grupo processou a referida problemática,

constantemente articulada e referenciada aos diferentes componentes do serviço ou do processo de trabalho. Neste momento, a aproximação entre os métodos Paidéia e de quarta geração de avaliadores mostrou-se especialmente adequada.

A análise e a consideração das respostas às questões da avaliação para a definição do relatório final mostrou-se importante para garantir a real participação do principal grupo de interesse no tratamento e conformação final de um dos produtos do processo. No entanto, julgamos que a criação de subgrupos para a elaboração dos tópicos constantes no documento preliminar poderia aumentar o envolvimento e participação da equipe na condução dos trabalhos, potencializando sua capacitação e desenvolvimento.

Consideramos também que a discussão do relatório final junto aos outros grupos de interesse teria representado importante retorno às suas contribuições, ensejando espaço para novas intervenções, além de ampliar a fidelidade do referido relatório aos diferentes pontos de vista envolvidos.

A observação participante mostrou-se essencial para a apreensão de um processo de trabalho ainda bastante desconhecido dos profissionais da saúde, aproximando-nos de sua prática cotidiana e interações. No entanto, consideramos que a efetivação de uma observação prévia ou simultânea de um serviço similar poderia ter possibilitado a comparação e o contraste, aguçando e dotando nosso olhar de mais instrumentos.

Embora não tendo sido apontado pelos grupos envolvidos, acreditamos que a construção, implementação e posterior análise e discussão de indicadores, elaborados pelos participantes, podem gerar importantes subsídios em processos similares a este por nós desenvolvido, diversificando a abordagem do objeto avaliado, por parte dos atores a ele ligados, além de capacitá-los na elaboração e utilização de mais um instrumento de avaliação.

A definição prévia e coletiva de como seriam utilizados os resultados da pesquisa, por ocasião da elaboração do contrato inicial, poderia aumentar as chances de seu efetivo emprego. A identificação e construção junto ao principal

grupo usuário de hipotéticos cenários, contendo diversos resultados possíveis da avaliação e seus possíveis empregos, poderia comprometer o grupo, desde o início, com o enfrentamento de problemas conjunturais e estruturais que viessem a ser apontados pelo processo.

Assim, esta virtual vinculação entre as questões e os resultados possíveis e suas formas de utilização, poderia ser operacionalizada através de um grupo de trabalho no qual as respostas possíveis e respectivas condutas fossem hipoteticamente explicitadas, gerando um comprometimento prévio em torno dos diferentes cenários ou pontos de chegada da avaliação.

Devemos salientar que, além da ocorrência de revisões e novos posicionamentos ocorridos durante e, em consequência, do processo avaliativo, o encerramento de nossos trabalhos imediatamente após a definição do relatório final não possibilitou o acompanhamento dos desdobramentos e efeitos da avaliação a médio e longo prazo sobre o serviço em questão.

A avaliação da avaliação pela equipe do S.A.D. foi sensivelmente favorável, havendo unanimidade na identificação de aspectos positivos oriundos do desenvolvimento do processo no interior do serviço, a despeito do mesmo ter sido considerado muito cansativo em determinados momentos, segundo alguns integrantes da equipe.

A colocação em suspensão de componentes centrais do serviço, de maneira coletiva, visando a sua reconsideração articulada em torno de questões específicas, propiciou sua análise, revisão e desenvolvimento de forma protegida, devido ao contexto mais amplo da avaliação participativa e a presença de um elemento externo representado pelo pesquisador, conferindo ao processo avaliativo papel de dispositivo no sentido que vimos utilizando ao longo deste texto.

Este momento de revisão, constituído pela avaliação, mostrou-se profícuo também para a geração de conhecimentos a respeito do serviço considerado,

possibilitando o desvendamento, ainda que parcial, de componentes da caixa preta, representados pelo conjunto de atividades ali desenvolvidas.

Assim, a elaboração e discussão do modelo teórico, a consideração de diversos pontos de vista dos grupos, bem como suas questões, reivindicações e interesses permitiram problematizar e relativizar os diversos componentes que integram o serviço em questão, possibilitando somar às nossas indagações iniciais sobre a modalidade assistencial considerada, outras provenientes dos demais grupos de interesse envolvidos no processo.

A aproximação e compreensão de uma nova modalidade assistencial em saúde, a partir de um processo avaliativo participativo, permitiu sua apreensão, a partir de uma perspectiva crítica, incorporando questões provenientes dos grupos de interesse envolvidos. Neste sentido, questões oriundas do pesquisador e dos grupos de interesse interagiram e complementaram-se, propiciando que ambas as partes aumentassem o conhecimento sobre o referido serviço.

Com base no percurso realizado, podemos afirmar que o processo de trabalho do S.A.D. difere profundamente daqueles desenvolvidos nos serviços convencionais, como unidades básicas, ambulatórios e hospitais, sendo a efetivação do atendimento em espaço não institucional fator determinante de alterações nos papéis e práticas dos profissionais. Desse modo, o novo espaço de atenção representado pelo domicílio do usuário implica em:

- tomada de consciência, por parte do profissional, da multideterminação concretamente envolvida no processo saúde-doença;
- confrontação com demandas até então desconsideradas nos serviços intramuros;
- contato com novos atores envolvidos no processo de acompanhamento, como os cuidadores;
- readequação de métodos e procedimentos de trabalho às novas condições de trabalho;
- fontes adicionais de sobrecarga para o trabalhador.

A configuração do serviço de atendimento domiciliar considerado e sua necessária estruturação adaptada ao seu objeto de trabalho, favorecem o surgimento de um profissional com características singulares. As respostas requeridas pela nova realidade, delineada nos tópicos acima, levaram a revisões nos modos de agir dos trabalhadores, provocando alterações significativas em seu papel profissional, se comparadas com as funções de categorias similares em serviços convencionais.

