

MAX FELIPE VIANNA GASPARINI

**POR UM GESTO DE LEITURA MATERIALISTA DOS
CONCEITOS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

São Paulo

2024

MAX FELIPE VIANNA GASPARINI

**POR UM GESTO DE LEITURA MATERIALISTA DOS
CONCEITOS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador:

Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

Coorientador:

Prof. Dr. Fábio Ramos Barbosa Filho

São Paulo

2024

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M463pu Vianna Gasparini, Max Felipe.
Por um gesto de leitura materialista dos
conceitos da Avaliação em Saúde no Brasil. / Max
Felipe Vianna Gasparini; Orientador Juarez Pereira
Furtado; Coorientador Fábio Ramos Barbosa Filho. --
Santos, 2024.
127 p. ; 30cm

Tese (Doutorado - Pós-graduação Interdisciplinar em
Ciências da Saúde) -- Instituto de Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2024.

1. Avaliação em Saúde. 2. Saúde Coletiva. 3.
Epistemologia. 4. Discurso. 5. História. I. Furtado,
Juarez Pereira, Orient. II. Título.

CDD 610

MAX FELIPE VIANNA GASPARINI

**POR UM GESTO DE LEITURA MATERIALISTA DOS CONCEITOS DA
AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

PRESIDENTE DA BANCA

Dr. Juarez Pereira Furtado
UNIFESP

BANCA EXAMINADORA

Dra. Cláudia Regina Castellanos Pfeiffer
UNICAMP

Dra. Sylvania Helena Souza da Silva Batista
UNIFESP

Dr. Mauro Serapioni
UFBA

Dr. Luiz Alex Silva Saraiva
UFMG

Aprovada em: 24/06/2024

Agradecimentos

Agradeço minha família pelo incentivo e motivação que foram essenciais para o cumprimento desta jornada. Especialmente a minha mãe Luiza, minha irmã Ana Laura, meu irmão Paulo Henrique e minha tia Lucila. Sem vocês eu não teria tido a força e persistência para seguir em frente. Foram vocês que me ajudaram a passar pela tese em seu momento mais crítico, durante a pandemia de Covid-19, e estar perto de vocês neste momento tão delicado fez toda a diferença.

À minha esposa Laura, minha garota, sem a qual eu sequer teria saído do interior rumo à Santos e ingressado na universidade pública. A ela agradeço a paciência em ouvir minhas inúmeras explicações da tese, em suportar e acolher meus momentos de tristeza, mau humor, desmotivação e as crises que foram determinantes para meu crescimento. Mas também pelos prazeres dos artigos publicados, da satisfação com a devolutiva elogiosa dos orientadores e dos inúmeros cafés compartilhados na sala. Obrigado por passar por esta jornada comigo durante os primeiros anos de nosso casamento e chegar até o final mais fortes do que antes.

Ao meu orientador, Juarez, que tanto admiro, sem dúvida a pessoa mais importante em minha trajetória como pesquisador, responsável por me conduzir pelos caminhos da academia e por despertar em mim, desde a graduação, o estímulo e o prazer pela Ciência. Agradeço ainda pela paciência, carinho e ao mesmo tempo rigor e seriedade com que me orientou ao longo de mais de uma década. Ao professor Juarez serei sempre grato por todas as oportunidades abertas e pelo ensinamento de que a universidade pública requer ética e o conhecimento requer dedicação.

Agradeço aos colegas do Laboratório de Estudos e Avaliação em Saúde que compartilharam de perto a produção da tese, em especial Wagner, Alcides e Aline. Agradeço também aos meus queridos Fernando, Ana Flávia e Thiago por estarem sempre perto e com uma palavra de incentivo e carinho sempre à disposição, e com os quais tenho celebrado a vida desde a graduação.

Agradeço ao coorientador Fábio Barbosa pela generosidade em nos acolher em seu grupo e compartilhar conosco seus saberes sempre de maneira leve, mas ao mesmo tempo rigorosa. Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo financiamento institucional da pesquisa via Bolsa.

Dedicatória

Este trabalho é dedicado à memória de Benedito Gasparini, meu querido pai, para sempre meu maior exemplo de honestidade, simplicidade e amor, e que com certeza estaria orgulhoso de ver até onde pude chegar.

E à sua irmã e minha querida tia, Maria Gasparini, símbolo de ternura, amor e afeto, e que acompanhou e incentivou com entusiasmo meus primeiros passos na vida acadêmica.

RESUMO

A Avaliação em Saúde no Brasil, mais especificamente no âmbito da Saúde Coletiva, tem se constituído enquanto uma prática social que se busca científica a partir de formulações conceituais que operam em e a partir de discursividades específicas. Os conceitos em operação no seu discurso são constructos historicamente determinados, cujos efeitos de sentido constituem as bases que regulam aquilo que é possível e aceitável na prática dita sistemática da avaliação. Partindo de um gesto de leitura materialista e estabelecendo uma questão inicial de investigação acerca da discursividade dos conceitos da Avaliação em Saúde no Brasil, esta tese tem como objetivo contribuir para uma apreensão crítica deste subespaço da Saúde Coletiva, compreendendo o funcionamento ideológico de sua enunciação. Para tanto, direcionamos nosso gesto de leitura materialista em quatro direções: primeiro, à forma como a história da avaliação é contada por meio da sucessão de abordagens e normas, e que constituem uma compreensão não histórica de seu desenvolvimento; segundo, para um período histórico específico, definido em função de acontecimentos já mapeados e registrados que nos parecem fornecer pistas nas quais podemos seguir para compreender aspectos da discursividade da Avaliação em Saúde no Brasil, buscando analisar suas determinações; terceiro, na análise da relação da avaliação com indicadores sociais, dada a força de evidencia com a qual os indicadores se impõem como natural na produção científica da área; e quarto, abordando o conceito de qualidade de Avedis Donabedian a partir das determinações históricas que marcaram o contexto de publicação de sua obra seminal. Compreender a formação do discurso conceitual em torno da prática social da Avaliação em Saúde Coletiva no Brasil e, assim, compreender o funcionamento ideológico de sua enunciação, buscando contribuir para que a Avaliação em Saúde não seja instrumentalizada ideologicamente, constitui a mais modesta contribuição desta tese.

Palavras-chaves: Avaliação em Saúde; Saúde Coletiva; Epistemologia; Discurso; História.

ABSTRACT

Health Evaluation in Brazil, more specifically in the field of Collective Health, has been constituted as a social practice that seeks to be scientific based on conceptual formulations that operate in and from specific discourses. The concepts at work in its discourse are historically determined constructs, whose effects of meaning constitute the bases that regulate what is possible and acceptable in the so-called systematic practice of evaluation. Starting from a materialist reading gesture and establishing an initial research question about the discursiveness of Health Evaluation concepts in Brazil, this thesis aims to contribute to a critical apprehension of this subspace of Collective Health, understanding the ideological functioning of its enunciation. To this end, we directed our materialist reading gesture in four directions: firstly, to the way in which the history of evaluation is told through the succession of approaches and norms, which constitute a non-historical understanding of its development; secondly, to a specific historical period, defined according to events that have already been mapped and recorded, which seem to us to provide clues that we can follow in order to understand aspects of the discursiveness of Health Evaluation in Brazil ; thirdly, by analysing the relationship between evaluation and social indicators, given the force of evidence with which indicators impose themselves as natural in scientific production in the area; and fourthly, by approaching Avedis Donabedian's concept of quality based on the historical determinations that marked the context in which his seminal work was published. Understanding the formation of the conceptual discourse around the social practice of Collective Health Evaluation in Brazil and thus understanding the ideological functioning of its enunciation, seeking to contribute to ensuring that Health Evaluation is not ideologically instrumentalised is the most modest contribution of this thesis.

Keywords: Health Evaluation; Collective Health; Epistemology; Discourse; History.

Sumário

Apresentação	11
Capítulo 1- Por um gesto de leitura materialista do discurso da Avaliação em Saúde: abordagens e padrões.....	14
1.1. Articulação entre a análise de discurso e a epistemologia histórica.....	16
1.2. Limites para uma compreensão crítica da avaliação: questões do discurso e dos conceitos na discursividade normatizada da avaliação de programas	21
1.3. O problema dos inventários de abordagens e padrões em torno da avaliação: cronologias e disputas entre profissionais e associações reguladoras da avaliação....	26
Capítulo 2 - A experiência do REFORSUS na conjuntura discursiva do final da década de 1980 e década de 1990.....	34
2.1. Condições de possibilidades e conjuntura discursiva estabilizada sobre Avaliação em Saúde no Brasil	35
2.2. O REFORSUS e os sentidos mobilizados para Avaliação em Saúde: relações de sentido entre gerencialismo e eficiência	43
2.3. Normatividade da avaliação no REFORSUS	48
2.4. Síntese da análise de conjuntura discursiva da Avaliação em Saúde	49
Capítulo 3 - Desenvolvimentismo e Empirismo: formações discursivas de possibilidade do sentido de indicadores sociais em avaliação.....	54
3.1. Indicadores sociais: condições históricas de produção de sentido	54
3.2. Desenvolvimento como condição de possibilidade do conceito de indicadores sociais.....	59
3.3. Indicadores e empirismo.....	69
3.4. Sentidos do discurso sobre indicadores nas práticas avaliativas	76
Capítulo 4 - Relações de sentido acerca do conceito de qualidade no modelo de avaliação de Avedis Donabedian.....	87
4.1. Abordagem teórica para análise do conceito: do reconhecimento ideológico ao conhecimento teórico	90

4.2. A análise dos conceitos na epistemologia histórica.....	93
4.3. Donabedian e a avaliação da qualidade	96
4.3.1 Atravessamentos de sentido do sujeito e sua posição.....	96
4.3.2. (in) definição de qualidade: acontecimento que ancora os sentidos do esforço em torno da conceitualização de qualidade	101
4.3.3 Qualidade para além, mas ainda em relação sinonímica com eficácia.....	106
4.4. Pontos de chegada acerca da produção seminal de Donabedian	112
5. Por um gesto de leitura materialista para Avaliação em Saúde: implicações de uma tomada de posição crítica	116
Referências bibliográficas	119

Apresentação

Este estudo encontra suas condições de possibilidade a partir de questões e preocupações do grupo de pesquisadores e avaliadores do Laboratório de Estudos e Avaliação em Saúde (Aval-Lab), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), ao longo de anos de atuação com o tema da avaliação. No decorrer desta trajetória, vários esforços de análise sobre a própria Avaliação em Saúde como área de formulações e práticas foram empreendidos, a partir de diferentes perspectivas. Podemos citar a compreensão da avaliação enquanto dispositivo de mudanças institucionais a partir de abordagem construtivista, a abordagem sociológica das dinâmicas sociais e de poder envolvidas na emergência da Avaliação em Saúde no Brasil e a análise sobre os fundamentos filosóficos e epistemológicos que embasam a prática de avaliação. Trata-se também de área em que estamos implicados enquanto práticos por meio da condução de avaliações de programas e serviços no interior do Sistema Único de Saúde – o SUS.

Se, por um lado, esta pesquisa emerge a partir do lastro institucional e influência dos trabalhos do professor Juarez Furtado, coordenador e principal formulador de questões e indagações acerca da Avaliação em Saúde do Aval-Lab, por outro ela também se constitui do encontro entre tal estímulo com inquietações que pude acumular ao longo de uma trajetória de pesquisa e atuação profissional com o tema da Avaliação em Saúde, de forma específica, e com avaliação de programas e projetos sociais, de forma mais geral. Das convidativas e estimulantes provocações que o professor Juarez nos ofertava, emergiu nossa questão de abordar a Avaliação em Saúde, nosso objeto de estudo e campo profissional, a partir de categorias teóricas de uma teoria social crítica preocupada com os sentidos epistemológicos (e filosóficos) de nossa prática e suas implicações científicas, políticas e ideológicas. É dessa forma que definimos como grande questão de pesquisa o funcionamento discursivo dos conceitos mobilizados pela prática social da avaliação, a fim de compreender os efeitos de sentidos que tais conceitos produzem a partir de formulações científicas.

A medida em que tal questão mais ampla de pesquisa se definiu com mais clareza os caminhos para empreender este estudo e materializar seus resultados se mostraram sinuosos e dinâmicos. É dessa forma que a partir do guarda-chuva da Epistemologia Histórica, da Análise de Discurso e de uma filosofia materialista fomos definindo questões e objetos de pesquisa no âmbito das práticas e formulações conceituais da

Avaliação em Saúde, direcionando nossa análise para objetos e questões específicas, distribuídos nos quatro capítulos componentes da tese. No capítulo um, direcionamos nosso gesto de leitura para os inventários que delimitam abordagens metodológicas e normas para prática da avaliação, questionando e buscando desnaturalizar a forma como a avaliação é compreendida de forma idealista e não histórica. Este capítulo também tem a função de apresentar nosso gesto de leitura, constituindo-se enquanto um capítulo de introdução a nosso referencial teórico. No capítulo dois, delimitamos um contexto histórico específico de produção de sentidos para a prática da Avaliação em Saúde no Brasil, mas especificamente a experiência do REFORSUS e suas relações com a conjuntura discursiva de modernização do Estado brasileiro. O capítulo três é dedicado à análise dos sentidos em torno do emprego de indicadores sociais na Avaliação em Saúde e suas relações com o discurso empirista e desenvolvimentista, que emergiram durante a análise da conjuntura histórica. Neste capítulo também nos debruçamos em um documento científico que reúne artigos sobre Avaliação em Saúde, buscando analisar a forma como os indicadores são significados a partir de seus enunciados. No capítulo quatro miramos nossa análise para os efeitos de sentido do conceito de qualidade na produção seminal de Avedis Donabedian, autor cuja obra é reconhecidamente influente para as práticas e formulações da Avaliação em Saúde no Brasil.

Tais objetos e questões de pesquisa que buscamos nos debruçar não necessariamente seguiram esta mesma ordem cronológica em nosso esforço de pesquisa, mas são apresentadas nesta sequência ao longo dos quatro capítulos principais por uma escolha que busca facilitar a compressão de nossos esforços como um todo, partindo de objetos e questões mais amplas, no caso o questionamento da forma como a história da avaliação é compreendida de forma cronológica e classificatória, passando pela análise de contexto histórico específico tido por nós como produtor de sentidos importantes de serem compreendidos, até se deter na análise específica de conceitos centrais para a prática da Avaliação em Saúde, os indicadores sociais e a qualidade.