Houve significativa expansão do campo de competência e responsabilidade de todas as categorias inseridas no serviço, o que favoreceu o estabelecimento de bases para a colaboração profissional do tipo interprofissional, com maior permeabilidade entre as mesmas. A expansão do papel dos profissionais levou a ampliação do objeto de trabalho do próprio serviço, o que explica a fluidez de fronteiras entre os níveis primários, secundários e terciários em saúde e mesmo entre setores observada em relação ao S.A.D. e a preocupação com aspectos ligados à educação em saúde.

Porém, questões ligadas aos profissionais merecem ser aprofundadas em novos estudos, tais como o estresse físico e mental representado pelos constantes deslocamentos, o convívio com misérias e carências de diversas ordens e a violência urbana. A implicação, para usuário e trabalhador, da ampliação do campo de competência e responsabilidade deste último, bem como de seu isolamento de outros colegas e do suporte institucional deveriam ser considerados em pesquisas futuras.

O serviço considerado mostrou-se efetivo no atendimento às necessidades de uma clientela específica, segundo todos os grupos de interesse ouvidos. Coerente com seu modelo teórico, que prevê respostas a demandas até então negligenciadas pelos demais serviços de saúde, o S.A.D. possibilita evitar o agravamento físico e mental de pacientes com impossibilidade de se fazerem atendidos em hospitais e ambulatórios.

Com referência às relações entre o público e o privado, os descompassos e diferenças existentes entre estas instâncias não foram considerados relevantes pelos envolvidos. Ademais, a profunda carência da existência de iniciativas públicas em determinadas instâncias da assistência social e de saúde no Brasil faz com que a inserção do serviço em questão signifique muito mais o provimento de suporte e possibilidade de desenvolvimento e autonomia para os seus usuários do que a imposição de constrangimentos ou controle.

Além disso, como ilustrado em algumas afirmações transcritas, há maior possibilidade de interação e negociação no interior do domicílio entre usuários e profissionais em torno dos procedimentos a serem realizados, atenuando o pleno controle e uso de protocolos presentes na maioria dos serviços de saúde. Além disso, a consciência por parte dos próprios profissionais, como pudemos notar, dos incômodos gerados por sua presença ostensiva nos domicílios e o risco potencial de que venham a estabelecer controle sobre os indivíduos, pode prevenir a instauração de conflitos ou desvios na relação entre serviço e domicílio.

As considerações elaboradas e construídas ao longo desta tese apontam para a pertinência e adequação do Serviço de Atendimento Domiciliar à sua clientela específica. Sua inserção e conformação peculiar ocasionam um conjunto de efeitos sobre seus trabalhadores e sobre os procedimentos e relações inerentes no acompanhamento ao usuário, sendo que muitos dos aspectos aqui indicados mereceriam considerações ampliadas em estudos específicos.

Por outro lado, o desenvolvimento de um processo avaliativo participativo vem alinhar-se e reforçar a construção de relações institucionais e de outros coletivos que subsidiem a co-gestão e possibilite o envolvimento nas decisões, favorecendo o diálogo, a inclusão e efetiva consideração dos diferentes pontos de vista, estabelecendo bases para a consideração e o convívio das diferenças. O processo aqui empreendido é uma tentativa de elaboração de instrumentos de avaliação que contribuam para a efetiva democratização do cotidiano de programas e serviços em saúde e outros coletivos organizados para a produção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, M.J. & ANDER-EGG, E. - Avaliação de serviços e programas sociais. 2^a. ed. São Paulo, Vozes, 1995. 312 p.
- ALBAN, A. – Un nouveau partage des responsabilités entre les professionnels hospitaliers. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.4, n° 2, 1997, p.280-293.**
- ALBUQUERQUE, S.M.R.L. - Atuação do assistente social no serviço de assistência domiciliar (SAD) da Rede Pública. **Revista Brasileira de Homecare, ano IV(41), 1998.**
- ALVES, R. - Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo, Brasiliense, 1987. 207 p.
- AMARANTE, P.D.C. - O homem e a serpente. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. 141p.
- ANGUS, D.E. – Lês systèmes de santé publics de demain: l'équité sacrifiée au profit de l'efficiency? **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.4, n° 2, 1997, p.206-217.**
- ANZIEU, D. - O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993. 227p.
- ARAÚJO, E.E.S. O médico e a internação domiciliar. **Revista Brasileira de Homecare, ano IV(39), 1998.**
- AZEVEDO, A.C. - Perspectivas do hospital como elemento do sistema de saúde. **Revista Brasileira de Hospitais, 39(8):55-63, 1991.**
- BANDEIRA, M. - Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria 47(12):627-640, 1998.**
- BAREMBLITT, G. - Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro, Rosa dos Ventos, 1992. 171 p

- BECKER, H.S. – Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. 3 ed. São Paulo, Editora Hucitec, 1997. 178p.
- BERGMAN, H.; BÉLAND, F.; LEBEL, P.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; LEIBOVICH, E.; BRUNELLE, Y.; KAUFMAN, T.; TOUSIGNANT, P.; RODRÍGUEZ, R.; SCOTT, G. - L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA). **Ruptures**, 4(2):311-321, 1997.
- BEZZI, C - Aspetti metodologici del coinvolgimento degli attori sociali cosiddetta valutazione partecipativa. **Rassegna Italiana di Valutazione**. 13(1) 3-10, 1999.
- BITTAR, O.J.N.V. - Hospital: qualidade e produtividade. São Paulo, Sarvier, 1997. 37 p.
- BOSI, E. - Memória e sociedade – lembranças de velho. 3ª. ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1994. 484 p.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado da Assistência Social. – **Programas e serviços de proteção e inclusão social dos idosos**. Brasília. MPAS, SAS, 1998. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado da Assistência Social. - **Idosos: problemas e cuidados básicos**. Brasília: MPAS, SAS, 1999. 99p.
- BUNGENER, M. & HORELLOU-LAFARGE, C. - La production familiale de santé: le cas de l'hospitalisation a domicile. Vanves. Publications du CTNERHI. 1988. 256 p.
- CAMPOS, G.W.S. - Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1997-a. 220 p.