Como dito, no primeiro capítulo iremos apresentar de forma geral nosso aporte teórico metodológico e sua articulação para abordar nossa questão de pesquisa, mas tais referenciais serão retomados e aprofundados na medida em que forem articulados às análises ao longo dos temas dos capítulos seguintes da tese. Dessa forma, optou-se por uma estruturação da tese que não delimita um capítulo estritamente teórico-metodológico, seguido por capítulos e sessões analíticas e considerações finais; isso porque a produção

da tese se deu a partir da definição contínua de problemáticas que foram sendo identificadas à medida em que elaborávamos nossa trajetória investigativa e de questões de pesquisa, o que também nos provocava a mobilizar nosso referencial teórico de forma articulada a cada questão. Por essa razão, cada capítulo apresenta relativa independência em termos de circunscrição ao objeto e questão de análise, bem como a articulação dos referenciais teóricos mobilizados. De certa forma, a montagem da tese adquiriu sua própria história, com dinâmica própria, não linear, com questões e temas que emergiam, eram tratados e postos em suspensão, depois retomados novamente e debatidos, enquanto outras questões eram identificadas e abordadas a partir da incorporação cada vez mais madura dos referenciais teóricos. Essa história dinâmica, inclusive, está concretamente registrada no fato de que o texto desta tese, escrito, lido e relido – inclusive por pares - ao longo de três anos e meio, foi redigido em diferentes cidades e mesmo países, assumindo que a história se faz a partir de fluxos e relações dialéticas; nem mesmo a produção de uma tese de doutorado escapa dos caminhos da História, por mais que se busque dotá-la, às vezes a todo custo, de uma linearidade demasiada artificial.

Creemos que o resultado desta jornada constitui uma contribuição para a compreensão da Avaliação em Saúde enquanto prática social inserida e determinada pelas conjunturas ideológicas de uma sociedade de classes, sendo necessário desnaturalizar os efeitos de verdade absoluta do discurso em torno de seus conceitos. A partir de nosso gesto de leitura materialista, cremos ainda ser possível abordar outros enunciados da avaliação, de forma a compreender o funcionamento ideológico dos conceitos mobilizados por este subespaço da Saúde Coletiva e suas implicações para a manutenção das relações capitalistas de poder nos diversos espaços institucionais onde a Avaliação em Saúde é praticada.

Capítulo 1

Por um gesto de leitura materialista do discurso da Avaliação em Saúde: abordagens e padrões

A Avaliação em Saúde, que no Brasil se desenvolveu no âmbito da Saúde Coletiva (Furtado e Vieira da Silva, 2014), tem se constituído enquanto uma prática social que se busca científica em torno de formulações conceituais e abordagens que operam em e a partir de discursividades específicas. Tal como ocorre na avaliação de programas sociais e políticas públicas de forma geral (Serapioni, 2016), a diversidade de abordagens é tamanha que tem ocupado autores que se dedicam à compreensão histórica da Avaliação em Saúde em um contínuo e inesgotável processo de classificação, inventariado e delimitações de aproximações e distanciamentos de várias abordagens, mais ou menos associadas a demandas do setor Saúde, métodos científicos priorizados para atribuir causalidade ou contribuição das iniciativas em relação aos resultados observados, aspectos organizacionais de serviços, valores sociais vigentes em diferentes contextos e atributos que constituem boas práticas em Saúde, como qualidade, eficiência, efetividade e eficácia (Furtado, 2006; Novaes, 2000; Silva e Formigli, 1994; Vieira da Silva e Furtado, 2020; Hartz e Vieira da Silva, 2005; Vieira da Silva, 2014). Um jovem avaliador em Saúde que começasse hoje sua trajetória profissional ou acadêmica nesta área certamente teria à disposição amplo leque de diretrizes, *guidelines*, métodos e enfoques mais adequados às suas pretensões e escolhas.

Verifica-se que, a despeito de tal esforço e no que pese a importância de tais inventários para orientação das práticas, análises que tomam o desenvolvimento histórico da avaliação a partir de explícito referencial teórico são ainda raras, sendo convencional o recurso a tipologias – sob uma racionalidade cronológica ou normativa – enquanto forma de tomar a avaliação a partir de sua historicidade. Algumas exceções, como o trabalho de Furtado e Vieira da Silva (2014), que aplicaram a abordagem sociológica de Pierre Bourdieu para análise sócio-histórica da Avaliação em Saúde a partir da trajetória de agentes detentores de diferentes capitais, buscam romper com a lógica cronológica ou o recurso a revisões sistemáticas para analisar o desenvolvimento histórico da avaliação. Mas, diferentemente da tradição existente na própria Saúde Coletiva brasileira, cujo emprego de teoria crítica para análise histórica de seus objetos constitui verdadeira tradição (Paim, 2008; Arouca, 2003; Merhy, 2014; Donnangelo, 1976; Nunes, 1994;

Marques et al.; 2018; Mendes e Carnut, 2020), a avaliação ainda é pouco analisada a partir deste enfoque.

No primeiro capítulo desta tese partimos de um estranhamento das posições hegemônicas da Avaliação em Saúde em torno de suas práticas e conceitos mobilizados, cujos sentidos são tidos como transparentes, se apresentando enquanto verdade a partir de enunciados que produzem um reconhecimento com efeito de evidência, e, por isso, ideológico¹ (Althusser, 2009). Tais posições compreendem o desenvolvimento da avaliação enquanto a progressão de abordagens metodológicas, enfoques privilegiados por avaliadores, cronologias geracionais de autores ou modelos que se sucedem em uma lógica linear de superação de abordagens anteriores, gerando uma profusão de classificações com pretensões teóricas e metodológicas para a prática da avaliação. Além disso, a avaliação tem sido caracterizada a partir da imposição de padrões e critérios que regulam o que seriam avaliações mais ou menos adequadas, normatizando condutas tanto para as avaliações quanto para as meta-avaliações, ou avaliações das avaliações.

O capítulo que abre esta tese tem como objetivo introduzir um gesto de leitura materialista, ou seja, uma forma de análise que considera a construção de conhecimento enquanto processo histórico de produção, propondo que a própria história e função social da avaliação seja abordada a partir das relações dialéticas e materiais que estabelece em seu processo de produção com base em determinações estruturais. Tal gesto se ampara na teoria da Análise de Discurso elaborada por Michel Pêcheux e na Epistemologia Histórica de Georges Canguilhem, além das formulações da filosofia materialista proposta pelo filósofo marxista Louis Althusser. A combinação destas abordagens teóricas nos parece oferecer caminhos para análise dos sentidos da Avaliação em Saúde na direção de uma reflexividade crítica que, em última instância, sirva ao objetivo de questionar relações materiais cujos sentidos são ideologicamente constituídos e produtores de assimetrias de

¹ Entendemos a ideologia a partir da obra do filósofo franco-argelino Louis Althusser (1918-1990), que a compreende enquanto a mediação simbólica entre indivíduos interpelados enquanto sujeitos e o real, funcionando enquanto um repositório de significados. Em Althusser (1999) o conceito de ideologia não é associado a uma forma negativa de encobrimento do real, ou como mecanismo de alienação; é, antes, compreendido como uma forma de funcionamento do sujeito, uma maneira de se relacionar com o real. No livro “Sobre a Reprodução”, Althusser apresenta sua tese central sobre a estrutura e o funcionamento da ideologia a partir da seguinte tópica: “[...] a ideologia é uma representação imaginária da relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência.” (1999, p.203).

poder, a partir da reprodução de conceitos que respondem a um determinado modelo hegemônico de sociedade.