- CAMPOS, G.W.S. - Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (orgs.) – **Agir em saúde**. São Paulo, Hucitec, São Paulo, 1997-b. p. 229-266.
- CAMPOS, G.W.S. - Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(2): 393-403. 1999.
- CAMPOS, G.W.S. - Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo, Hucitec, 2000-a. 225 p.
- CAMPOS, G.W.S. - Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000-b.
- CANADA. Ministre de Travaux Publics et Services gouvernementaux – **Santé Canada: direction générale des politiques et de la consultation**. Santé Canada, 1998. 10 p.
- CARAPINHEIRO, G. – Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 2 ed. Porto, Edições Afrontamento, 1993. 295 p.
- CARLETTI, S.M.M., REJANI, M.I. – Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Netto, M.P. – **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu, 1996. 420 p.
- CASTANHEIRA, E.R.L.; TEIXEIRA, R.R.; LIMA, A.M.M. - Envelhecimento e ação programática: da necessidade à construção de um objeto. In: SCHRAIBER, LB. (org.) – **Programação em saúde hoje**. São Paulo, Hucitec, 1993. 243p.
- CDC. – Framework for program evaluation in public health, 48(RR-11), 1-40, 1999.
- CHALMERS, A.F. - O que é ciência afinal? São Paulo, Brasiliense, 1993. 226 p.

- CHEN, H.T. - Issues in constructing program theory. *New Directions for Program Evaluation*, Jossey-Bass, Fall, n.47: 7-18. 1990.
- COHEN, E. & FRANCO, R. - Avaliação de projetos sociais. São Paulo, Vozes, 1998. 312 p.
- COLVEZ, A. & RIDEZ, S. - Déterminants objectifs et subjectifs du bénéfice de l'aide ménagère pour le maintien à domicile des personnes âgées. **Rev. Epidém. et Santé Publ.** **44**, 163-172. 1996.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L; DENIS, J.L.; BOYLE, P. – Saber preparar uma pesquisa. 2ª. ed. São Paulo, Hucitec, 1997-a. 215 p.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L. & PINEAULT, R. – A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) – **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997-b. p.29-47.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. & TROTTIER, L.H. – Ruptures, 4(2):182-184, 1997.
[avant propos]
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. – La régulation d'un système de soins sans murs. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Montreal. 24p. 1998. Mimeo.
- COOK, T.D. & REICHARDT, C.H.S. - Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. 3ª ed. Madrid, Morata, 1997. 228 p.
- COSTA, J.F. - Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1999. 282p.
- CRUZ, L.P. - Assistência domiciliar: estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no Estado de São Paulo. São Paulo, 1999. [Tese – Mestrado - Fundação Getúlio Vargas]

- D'AMOUR, D. - Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Montreal, 1997. [Tese – Doutorado – Université de Montréal].
- DAMATTA, R. - A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro, Rocco, 1997. 163 p.
- DEMO, P. – Avaliação Qualitativa. Campinas. Autores Associados, 1996. 102p.
- DENIS, J.L.; BÉLAND, F. & CHAMPAGNE, F. – Le Chercheur et ses interlocuteurs: Complicité et intéressement dans le domaine de la recherche évaluative. P. 22. 63e Congrès de l'ACFAS. Québec, Canadá. 1996.
- DENIS, J.L. & CHAMPAGNE, F. – Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) – **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997. p.49-87.
- DESROSIERS, H. - Cadre pratique pour l'évaluation des programmes. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Montreal, 1998. 131 p.
- DONABEDIAN, A. – Evaluation de la calidad de la atencion medica. The Milbank Memorial Fund Quartely, 44:166-203, 1966. In: WHITE, K.L. (ed.) – **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington, OPAS, 1992. p.382-404.
- EARP, J.A. & ENNET, S.T. – Conceptual Models for Health Educational and Practice. **Health Education Research**, 6(2):163-171. 1991.
- FELGAR, J.A.S. – A expressão da linguagem numérica. In: KARSCH, U.M.S. – **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo, Educ, 1998. p.47-86
- FERREIRA, A.B.H. - Novo Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo, Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

- FETERMAN, D.M. – In response to Lee Sechrest's 1991 AEA Presidential Address: "Roots: Back to our First Generations". **Evaluation Practice**, **13**(3): 171-172, 1992.
- FEUERSTEIN, M.T. - Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade. São Paulo, Paulinas, 1990. 184 p.
- FILSTEAD, W. J. – Una experiencia necesaria en la investigación evaluativa. In: COOK, T.D. & REICHARDT, C.H.S. – **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa**. 3. ed. Madrid, Ediciones Morata, 1997, p.59-79. 228 p.
- FOUCAULT, M. – O nascimento da clínica. 4^a.ed. Rio de Janeiro, Forense, 1984.
- FUENTE, S.P.M.; MORENO, P.; RODRÍGUEZ, C.M.; LÓPEZ, M.R. – Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. **Rev. Esp. Salud Pública**, **72**(6), 1998.
- FURTADO, J.P. - Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1997. Mimeo.
- FURTADO, J.P. - Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, **47**(4), 179-184, 1998.
- GENDRON, S. - L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé: vers une complémentarité transformatrice. **Ruptures**, **3**(2): 158-172, 1996.
- GONÇALVES, R.B.M.; SCHARIBER, L.B. & NEMES, M.I.B. – Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) – **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, Hucitec, 1993.

- GREENE, J.C. - Qualitative program evaluation: practice and promise. In:
DENZIN, K.N. & LINCOLN, Y. (ed.) – **Handbook of Qualitative Research**,
Thousand Oaks. Sage, 1994. p.531-544.
- GROULX, L.H. – Le débat qualitatif-quantitatif: un dualisme à proscrire?
Ruptures, 4, (1): 46-58, 1997.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. – Effective evaluation: improving the usefulness of
evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San
Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1981. 420p.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. – Effective Evaluation. San Francisco, Jossey-Bass
Publishers. 1987. 423 p.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. – Fourth Generation Evaluation. Sage Publications.
Newbury Park, 1989. 294 p.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. – In response to Lee Sechrest's 1991 AEA
Presidential Address: "Roots: Back to our First Generations". **Evaluation
Practice**, 13(3): 165-169, 1992.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. – RSVP: We are Pleased to Accept your Invitation.
Evaluation Practice, 15(2):179-192, 1994.
- HALDEMANN, V. & LEVY, R. – Œcuménisme méthodologique et dialogue entre
paradigmes. **Ruptures**, vol. 3, n.2, 244-255, 1996.
- HARTZ, Z.M.A. – A avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à
prática da implantação de programas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz,
1997. 131p.
- HARTZ, Z.M.A – Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico
metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(2):
341-353, 1999.

- HORTA, R.L.; ALBUQUERQUE, F.P. & COZZATTI, L.C. – A abordagem sistêmica da urgência psiquiátrica no domicílio. **Revista ABP-APAL**, 18(4):105-110, 1996.
- JACOB FILHO, W. – Doenças degenerativas e a assistência domiciliar. **Revista Jovem Médico**, São Paulo, junho de 2000.
- JAPIASSU, H. – Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- KARSCH, U.M.S. – Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo, Educ, 1998. 246 p.
- KNAP, M.S. – Contribuciones etnográficas a la investigación evaluativa. In: COOK, T.D. & REICHARDT, C.H.S. – **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa**. 3 ed. Madrid, Ediciones Morata, 1997. p.171-201.
- KUHN, T.S. – A estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Perspectiva, 1987. 257 p.
- LE MOIGNE, J.L. - La modélisation des systèmes complexes. Paris, Dunod, 1990. 397 p.
- LEHOUX, P; LEVY, R. & RODRIGUE, J. - Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de quatrième génération. **Ruptures** 2(1):56-72, 1995.
- LEVY, R. - Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. **Ruptures**, 1(1):92-100. 1994.
- LICO, F.M.C. - De dignidade, cidadania e vínculos nos cuidados à Aids: os sentidos da assistência domiciliar terapêutica para os profissionais da saúde. São Paulo, 2000. [Tese – Mestrado – PUC-SP]
- LIMA, M.A.D.S. – O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Ribeirão Preto, 1998. [Tese – Doutorado – USP]

- LINCOLN, Y.S. - The arts and sciences of program evaluation. **Evaluation Practice**, 12(1):1-7, 1991.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, E.D.A. – Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99p.
- MACIEL, M.G.S.; FERNANDES, A.J.; MARTINS, M.C. & SANTOS, M.E.F – Assistência domiciliar no Hospital do Servidor Público Estadual: histórias e estórias – que lições tirar? Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. 1999. Mimeo.
- MARINS, P.C.G. – Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: SEVCENKO, N. – **História da vida privada no Brasil**, vol. 3. São Paulo, Companhia das Letras, 1998. p. 131-214.
- MENDES, P.M.T. – Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U.M.S. – **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo, Educ, 1998. 246 p.
- MERCIER, C. - L'évaluation des programmes d'intervention en milieu naturel. **La Revue Canadienne d'Évaluation de Programme**, 5(1):1-16, 1990.
- MERCIER, C. - Approches qualitatives et quantitative en évaluation de programmes. *Sociologie et sociétés*, vol. XXV, n.2, 1993.
- MERCIER, C. - La contribution de l'évaluation au renouvellement des pratiques d'intervention en santé mentale et en toxicomanie. Actes du Colloque du Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Chicoutimi, Quebec, Canada. 1995. p. 87.
- MERCIER, C. - Participation in stakeholder-based evaluation: a case study, **Evaluation and Planning**, 20 (4):467-475, 1997.
- MINAYO, C. – O desafio do conhecimento. São Paulo, Hucitec, 1996. 269 p.

- MONTEIRO, M.A.G. – Assistência domiciliar: uma proposta complementar na atenção à saúde pública. Campinas, 1996. [Monografia – Curso de Especialização em Saúde Pública do DPMS/FCM – Unicamp]
- MORGAN, D.L. – Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks, Sage Publications, 1997. 80 p.
- MORIN, E. – Os meus demônios. Lisboa, Publicações Europa-América. 1995. 233 p.
- MORIN, E. – Ciência com consciência. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996. 344 p.
- NOVAES, H.M.D. – Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 34(5):547-59, 2000.
- NUNES, E.D. – A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A.M. (org.) – **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo, Hucitec, 1995. p.95-114.
- NUNES, M.R.P.T.M. – Sistema de atendimento domiciliar: uma tendência para a desospitalização. Campinas, 1999. [Monografia – Curso de Especialização em Saúde Pública do DPMS/FCM – Unicamp]
- ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTÉ (OMS) – L'évaluation des programmes de santé: principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, 1981.
- PAQUIN, S. & BERNÈCHE, F. – Soigner en toute sécurité à domicile. Montréal, Comité d'action femmes et sécurité urbaine, 1999. 62 p.
- PATTON, M.Q. – Practical evaluation. Beverly Hills, Sage Publications. 1982. 327 p.
- PATTON, M.Q. – Utilization-focused evaluation. Beverly Hills, Sage Publications. 1997. 432 p.