A análise empregada ao longo desta tese, neste e nos capítulos que se sucedem, se dá pela associação entre o problema, o objeto e o método empregado, e tal articulação têm se apresentado a nós como um processo de experimentação analítica que, ao mesmo tempo que busca aplicar uma lente teórica a um objeto determinado, produz suas questões no decurso da investigação. Do ponto de vista da Análise do Discurso (doravante AD), compreende-se que as questões de investigação ou as questões do discurso emergem em ato, durante o processo analítico, razão pela qual não se compreende a AD enquanto uma metodologia, de forma que novos caminhos, relações e contradições vão emergindo sem necessariamente ter um ponto específico de partida e um ponto de chegada. Isso equivale afirmar que o que entendemos como o problema a ser analisado neste estudo emerge justamente do aporte teórico aplicado sobre nosso objeto, buscando escapar da armadilha empirista (Althusser, 2009). Ou seja: o problema dos inventários normativos – objeto deste primeiro capítulo – para a compreensão dos sentidos da Avaliação em Saúde emerge como tal somente em função da lente teórica que estabelecemos para compreender nosso próprio campo de atuação e elaborações, a AD, a Epistemologia Histórica e a filosofia materialista.

Partindo da abordagem da AD, constituímos um arquivo - entendido aqui enquanto um conjunto de relações de sentido que se dão a partir de suportes formais, como os do tipo textual, e não o conteúdo dos documentos em si mesmo (Barbosa Filho, 2022) - formado por artigos, livros, teses, manuais orientativos para a prática e documentos de diretrizes profissionais da avaliação de programas. Tal conjunto é assumido neste capítulo como referências, constituindo visão que tem se mostrado hegemônica para explicar o desenvolvimento da avaliação de programas e para orientação tida como adequada da prática. A partir disso, estabelecemos uma relação de entrechoque entre esta discursividade e nossa lente teórica, propondo um gesto de leitura que oriente futuras interpretações de sentido do discurso conceitual da avaliação e, mais especificamente, da Avaliação em Saúde.

1.1. Articulação entre a Análise de Discurso e a Epistemologia Histórica

Neste tópico apresentamos os contornos de nosso referencial teórico e a forma pela qual os articulamos em torno de nosso objeto, buscando associar suas contribuições

para o que chamaremos de um gesto de leitura materialista. Este estudo parte da abordagem teórica da AD, formulada por Michel Pêcheux nos anos 1960, por meio da mobilização de três grandes campos disciplinares: a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise (Pêcheux, 2015). Estas três ciências permitiram lidar, de maneira articulada, com o pressuposto da não transparência da linguagem em relação aos seus significados (Linguística), com o enredamento dos sentidos do discurso pela História, igualmente não transparente (Marxismo) e com o fato do sujeito não ter plena consciência dos modos como ele próprio é afetado pela linguagem e pela história, atuando a partir do inconsciente em sua relação simbólica com o real, a partir da ideologia (Psicanálise).

O conceito de interdiscurso proposto pela AD é uma chave conceitual importante e corresponde às formulações de sentido historicamente determinadas e que passam por um processo de esquecimento ao ser operacionalizada no discurso. O interdiscurso delimita, segundo Pêcheux, “*a premissa teórica de que o não-afirmado precede e domina o afirmado*” (Ibid., 2015), o que equivale afirmar que a materialidade discursiva é anterior e externa ao sujeito do discurso (Ibid., 2015).

Os processos de esquecimento operacionalizados no discurso e que determinam a primazia do interdiscurso são de duas ordens: o esquecimento da enunciação, que estabelece uma relação tida como natural entre o pensamento, a linguagem e o mundo, levando a pensar que aquilo que dizemos só poderia ser dito daquela maneira; e o esquecimento ideológico, que corresponde à forma como somos afetados pela ideologia, pela ilusão de sermos a fonte original daquilo que é dito, quando estamos mobilizando um conjunto de sentidos que se constituem a partir das condições de produções existentes, inscritos em uma construção histórica de sentidos (Maldidier, 2017). Compreendemos que os conceitos de Avaliação em Saúde variam em seus sentidos a partir das posições sustentadas pelos autores da área, adquirindo perspectivas segundo as formações ideológicas nas quais se inscrevem. A luta ideológica se dá no campo da linguagem, em um processo de disputa de sentidos e busca por imposição de uma normatividade, ou sentidos que se tornam estáveis e evidentes a partir das relações de força e disputas discursivas (Sancho, Pfeiffer e Correa, 2019).

Por meio da AD buscaremos abordar a normatividade que define parâmetros tidos como mais adequados, ou regras e orientações para a prática, no interior das relações sentido da prática social da avaliação. Tomando a normatividade enquanto discursividade

e buscamos compreender como os conceitos da Avaliação em Saúde adquirem sentidos, constituindo-se como objetos sócio-históricos marcados por disputas e tensões (Narzetti, 2018).

A discursividade é a inscrição dos efeitos linguísticos materiais na história; a forma como a língua, como sistema sintático, passível de equívocos, falhas e contradições, se inscreve na materialidade histórica (Maldidier, 2017). Do ponto de vista da discursividade, é preciso partir da concepção de que sujeito e sentido não podem ser tratados como já existentes em si, a *priori*; ou seja, o sujeito não é empírico (Pêcheux, 2015). Isso significa compreender o funcionamento discursivo dos conceitos que produzem normatividade para a avaliação a partir de uma determinada posição-sujeito geral (Ibid., 2015). Não se trata, por isso, de desvendar possíveis intencionalidades deste sujeito geral – em nosso caso - em sua produção discursiva acerca dos conceitos da avaliação, pois o modo como este sujeito se constitui se dá por meio do inconsciente e da ideologia (Ibid., 2015). Ou seja, o sujeito se produz entre diferentes emaranhados de discursos, definindo-se em função de uma determinada formação discursiva. Esta formação discursiva é aquilo que determina o que pode e deve ser dito a partir de uma certa posição em uma dada conjuntura, e da dinâmica em torno das correlações de forças estabelecidas. O discurso, por isso, é o efeito de sentido de uma materialidade ideológica entre locutores em um contexto histórico dinâmico, não mero conteúdo ou valor (Ibid., 2015).

Desta forma, o contexto que produz sentido à conjuntura discursiva por nós selecionado serão abordados enquanto acontecimento discursivo, este entendido por Pêcheux como “*ponto de encontro de uma atualidade e uma memória*” (Ibid., 2015). Por meio do modo de funcionamento da memória no acontecimento discursivo, aqueles sentidos produzidos repetem e deslocam o que já foi dito, produzindo uma projeção e um retorno dos processos discursivos sobre si mesmos, reconfigurando e desestabilizando as séries de repetição, dando lugar a novas interpretações (Ibid., 2015).

Assim, a partir do aporte teórico da AD estabeleceremos um estranhamento dos enunciados acerca do desenvolvimento histórico da avaliação, que têm sido naturalizados ao longo da produção teórica que busca contar a história da avaliação, conformando o que chamaremos de um gesto de leitura materialista. Partiremos, em um primeiro momento, da interlocução com um discurso estabilizado sobre o desenvolvimento da Avaliação em

Saúde no Brasil, e, a partir daí, buscaremos compreender suas condições de produção, inscritas em uma formação ideológica específica, que serão apresentadas nos próximos capítulos. Além de estabelecer o discurso enquanto *lócus* para nossa acessar nosso objeto de análise, este estudo também compreende o lugar central que os conceitos adquirem nas práticas sociais tidas como científicas, como é o caso da Avaliação em Saúde, razão pela qual nos aproximamos e lançamos mão de referencial teórico que delimita os conceitos enquanto ponto de partida para a análise crítica dos enunciados científicos: a Epistemologia Histórica.