- PINTO, I.T.S. – Discussão sobre alguns aspectos metodológicos da pesquisa na área de medicina social: o investigador e a instituição como partes da questão. Ribeirão Preto, 1996 [Tese – Doutorado – USP].
- PITTA, M.F. – Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996. 132 p.
- PONTEL, S.I.O. - Ato de vida. Serviço de Atendimento Domiciliar (S.A.D.), Campinas, 1996. (mimeo).
- RANDOM, M. (org.) – O pensamento transdisciplinar e o real. São Paulo, Triom, 2000. 244 p.
- RIBEIRO, C. – Quadro comparativo entre atendimento clínico e domiciliar. II SIBRAD, 1999. (mimeo)
- RIBEIRO, H.P. - O hospital: história e crise. São Paulo, Cortez Editora, 1993. 135 p.
- RIZZOTTO, M.L.F. – As orientações do Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: sinais de convergência, Campinas, 2000. [Tese – Doutorado - Unicamp]
- ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E. & LIPSEY, M.W. – Evaluation: a systematic approach. 6. ed. Thousand Oaks, Sage Publications, 1999. 500 p.
- ROTELLI, F. & LEONARDIS, O. – Desinstitucionalização. São Paulo, Hucitec, 1990. 180 p.
- ROUBICEK, J.; SALVATORE, A.; KAVKA, G.; WIERSBA, C. - Servicio de internación domiciliar para pacientes con enfermedades agudas. **Rev. Panam. Salud Pública**, 6(3):172-6, 1999.
- ROUCOULES, G. & PERLEMUTER, L. - Dictionnaire pratique des soins et du soutien à domicile. Paris, Masson, 1990.

- SANTANA, C.M., FERRAZ, S., MATOS, N.N. – Programa de atendimento domiciliar num hospital público em Salvador/BA. Anais do II Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar. São Paulo, Publicação Hamam, 1999.
- SCHEREST, L. – Roots: back to our first generations. **Evaluation Practice**, 13(1):1-7, 1992.
- SCHRAIBER, L.B. & NEMES, M.I.B. – Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cadernos Fundap**, 19:106-121, 1996.
- SCHRAIBER, L.; NEMES, M.I.B.; SALA, A.; PEDUZZI, M.; CASTANHEIRA, E.R.L.; KON R. – Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(2):221-242, 1999.
- SEHIG – Secretaria de Higiene e Saúde de Santos – Programa de Internação Domiciliar: avaliação do primeiro ano do programa no município de Santos, 1994. (Mimeo)
- SHAUGHNESSY et al. – Outcomes across the care continuum: home health care. **Medical Care**, 35(11):115-123, nov.1997.
- SILVA, I.P. - As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, U.M.S. – **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo, Educ, 1998. 246 p.
- SILVA, L.M.V. & FORMIGLI, V.L. - Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, 10(1):80-91, 1994.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. – Prevenir e curar: o controle social dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1988. 166 p.
- STENZEL, A.C.B. – A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada. Campinas, 1996. [Tese – Mestrado – Unicamp]
- TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, J.C.M.S.; CARVALHO, F. – Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 30(5): 485-98, 1996.

- TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. – O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, **14(2)**:429-435, 1998.
- TRIVIÑOS, A.N.S. – Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo, Ed. Atlas, 1988. 175p.
- VECINA NETO, - "Perspectivas na assistência domiciliar no Brasil". In: II SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, São Paulo, 1999. **Anais**. São Paulo, 1999, Publicação Hamam. p.9.
- VERMELHO, L.L. & JORGE, M.H.P.M. – Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). **Rev. Saúde Pública**, **30(4)**:319-31, 1996.
- VIANA, A.L.D. & POZ, M.R.D. – A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, **8(2)**:11-48, 1998.
- VILLA, M.A. & FURTADO, J. P. – História do Brasil: da independência aos nossos dias. São Paulo, Moderna, 1997. 102 p.
- W.K. KELLOGG FOUNDATION – Evaluation Handbook. Battle Creek, MI, W. K. Kellog Foudantion, 1998.
- WEISS, C.H. – Toward the future of stakeholder approaches in evaluation. **New Directions for Program Evaluation**, **n.17**: 83-96, 1983.
- WEISS, C.H. – How can theory-based evaluation make greater headway? **Evaluation Review**, **21(4)**:501-524, 1997.
- WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. - Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, **120 (6)**: 472-482, 1996.

WHOLEY, J.S. – L'appréciation de l'évaluation d'un programme. In: LÉCONTE, R. & RUTINAN, L. (org.) – **Introduction aux Méthodes de Recherche Évaluatives**. Ottawa, Ed. Université de Carleton, 1982.

YIN, R.K. – Applications of case study research. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1984.

7. ANEXOS

**Anexo 1 – Relatório final do processo avaliativo do
Serviço de Atendimento Domiciliar**

(03/10/00)

I - Introdução

Apresentamos a seguir o resultado do processo avaliativo do Serviço de Atendimento Domiciliar do distrito Sul da Prefeitura Municipal de Campinas. Fruto de um trabalho desenvolvido ao longo de dois anos (de 26/10/98 a 17/10/00) junto à equipe do referido serviço, usuários, cuidadores e profissionais de outros serviços, o processo teve como principal objetivo fazer do exercício de conhecer esta nova modalidade de assistência uma oportunidade para que simultaneamente ocorressem análise e reflexão sobre o mesmo por parte dos principais atores envolvidos.

Desta forma, identificamos na avaliação participativa o caminho mais adequado para garantir ao mesmo tempo a possibilidade de compreender esta nova forma de assistência e contribuir para o seu avanço, na medida em que criamos dispositivos para que profissionais e usuários envolvidos pudessem rever e discutir sua prática e a concepção teórica do serviço em questão.

Para a realização deste trabalho utilizamos da observação através do acompanhamento do cotidiano da equipe e de anotações de campo, de grupos de discussões temáticas com os trabalhadores do S.A.D., com profissionais de outros serviços e com os cuidadores. Alguns usuários foram ouvidos através de entrevistas individuais realizadas em seus domicílios.

Na primeira parte da pesquisa procuramos compreender como o S.A.D. era entendido e concebido. Através da observação, da leitura de textos e documentos do serviço e dos grupos de discussão com os trabalhadores, fomos compondo um retrato do serviço tal como compreendido pelo grupo. O resultado desta (re)construção de como se concebe e opera o S.A.D. foi apresentada numa reunião da equipe para ser analisada, discutida e definida.

Assim, foram (re)definidos ou explicitados o modelo teórico, a missão, os objetivos e as formas de ação do Serviço de Atendimento Domiciliar. As divergências foram discutidas e superadas até que conseguiu-se estabelecer o modelo que referencia as práticas do serviço.

Neste encontro foram também definidas as questões relativas ao serviço que o grupo de trabalhadores do S.A.D. gostaria de ver consideradas no processo avaliativo. As questões apontadas foram:

1. O funcionamento da equipe
2. A capacitação técnica dos profissionais
3. Satisfação dos familiares
4. Satisfação dos outros serviços
5. O gerenciamento da equipe
6. Os salários dos profissionais
7. Critérios de alta e inclusão
8. Missão e objetivos do serviço
9. Ambiente físico e condições de trabalho
10. Transporte
11. O papel profissional

Seguindo alguns referenciais utilizados em avaliação, aglutinamos as questões em quatro grupos: questões relativas ao modelo teórico e concepção do S.A.D. e questões relativas à estrutura, processo e resultado. Uma vez agrupadas as questões ficaram assim:

- **relativas ao modelo teórico:** missão e objetivos do serviço (item 8).
- **relativas à estrutura:** capacitação técnica, ambiente físico e condições de trabalho, transporte e salários (itens 2, 6, 9 e 10).
- **relativas ao processo:** gerenciamento da equipe, funcionamento da equipe, critérios de alta e inclusão e o papel profissional (itens 1, 5, e 7).
- **relativas aos resultados:** satisfação de familiares e dos outros serviços (itens 3 e 4).

As questões relativas à estrutura não foram consideradas por fugirem aos propósitos e natureza deste trabalho e não serão processadas, a não ser quando fizerem interface com algum dos outros aspectos que vimos trabalhando dentro das questões relativas ao modelo lógico, processo e resultado. A avaliação dos critérios de alta e inclusão estão sendo revistos e avaliados por um subgrupo da equipe encarregado especificamente da questão por iniciativa da própria equipe e baseada em demandas próprias.

Participaram do processo coordenadores de alguns centros de saúde de áreas cobertas pelo S.A.D., representantes do Hospital Municipal Mário Gatti, onze cuidadores, quatro usuários e todos os integrantes da equipe do serviço avaliado. Com exceção dos usuários e do coordenador de um centro de saúde, que foram entrevistados, as demais participações se deram em grupos.

O resultado foi um processo rico, complexo, diversificado e participativo, dada a inclusão de diferentes grupos de alguma forma envolvidos com o S.A.D.. Devemos ressaltar que o produto final do processo é coletivo e resulta da interação de diferentes atores (pesquisador incluído) na geração, coleta e análise das informações pertinentes e necessárias à avaliação do serviço em questão.

Isto equivale a dizer que as respostas às questões para a avaliação apontadas pela equipe foram construídas a partir de subsídios fornecidos pelos diversos grupos envolvidos, especialmente a equipe do serviço, considerada principal usuária do processo avaliativo aqui realizado. Naturalmente houveram contribuições do pesquisador na elaboração e processamento do material.

Pudemos constatar a partir de diferentes fontes durante o processo, que o Serviço de Atendimento Domiciliar avaliado goza de grande legitimidade entre seus usuários e outros serviços, possuindo inegável efetividade e impacto no acesso, aumento da qualidade de vida e sobrevivência de sua clientela.

As questões apresentadas abaixo, embora importantes e significativas, devem ser consideradas em sua função de prover bases para o aprimoramento e desenvolvimento do serviço. Tais questões não devem ofuscar o inquestionável valor desta modalidade assistencial em prover resposta às demandas até agora não respondidas dentro do S.U.S. para uma clientela com grandes dificuldades de locomoção e em sua maioria composta por idosos. A título de ilustração, alguns aspectos avaliados serão acompanhados da citação de afirmações feitas durante os grupos ou entrevistas.

II – Questões relativas ao modelo: avaliação da concepção teórica, missão e objetivos do serviço

- As relações entre o S.A.D., Hospitais Públicos e SAMU precisam ser reestruturadas de tal forma a estabelecer uma inserção clara e efetiva destes dois últimos no fluxo de atenção do S.A.D., superando a atual limitação destes ao “contexto”.
- Os cuidadores não são parte do contexto, mas caracterizam-se como clientela central no S.A.D., o que demanda a elaboração de ações estruturadas por parte do serviço junto aos mesmos.
- As questões surgidas com relação à utilização dos termos “paliativo” e “deterioração” parecem indicar dificuldades do grupo em lidar com aspectos inerentes ao seu objeto de trabalho. Esta questão foi recusada pelo grupo, considerada não procedente.
- A expansão do papel profissional é categoria fundamental para a realização das ações propostas pelo S.A.D., o que torna necessária a ampliação de discussões e estudos que subsidiem a construção deste papel profissional ampliado.

“Talvez se tivesse no estatuto do S.A.D., mas às vezes é difícil você estabelecer esses limites e conseguir levar o trabalho à frente porque é preciso se envolver em outras instâncias também, em outras áreas (...) você não consegue só melhorar saúde (...) só com saúde, se você, se você não englobar conhecimentos de economia, social...”

- A missão, objetivo e concepções teóricas que sustentam o S.A.D. precisam ser discutidas e atualizadas sistematicamente e apresentadas aos novos ingressantes.
- O S.A.D. não só evita internações e a utilização de pronto-atendimentos, mas acaba também por suprir internações não absorvidas pelo sistema de saúde.
- O S.A.D. aumenta o acesso e oferece resposta às necessidades da clientela não cobertas por outros serviços do S.U.S., evitando o isolamento e a deterioração das condições físicas e mentais de pacientes com graves restrições na locomoção.
- O oferecimento de acompanhamento multidisciplinar permite aumentar a integralidade das ações e evita o fracionamento da atenção aos usuários pelo S.A.D.