Como afirmou Sérgio Arouca em “O dilema preventivista” (Arouca, 2003), obra na qual o autor se ancora em Canguilhem para produzir uma das mais influentes bases teórico-conceituais críticas do campo da Saúde Coletiva, o aporte de uma epistemologia histórica das ciências opera enquanto um dispositivo capaz de delimitar o ideológico nas práticas sociais, favorecendo assim uma prática teórica capaz de oferecer novos instrumentais analíticos para as práticas em Saúde (Ayres, 2016), como é o caso da prática da avaliação.

Compreendemos, a partir da Epistemologia Histórica, que a história de uma determinada disciplina científica - e aqui assumimos a avaliação como uma disciplina científica, ou um saber com pretensões científica - (Narzetti, 2018), se dá a partir da compreensão do contexto conceitual e dos objetivos em torno deste e que compõem seus efeitos de sentido, ou seja: não nos parece suficiente para estudo que busca compreender os sentidos do discurso da avaliação partirmos de uma conceitualização ampla e genérica, tal como aquela que diz que a avaliação é uma prática sistemática que utiliza abordagens científicas para determinar o mérito e valor por meio do julgamento de uma intervenção social. Tal concepção amplamente aceita e replicada alhures em diversas referências sobre o tema nos parece mais provocar questionamentos – ou mesmo apagamentos de sentido - do que esclarecer pressupostos.

Tomar um objeto de investigação enquanto discurso, como vimos, significa compreender que a realidade material de um determinado objeto em um dado contexto histórico não se apresenta enquanto um fenômeno explicitamente visível e disponível ao olhar de um investigador (Pêcheux, 1994). Tomar o objeto de investigação a partir de sua discursividade, em nosso caso, sua discursividade textual em torno de enunciados científicos, significa a proposição de uma forma específica de ler, ver e ouvir, e, mais do

que isso, uma forma específica de produzir um conhecimento a partir dos enunciados que constituem relações de sentido.

Não se trata, portanto, de coletar dados dispostos na realidade como frutos já amadurecidos em uma plantação (como a própria palavra “coleta”, tomada como metáfora, pode sugerir), o que equivaleria à defesa de uma posição epistemológica empirista, que aparta sujeito conhecedor do objeto a ser conhecido. Nossa postura nesta investigação, ou nosso gesto de leitura em relação àquilo que produz efeitos de sentidos do discurso que queremos investigar pressupõe que ao abordar o discurso estamos imersos em um processo de produção mais amplo, determinado, em última instância, por uma estrutura produtiva específica no âmbito da sociedade de classes e suas disputas (Althusser, 1980).

Dessa forma, o emprego da Epistemologia Histórica em articulação com o referencial da AD nos orienta a abordar os enunciados científicos a partir dos conceitos que sustentam suas práticas, compreendendo que os conceitos são “células de conhecimento”, como cunhou Bachelard - *cellules de savoir* (Peña-Guzmán, 2020), e que constituem a ligação entre os enunciados universais, ou teorias, e a materialidade histórica que possibilita aos cientistas formularem, designarem e constituírem os objetos que compõem a realidade. Por meio de uma filosofia da ciência que se estabelece contrária à teoria do conhecimento, a Epistemologia Histórica francesa constitui o discurso científico - entendido como conceitos em ação sob regras - como o seu objeto ou, mais apropriadamente, a história deste discurso e conseqüentemente a sua historicidade (Narzetti, 2018). Mais especificamente, nos referendamos nos pressupostos sobre a história das ciências proposta por Canguilhem (2012), para o qual não há ciência sem conceitos, e os conceitos são historicamente determinados. Ou seja, um conceito não existe desde sempre, de forma imutável, mas emerge a partir de condições específicas e é reformulado, corrigido, refinado, ampliado, abandonado; poderíamos mesmo afirmar que os conceitos são historicamente disputados. Além disso, os conceitos estão imersos em relações com outros conceitos que lhe conferem sentido, de forma que o pesquisador precisa reconstituir a síntese na qual o conceito está inserido (Narzetti, 2018).

O conceito deve ser ainda compreendido a partir de sua relação com uma problemática, uma vez que definir um conceito é também definir um problema, torná-lo evidente: é na relação entre problema e conceito que se encontra a condição de

possibilidade de busca da cientificidade, razão pela qual os problemas aos quais um conceito foi chamado a responder é o que melhor pode dar corpo a seus sentidos (Ibid., 2018).

Considerando que os conceitos designam, constituem, formulam e definem questões cruciais de uma área, tornando alguns problemas passíveis de abordagem pelo pensamento e outros mesmo impensáveis (Canguilhem, 2020), e levando-se em conta a pluralidade que marca as práticas da Avaliação em Saúde, reconhecemos a abordagem dos conceitos e sua função privilegiada na composição de uma área científica enquanto forma de viabilizar a compreensão das determinações discursivas que definem as problemáticas conceituais da Avaliação em Saúde. É a partir, portanto, desta articulação entre os referenciais teóricos que podemos abordar nosso objeto de pesquisa e estabelecer nossa problemática.

1.2. Limites para uma compreensão crítica da avaliação: questões do discurso e dos conceitos na discursividade normatizada da avaliação de programas

Nas formulações da avaliação de programas tradicional, termo que usamos para designar as produções advindas, sobretudo, do contexto estadunidense ao longo do século XX, e que formaram as bases para a Avaliação em Saúde no interior da Saúde Coletiva brasileira (Furtado e Vieira-da-silva, 2014), a prática genérica da avaliação adquire seus sentidos à medida em que emergem as diferentes abordagens e os problemas a elas relacionados, historicamente determinados, sempre estabelecendo uma relação de dependência de sentido com aquilo que melhor qualifica o foco, escopo ou objeto da avaliação. No entanto, tal relação, entre abordagens específicas e os problemas que subjazem sua emergência não aparece de forma explícita nos enunciados, cabendo ao analista tentar remontar estes contextos a partir dos enunciados que constituem seus sentidos. Em outras palavras, as abordagens propostas para avaliação e sua normatividade nos indicam os problemas aos quais os conceitos associados à avaliação foram mobilizados a responder, e não o contrário, e tal funcionamento não está explícito, mas é antes apagado na discursividade que confere linearidade e objetividade para o desenvolvimento da avaliação em torno de modelos e normas, e não conceitos em funcionamento.

O que propomos neste capítulo é partir de uma posição de leitura que questiona a relação dada entre sujeito e objeto (Althusser, 1980), ou entre os chamados teóricos da

avaliação (Guba e Lincoln, 2011; Alkin, 2004; Shadish, Cook e Leviton, 1995) e as concepções sistematizadas acerca das abordagens praticadas e normas estabelecidas, implicando assim em um gesto de leitura materialista (Pêcheux, 2014). Ao questionarmos o objeto deste discurso, as abordagens e normas de avaliação e seu desenvolvimento a partir do acúmulo de produções que se sucedem de forma linear e progressiva, compreendemos a relação entre discurso e objeto, e não mais entre sujeito e objeto (Ibid., 2014).

É preciso, neste ponto, reconhecer o desafio intelectual de tal tomada de posição de leitura materialista na medida em que o sujeito que analisa mantém uma relação intrínseca com seu objeto, no caso, o analista de discurso ser também um avaliador de programas (e isso se aplica tanto para os autores dos textos que compõem nosso arquivo quanto ao pesquisador autor desta tese). Talvez esse fator tenha sido pouco refletido nas produções acerca do desenvolvimento da avaliação, o que é compreensível, dado que a posição idealista de investigação se caracteriza enquanto uma forma de funcionamento espontâneo da forma-sujeito, onde a relação entre sujeitos do conhecimento e objeto são tidas como naturais. Tal funcionamento leva à ilusão empirista de que os sujeitos são produtos de suas próprias concepções, logo, as abordagens em avaliação seriam concepções oriundas do trabalho de sujeitos, não determinados historicamente por formações discursivas específicas (Althusser, 2015).