III - Questões relativas aos resultados: avaliação de usuários, cuidadores e profissionais de outros serviços

- Há grande e reconhecida legitimidade do S.A.D. junto aos serviços com os quais opera, junto aos cuidadores e usuários.

III.1 – Especificamente da parte dos profissionais de outros serviços:

- Acredita-se que a expansão da área de abrangência de um único serviço de atendimento domiciliar pode levar à diminuição da qualidade do atendimento.
- Urge expandir o número de serviços de atendimento domiciliar no município, baseado em estudos populacionais.
- O tempo de espera para ingresso de novos usuários é considerado longo.
- Deveria haver maior integração entre o S.A.D. e hospitais para agilizar eventuais utilizações de leitos pelo primeiro.
- Profissionais de outros serviços apontam a necessidade de cobertura em tempo integral do serviço.
- O S.A.D. oferece também retaguarda aos outros serviços.
- Segundo este grupo, o S.A.D. não só evita, mas acaba suprimindo a falta de vagas para internações hospitalares.

III.2 – Especificamente com relação aos cuidadores:

- Para estes, a atenção domiciliar deveria ser estendida a todos os distritos do município de Campinas.
- Os períodos em que o serviço não funciona (feriados, finais-de-semana e durante as noites) geram insegurança aos cuidadores.

- Os cuidadores levantam a necessidade de inserção de outras categorias profissionais: fonoaudiologia, psicologia e algumas especialidades médicas, além de aumento numérico do quadro já existente.
- Os cuidadores manifestam a necessidade de apoio psicológico e de grupos de orientação e discussão a serem a eles destinados pelo S.A.D.
- Com relação aos equipamentos, apontou-se a necessidade de raio-X portátil e de uma ambulância do S.A.D.
- A realização de orientações no local facilitam a aprendizagem e evitam a utilização de produtos e condutas recomendados por leigos.
- A existência deste serviço é percebida como fator determinante não só para a qualidade de vida mas também para garantia da sobrevivência do usuário.

IV - Questões relativas ao Processo: Avaliação do Gerenciamento da equipe, do funcionamento da equipe, dos critérios de alta e inclusão e do papel profissional.

a) Gerenciamento e funcionamento da equipe

- A equipe estrutura sua dinâmica em torno da gestão colegiada e participativa, provendo espaços para a tomada de conhecimento, explicitação de opiniões e discussão sobre o curso dos acontecimentos relativos ao serviço.
- A reunião semanal não é setorizada mas, ao contrário, baseia-se na participação de todos os trabalhadores do serviço em torno de questões de interesse geral, sejam assistenciais ou administrativas.
- No entanto, a despeito destas instâncias democráticas consolidadas, existem temas interditos e ocultos, evidenciados pela referência muito freqüente ao sentimento de “medo” dos integrantes do grupo em realizar determinadas colocações ou mesmo da desistência destes em falar:
 - *“Às vezes, a gente tem tanta vontade de falar o que tá sentindo naquela hora que dá taquicardia...”*
 - *“(...) é melhor eu ficar na minha, cuidar do meu serviço (...)”*
 - *“(...) não sente segurança para colocar o que tá sentindo, o que tem vontade (...)”*
 - *“Mas tá chegando um ponto que eu também to me calando, nem as brincadeiras mais...”*
 - *“(...) porque se a gente começar a não ter medo de nada e começar a blábláblá! A gente acaba com o S.A.D. (...)”*.
- O ideal de grupo está calcado na idéia de uma grande coesão e na pretensão de ser infalível. Dessa forma, os erros e falhas são ligados à perspectiva individual, enquanto os acertos são vistos como conquista coletiva. Os conflitos, divergências e opiniões diversas frequentemente são vistos como ameaças com poder de desintegração do grupo.

- *"A qualidade é de todo mundo, o defeito é único."*
 - *"A gente tem muita dificuldade de errar, a gente, todo mundo."*
 - *"(...) da gente se sentir com medo, que eu acho que todo mundo aqui sente, (...) é dessa perfeição que a gente tem dentro de nós. Então o S.A.D. não pode errar..."*
 - *"(...) a gente tinha essa coisa muito unida, agora não."*
- A missão de projeto piloto estabelecida para o S.A.D. pela prefeitura, impõe grande responsabilidade ao serviço. Neste sentido, parece ter sido assimilado um propósito em acertar, em não cometer erros. Como consequência, ocorre um paradoxo: é um serviço piloto mas que não se permite a análise detalhada e reflexão das experiências difíceis ou conflituosas.
 - O fluxo de comunicação e troca de informações entre os profissionais não está claramente estabelecido ou foi estabelecido de modo artificial.

"A gente não tem via de comunicação, a gente tem um balão, assim, com vários afluentes, na grande maioria das situações (...)"
 - A estruturação atual das reuniões semanais não contempla a necessidade apontada pelos trabalhadores de compartilharem suas realizações, indagações e vivências.

"Praticamente não há espaço. Primeiro em função das discussões de caso, dos informes. Não há tempo hábil (...) ou seja, não há espaço para ter esse tipo de discussão que a gente está tendo hoje aqui."
 - A não-superação de questões e conflitos estimula a reorganização dos integrantes do grupo em torno de seus respectivos núcleos profissionais.

"Então vai ficar a enfermagem com a enfermagem, a reabilitação com a reabilitação, o médico..."
 - Numa modalidade assistencial em que a ampliação do papel profissional e o próprio campo de serviço é estendido, a concentração em torno dos núcleos das categorias profissionais pode comprometer a qualidade da assistência.
 - Grande volume de informação é passado nas reuniões de equipe porém sem tempo e discussão para processá-lo, além do que as pautas não são definidas pelos integrantes do grupo e com antecedência.
 - A responsabilização pela condução da reunião de equipe deveria ser rodiziada entre os integrantes do grupo de modo a permitir a busca e experimentação de diferentes formas de direção dos encontros semanais do grupo. Há ainda carência de espaços para a discussão e reflexão de temas gerais que perpassem a prática cotidiana dos demais integrantes do S.A.D. durante as reuniões de equipe.
 - A inserção da co-coordenação poderia ser aperfeiçoada e enriquecida a partir de uma discussão entre a equipe. A discussão desta função poderia permitir a construção coletiva das atribuições desta "co-coordenação" e a catalização de alguns processos ligados ao gerenciamento do S.A.D., além de evitar a sobreposição de tarefas.