As leituras sobre avaliação por nós analisadas e que compõem a montagem de nosso arquivo (Barbosa Filho, 2022) parecem incidir na definição de objetos já concebidos no arcabouço de suas próprias concepções e teorias explicativas, em um movimento endógeno, idealista. A esse respeito, é em Pêcheux (2014) que encontramos a explicação deste funcionamento da ideologia, na reprodução do chamado *feito-sujeito*, e que auxilia na compreensão do problema em torno dos inventários e na ilusão idealista do sujeito como fonte do conhecimento, no seguinte trecho de “Semântica e Discurso”:

[...] o funcionamento da Ideologia em geral como interpelação dos indivíduos em sujeitos (e, especificamente, em sujeitos de seu discurso) se realiza através do complexo das formações ideológicas (e, especificamente, através do interdiscurso intrincado nesse complexo) e fornece “a cada sujeito” sua “realidade”, enquanto sistema de evidências e de significações percebidas - aceitas – experimentadas. Ao dizer que o EGO, isto é, o imaginário no sujeito (lá onde se constitui para o sujeito a relação imaginária com a realidade), não pode reconhecer sua subordinação, seu assujeitamento ao *Outro*, ou ao *Sujeito*, já que essa subordinação-assujeitamento se realiza precisamente no sujeito *sob a forma da autonomia*, não estamos, pois, fazendo apelo a nenhuma transcendência (um *Outro* ou ao *Sujeito reais*); estamos simplesmente,

retomando a designação que Lacan e Althusser - cada um a seu modo – deram (adotando deliberadamente as formas travestidas e fantasmagóricas inerentes à subjetividade) do processo natural e sócio-histórico pelo qual se constitui-reproduz o efeito-sujeito como *interior* sem *exterior*, e *isso pela determinação do real (exterior)*, especificamente – acrescentaremos - *do interdiscurso como real (exterior)* (Pêcheux, 2014, p. 149-150)

Mas cumpre neste momento dar mais contornos ao que vimos chamando de um gesto de leitura materialista sobre as abordagens de avaliação de programas, foco central deste capítulo. Em suas notas introdutórias do livro “Ler o capital”, Althusser (1980) se dedica a explicitar ao leitor qual a forma que irá se relacionar com a obra máxima de Marx, ou qual o tipo de leitura irá empreender. Althusser esclarece que seu gesto de leitura se dá a partir da lente da filosofia materialista, empregando o mesmo “veneno” que Marx aplica a seu objeto na referida obra. Assim, diferentemente de uma leitura a partir da Economia, por exemplo, que buscaria em “O Capital” analisar e associar elementos internos da desta disciplina, ou mesmo a leitura a partir da perspectiva da disciplina da História, cuja análise levaria ao estabelecimento de relações históricas e a dinâmica dos objetos, compreendendo a lógica interna deste campo do saber, a leitura a partir da Filosofia questiona de partida a relação – dada como transparente - entre sujeito e objeto de análise. Essa delimitação inicial em torno da elucidação da relação entre sujeito e objeto parte de uma negação da naturalização de que objeto e sujeito estão imbricados, o que seria o equivalente a dizer que os próprios sujeitos são fonte original de seus objetos de conhecimento, ou que os sujeitos produzem seus próprios objetos do conhecimento (Pêcheux, 2014).

Para Pêcheux, um gesto de leitura representa uma abordagem para com a leitura, a forma como será interpretado um determinado arquivo (inserido, em nosso caso, no discurso do tipo textual). Em seu texto “Ler o arquivo hoje”, Pêcheux (1994) apresenta o emprego de um determinado tipo de leitura de arquivo, começando pela identificação de duas culturas tradicionais que delimitam gestos de leitura específicos ao longo da história: a primeira preocupada com uma leitura não implicada na produção de um conhecimento original, classificatória e burocrática, tida como objetiva, que encontra na figura do escrivão ou do copista seus exemplos mais clássicos. Este gesto de leitura nos é muito familiar, pois é a forma como o discurso científico tem, de maneira hegemônica, normatizado os gestos de leitura, como, por exemplo, fica evidente nas diversas técnicas estruturadas para delimitação da leitura científica, como os protocolos de revisão

sistemática, a bibliometria e as variações oriundas das análises de conteúdo (inscritas no espaço lógico-matemático). Aqui não há brechas para um deslize da língua, de seus sentidos e das relações de ambiguidades, pois o que se busca é justamente controlar esse transbordamento de sentidos que escapam aos instrumentos “objetivos” definidos para a leitura. Não por acaso, tal modelo tem sido visto como um limite para o desenvolvimento teórico da ciência, em um raciocínio que prioriza a ênfase descritiva dos objetos de investigação, onde o objetivismo e o empirismo sobrepõem o papel da teoria na construção de um conhecimento original (Faria, 2023).

Pêcheux (2014) ainda apresenta um segundo tipo de leitura, a do tipo literária, que parte da individualidade do autor e estabelece uma forma específica de ler (“singular e solitária”). Compõem esta tradição de leitura historiadores, filósofos, as pessoas de “letras”, cujos debates e tensões não ultrapassam os limites disciplinares, conservando um gesto de leitura implícito. Aqui, ambos os gestos de leituras e mesmo as tensões entre elas partem da premissa de que os enunciados têm um significado dado, com sentidos transparentes e evidentes ao leitor/interlocutor. Se o primeiro gesto de leitura ampara o discurso científico e seus interesses próprios, o segundo define de forma normativa os sentidos da leitura a partir do olhar individual de especialistas, hermético às determinações contextuais. Para Pêcheux (2014), uma leitura do discurso não assume que o óbvio está dado na língua, mas os sentidos se constroem nas diversas possibilidades de relações entre os discursos, a variar a partir da relação que cada sujeito do discurso estabelece.

O texto do autor francês que nos empresta seu arcabouço teórico para a presente investigação provoca e questiona a posição isolada de cada tipo de leitura e seus sujeitos (literatos e cientistas), frente a uma conjuntura que ameaça a própria concepção de memória e impõe, cada vez mais, a normatização dos sentidos (Pêcheux, 2014). Tal posição subsidia nossa própria provocação aos cientistas e aos literatos da avaliação diante de ambos os gestos de leitura tradicionais.

Por um lado, gestos de leitura que cada vez mais buscam normatizar e tornar linear o desenvolvimento do campo em suas abordagens metodológicas e padronização de termos e condutas em prol da busca da cientificização e da profissionalização da avaliação, ainda que, como Patton (2018), em uma ufanista manifestação acerca do papel da avaliação, tal associação invoque a luta contra as “trevas” que ameaçam o

conhecimento. Estaria embutido em tal gesto de leitura que é produtor de sentidos um esforço de dotar a prática social da avaliação de referenciais “cientificamente embasados”, com aportes teóricos que delimitam seus procedimentos, muito embora, é preciso dizer, tal objetivo normativo não se sustenta na prática, pois nem sempre a prática da avaliação parece se referenciar a partir de enunciados teóricos gerais consagrados, que estabeleceriam seu sentido imediato (Christie, 2003).

A prática da avaliação de programas no Brasil também se constitui enquanto uma prática profissional inserida em um mercado de serviços próprio, e que tem buscado estabelecer parâmetros normativos que regulam sua atuação, por diferentes grupos de interesse. Assim, além do discurso normativo em torno das abordagens em avaliação, cuja interface, podemos afirmar, tem se dado com o campo acadêmico, há ainda disputas no campo da atuação profissional e interesses corporativos (Furtado, 2022).

Ainda, por outro lado, caberia provocar este gesto de leitura que circunscreve a interpretação do campo da avaliação a si mesmo, por meio de seus intelectuais, ou teóricos, isolando seu objeto do tecido histórico que determina a produção de seus sentidos. Neste tipo de leitura, o contexto histórico costuma aparecer enquanto coadjuvante, como um cenário cujas mobílias ilustram narrativas de descobertas, *insights* e trajetórias individuais dotadas de especiais atributos pioneiros. É, como diz Pêcheux (2014), no entremeio destas duas culturas do ler, estes dois gestos de leitura e suas formas específicas de se manifestar no interior do campo da avaliação, que buscamos nos posicionar. Com isso queremos defender uma posição de leitura que desnaturaliza a relação entre sujeito e objeto que produz um determinado conhecimento de seu próprio campo, compreendendo tal relação enquanto determinações de um processo discursivo.

O que tal tomada de posição acerca de nossa leitura (materialista) implica na forma como vamos nos relacionar com o nosso objeto de investigação, a avaliação e seus conceitos? Em primeiro lugar estamos delimitando aquilo que Althusser, no livro “Ler o Capital” chama de uma leitura com culpa (Althusser, 1980), ou seja, uma leitura que admite a contestação do enunciado e sua forma, dados como conhecimento. Ao questionarmos os enunciados que buscam construir uma historicidade da avaliação a partir de uma relação sujeito objeto empirista estamos partindo do pressuposto de que a avaliação é um tipo de prática social e que isso implica compreender que, em última instância, são as relações de produção historicamente determinadas que lhe conferem

sentido, e não os indivíduos praticantes isoladamente, dado que em uma leitura materialista os indivíduos são interpelados pela ideologia como sujeitos (Pêcheux, 2014). Assim, mais do que uma sucessão de abordagens propostas e descobertas desenvolvidas ao longo da história por “teóricos” e praticantes da avaliação, o que nos parece mais importante é compreender o contexto histórico e suas determinações para os conceitos da avaliação.

Ao questionarmos a leitura dos conceitos de avaliação como se estes fossem transparentes, como se toda a natureza do objeto se reduzisse a simples condição do dado, o que buscamos é escapar do "*mito especular do conhecimento como visão de um objeto dado, ou leitura de um texto estabelecido, que são sempre a própria transparência*", como ensina Althusser (1980, p. 18) a respeito da perspectiva empirista. O conhecimento é produção porque ele tem a capacidade de transformação do objeto: o que os teóricos da avaliação deixam escapar em seus inventários de abordagens e normas é que não há um objeto pré-existente, solto na história a desenvolver-se em gerações (Guba e Lincoln, 2011), ondas (Vedung, 2010) ou ramos de uma árvore (Alkin, 2004), ou ainda um conjunto de padrões de qualidade para conduta profissional virtuoso por si mesmo, mas um objeto que este mesmo esforço de produção do conhecimento produz em sua própria operação de conhecimento.

Partimos do pressuposto de que tal contexto vale a pena ser relido e ter sua memória disputada, buscando compreender sentidos cuja transparência discursiva acaba-lhe conferindo status de memória estabelecida como verdade; uma compreensão que busque ir além da transparência dos discursos gerais sobre o tema, já escritos, lidos e falados, mas que podem conter interditos, não ditos e mesmo condições históricas determinantes de sentidos ainda por elucidar.

1.3.O problema dos inventários de abordagens e padrões em torno da avaliação: cronologias e disputas entre profissionais e associações reguladoras da avaliação

Inventariar abordagens, campos e metodologias já sistematizadas de avaliação tem sido uma forma muito comum de organizar as diferentes produções desenvolvidas ao longo da história da avaliação de programas, a partir das fragmentações e definições de focos específicos. Tais inventários existem em abundância e deles têm se servido autores e praticantes da avaliação, cuja necessidade de orientação prática, como forma de

compreender diferentes formas de avaliar determinados objetos e mesmo produzindo uma certa historicidade de seu desenvolvimento enquanto área profissional tem sido comum.

É assim que Guba e Lincoln (2011) desenvolveram o que poderíamos chamar de uma cronologia metodológica geracional no interior da qual grupos de avaliadores exercem suas práticas em função da ênfase em determinados objetivos das avaliações, em diferentes espaços cronológicos. Os autores caracterizam quatro gerações de avaliadores, identificando um primeiro período cujo foco é a *mensuração* do desempenho observado nos programas por meio da aplicação de testes e comparação normativa com padrões pré-estabelecidos (primeira geração); uma geração onde a ênfase se dá na *descrição* pormenorizada de como os programas produzem ou não os resultados esperados (segunda geração); outra onde a preocupação se dá na prescrição a partir de um *juízo* do desempenho dos programas em função do alcance de seus resultados (terceira geração); e, por fim, uma geração que se caracteriza por propor avaliações enquanto processos de *negociação* com diferentes partes envolvidas com as intervenções e na interpretação de sua experiência e perspectiva sobre o objeto avaliado, de forma a investir em avaliações sensíveis às demandas de seus beneficiários e construtivas em relação à produção de informações e aprendizagem em seu processo (quarta geração). Esta última, como sabemos, constitui a própria proposição dos autores (Guba e Lincoln, 2011), e podemos considerar que estaria hierarquicamente situada no topo das abordagens, como a avaliação de quarta geração, ou de última geração, já que os autores situam as outras abordagens como gerações anteriores, sugerindo tacitamente uma escala evolutiva.

Poderíamos citar outras propostas de inventários para as abordagens em avaliação, como aquela formulada por Robert Stake (2006), que apresenta sua análise a partir da polarização de autores e abordagens metodológicas privilegiadas, e mesmo Marvin C. Alkin (2004), que em sua metafórica árvore da avaliação classifica um conjunto de abordagens a partir da ênfase dada por avaliadores tidos como expoentes aos atributos de *valor, método e uso*. Há também a vinculação estrita do histórico da avaliação a paradigmas e ideias de “teóricos” da área, que equivalem percurso histórico a estágios de desenvolvimento teórico estanque e ligado a nomes e personalidades específicos, prescindindo do contexto sócio-histórico, a não ser como pano de fundo ilustrativo, como podemos ver em Shadish et al. (1995).

As abordagens de avaliação também já foram inventariadas a partir de um raciocínio cronológico por Evert Vedung (2010) a partir da metáfora onde quatro ondas se sobreporiam uma à outra, deixando sedimentos que influenciam as avaliações ao longo do tempo: a onda *científica*, que marca o início das avaliações de programas no contexto da década de 1950 e 1960; a onda da avaliação *orientada pelo diálogo*, que marcaria uma crítica em relação ao modelo anterior, no início dos anos 1970; a onda *neoliberal*, que emerge no final da década de 1970 e marca uma pressão para orientar as avaliações a partir da lógica de mercado; e a onda da avaliação *baseada em evidências*, situada na metade da década de 1990, que para o autor é tida como uma retomada da tradição expressa na primeira onda. Em Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), importante livro sobre avaliação traduzido para o português e que traz um conjunto extenso de abordagens e procedimentos práticos, temos vários exemplos disso que vimos expondo: avaliações tipificadas a partir do foco que se determina para sua intervenção, como avaliações centradas em *objetivos*; avaliações centradas na *administração*; avaliações centradas nos *consumidores*; avaliações centradas em *especialistas*; avaliações centradas em *adversários*; avaliações centradas nos *participantes*.