- As ações de reabilitação física poderiam ser potencializadas com a instauração de uma dinâmica de capacitação e supervisão sistemáticas do corpo de auxiliares para a execução de algumas condutas concernentes à fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Isto permitiria replicar as ações de reabilitação junto à clientela e racionalizar a escala de atendimento e transporte, ficando para a assistência direta do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional os casos mais complexos.
- A equipe apresenta grande motivação e envolvimento com os propósitos do serviço e com sua clientela, o que pode ser constatado pela constante reflexão e interlocução em torno de casos e questões de usuários e do serviço. Outro indicador deste envolvimento é a organização de documentos, dos instrumentos de trabalho e a busca de pontualidade do grupo.
- As relações entre profissionais e usuários é respeitosa, paciente e compreensiva. Para garantir a qualidade desta os profissionais procuram promover adequações de modo a garantir relações empáticas.

b) O papel profissional:

- Há expansão do papel tradicional dos profissionais, ocorrendo ações interdisciplinares, oriundas do atendimento realizado fora dos limites institucionais e, sem o apoio efetivo ou virtual de outras equipes e no contexto do usuário.

“(...) a função da gente não é só técnica, porque se a gente fosse pro S.A.D. (...) só com a função técnica, eu acho que a gente não ia conseguir fazer nada, nada, porque tem hora que você tem que mudar todo o técnico e fazer lá do jeito que deu (...)”

- Ações intersetoriais acontecem por causa de carências sociais do usuário identificadas pela equipe.

“(...) adianta você melhorar o orgânico do paciente e a parede caindo em cima?”

- A miséria, relações familiares conflituosas, inadequação dos espaços de atendimento, falta de equipamentos portáteis e adaptados para este tipo de atendimento, somados ao alto índice de violência urbana da cidade funcionam como fator estressogênico para os profissionais.
- A atenção no próprio local de vida do usuário e de modo contínuo, permite o ajuste das orientações dadas pelos profissionais e o acompanhamento dos resultados.

V – Conclusão

O Serviço de Atendimento Domiciliar da Prefeitura Municipal de Campinas vem, há sete anos, desenvolvendo uma tecnologia de assistência cuja necessidade e impacto positivo na sobrevivência e qualidade de vida de pacientes com graves limitações de locomoção é inquestionável, como podemos constatar na literatura sobre o assunto e no percurso avaliativo do serviço em questão.

De modo geral, podemos afirmar que as perspectivas originadas do processo avaliativo apontam para o surgimento de questões inerentes a um processo novo de prestação de assistência. Dessa forma, o aparecimento de indagações relativas ao funcionamento da equipe, ao papel profissional e à própria concepção teórica do serviço indicam a necessidade dos trabalhadores em analisar e compreender o próprio processo de que são parte e condutores e que vem sendo instaurado com o seu pioneirismo.

Não foram encontradas problemas estruturais ou de concepção do serviço aqui analisado. As bases e referencial teórico do serviço são pertinentes e adequadas à sua missão. O maior número de questões giram em torno de questões relativas ao processo de trabalho, questões essas passíveis de superação com os recursos apresentados pelo próprio grupo.

Por isso, faz-se necessário maior espaço para a discussão dos problemas, questões e desafios oriundos da prática, a ser garantido nos espaços coletivos do serviço. A responsabilidade de constituir-se num projeto piloto não deve inibir a reflexão mas, ao contrário, dotar o percurso das ações do serviço de muitas e diversas instâncias de construção e consolidação dos conhecimentos gerados a partir da prática.

A missão de piloto do S.A.D. somente será exercida em sua plenitude se instaurado um processo que aglutine e explicita o conjunto de conhecimentos que vêm sendo gerados – conhecimento este que poderá ser potencializado a partir da problematização das ações e vivências que emanam do cotidiano dos profissionais.

Finalmente, podemos afirmar que o caminho por nós utilizado foi efetivo em gerar compreensão sobre esta nova modalidade assistencial. Por outro lado, sua efetividade em funcionar como um dispositivo disparador de análise, reflexão e mudança poderá ser constatado somente a partir dos desdobramentos deste relatório.

Juarez Pereira Furtado

UNICAMP

BIBLIOTECA CENTRAL

SEÇÃO CIRCULANTE

Anexo 2 – A avaliação como dispositivo: cronograma dos trabalhos de campo

Observação participante	12/02/99 – 1º. acompanhamento 17/08/99 a 04/10/99 – 12 acompanhamentos
Grupo focal com profissionais do SAD	21.09.99
Grupo focal com coordenadores do SAD	07.10.99
Entrevista com profissionais da Aduc/Unimed – Campinas	08/10/99
Validação do modelo teórico e definição das questões da avaliação	28.03.99
Grupo focal com profissionais de outros serviços	18.05.00
Entrevista com coordenador de unidade básica	19.05.00
Entrevista com usuários	01.06.00
Grupo focal com cuidadores	09.06.00
Grupo de trabalho com profissionais do S.A.D.: definição de campo e núcleo do serviço e das categorias profissionais	24.08.00
Grupo de trabalho com profissionais do S.A.D.: O funcionamento e gerenciamento da equipe.	31.08.00
Discussão do documento preliminar: Problemas, questões e reivindicações dos outros grupos de interesse (resultado)	14.09.00
Discussão do documento preliminar: modelo teórico e avaliação da avaliação.	03.10.00
Discussão do documento preliminar: processo	17.10.00