No que concerne à Avaliação em Saúde, podemos citar inventários que definem tipos específicos de avaliações a partir de parâmetros gerenciais de serviços e programas, como aquele organizado por Brousselle e colaboradores (2011): apreciação *normativa*; análise *estratégica*; análise *lógica*; análise de *produção*; análise de *efeitos*; avaliação *econômica*; análise de *implementação*; e aqueles ainda propostos por Vieira-da-Silva (2014), já no contexto de demandas e necessidades que emergem a partir de sistemas de saúde universais, como é o caso do Brasil, onde o foco das avaliações passa a ser atributos específicos destes sistemas em seus diferentes níveis de atuação, como: avaliações da *cobertura*, *acesso*, *equidade*, *efetividade*, *eficiência*, *qualidade*, *implantação* e *percepção dos usuários*. Mais recentemente, esforço semelhante foi feito por grupo de pesquisadoras avaliadoras em Saúde na proposição de modelos e métodos específicos para a prática da avaliação, com ênfase na abordagem centrada na teoria e modelização de intervenções (Santos, 2023). Podemos citar ainda a proposta desenvolvida por Russel Glasgow (1999) para avaliação do impacto, o modelo RE-AIM (sigla em inglês para os atributos componentes da modelo: *reach*, *efficacy*, *adoption*, *implementation and maintenance*) e que traduzido e adaptado para o contexto brasileiro

(Almeida e Brito, 2013) se constitui por cinco dimensões: *alcance, adoção, implementação, eficácia e manutenção*.

A definição de padrões, critérios, atributos e dimensões da gestão para caracterizar a avaliação também tem servido para a normatização da avaliação ao definir focos prioritários de análise que, em última instância, representam conceitos cujos efeitos de sentidos são notáveis, mas não explicitados. É o caso, por exemplo dos seis critérios de avaliação definidos pela rede de desenvolvimento em avaliação (DAE, na sigla em inglês) da Organização para Cooperação e desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-operation and Development, a OECD): *relevância, efetividade, impacto, coerência, eficiência e sustentabilidade* (OECD, 2021). Há ainda o estabelecimento de padrões a serem seguidos nos processos de meta-avaliação, ou avaliação das avaliações e seus praticantes, que abarcam dimensões como conduta e postura dos avaliadores e conceitos a serem aplicados, como o proposto pela Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE), uma associação de profissionais estadunidenses e canadenses com foco na qualidade das avaliações, sendo estes padrões: *utilidade, viabilidade, propriedade, precisão e responsabilidade* (JCSEE, 2014).

Nota-se que associado à definição de critérios para avaliação, a lógica em torno dos inventários avança ainda para a normatização das práticas profissionais da avaliação, como já esboçado na proposta da JCSEE, em outros documentos que poderíamos chamar de regulatórios. A Associação Americana de Avaliação (AEA, na sigla em inglês) define um conjunto de princípios orientadores para a prática profissional de avaliadores em torno de cinco dimensões: *investigação sistemática, competência, integridade, respeito pelas pessoas e bem comum e equidade* (*systematic inquiry, competence, integrity, respect for people, and common good and equity*), cujo objetivo declarado é “reger o comportamento de avaliadores em todas as fases da avaliação” (AEA, 2023, tradução e grifo nosso).

É ainda o caso de produção feita no contexto da América Latina por iniciativa da Rede de Monitoramento, Avaliação e Sistematização da América Latina e Caribe (ReLAC), que organiza um conjunto de quatro diretrizes para a prática da avaliação: *Rigorosidade, Ética e Princípios Jurídicos, Compreensão Cultural e Relevância e Utilidade* (ReLAC, 2021). Diretrizes para a prática da avaliação também foram desenvolvidas por rede que busca estabelecer parâmetros para a atuação profissional de

avaliadores no contexto brasileiro sob o argumento de garantir sua qualidade, a Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação (RBMA), que, na esteira da produção da ReLAC estabelece os seguintes pares de padrões: *Aprendizagem e Utilidade*, *Direitos e Integridade*, *Contextualização e Valoração*, e *Método e Viabilidade* (Silva, Joppert e Gasparini, 2020).

Em todos estes exemplos de produções em torno de tipologias, abordagens, critérios, padrões e normas para as avaliações temos essa relação de sentido que associa a avaliação a algum outro elemento qualificador, ou outros, estes sim constituídos de formulações conceituais que merecem ser compreendidas, uma vez que são estes conceitos que fundamentam os sentidos mais gerais das diversas práticas avaliativas. O funcionamento discursivo de tais produções operam a partir de construções que buscam se apresentar entre as dimensões políticas e técnicas, e que gozam de aparente aceitabilidade e incontestável relevância, afinal, como discordar (e aqui vemos o funcionamento ideológico do discurso operando como força de verdade) que a avaliação precisa atender critérios de qualidade como os mencionados acima, sobretudo quando são propostos por organizações e representações de profissionais inseridos na prática e no mercado da avaliação? O que queremos provocar é que o efeito de transparência desta discursividade precisa ser opacizado e compreendido a partir das relações de sentido opostas que os documentos expressam, sempre como indícios e não como índices (Barbosa Filho, 2023), esta última, diga-se, a forma primordial com que os manuais e diretrizes da avaliação são lidos.

O que essas formas de inventariado das abordagens em avaliação tem em comum, em termos de lógica de organização de seu raciocínio é, em primeiro lugar, como identificam Furtado e Vieira-da-Silva (2014) ao analisarem a cronologia metodológica geracional de Guba e Lincoln (2011), mas que serve para outros atores que vimos citando, o recurso a um artifício que confere linearidade e homogeneidade a uma leitura pretensamente histórica, como se as gerações se sucedessem sem conflitos, contradições ou apartadas de determinações históricas, o que parece se associar a uma forma tradicional de interpretação da história das ciências (Althusser, 2020). Em segundo lugar, observamos que essas propostas em torno de inventários cronológicos de abordagens em avaliação e cujas características metodológicas são imperativas para delimitar distinções, têm em comum a ênfase nos autores e suas trajetórias individuais, suas capacidades

inventivas e formulações que, supostamente, romperam paradigmas problemáticos, tidos como tradicionais, ultrapassados ou limitados.

Compreendemos que tal lógica empregada na literatura que vimos expondo busca sustentar um discurso racional para o desenvolvimento histórico da avaliação e, ainda que possamos apontar os méritos em sistematizar a profusão de aplicações que esta área tem acumulado ao longo dos anos, se baseia em uma posição epistemológica onde opera uma primazia dos sujeitos enquanto produtores de suas práticas sociais. É assim que emerge na literatura sobre avaliação a associação direta entre autores praticantes da avaliação e suas formulações metodológicas como um fluxo imaginativo capaz de colocar em movimento as engrenagens de uma área de práticas estabelecida e autônoma, onde os sujeitos seriam a fonte de suas próprias formulações, nos termos do que escreveu Pêcheux (2014).

De forma semelhante observamos no conjunto de documentos que buscam normatizar a prática da avaliação, tanto em sua dimensão profissional como serviço vendido no mercado de consultoria, quanto na prática de pesquisa no interior de universidades e centros de pesquisa, um conjunto de padrões que se apresentam como evidentes e inquestionáveis, justificando assim sua universalização (padronização). Neste tipo de discurso, não aparece escrito nos textos a intencionalidade de associações e redes profissionais (e mesmo nações), bem como de organismos e instituições intra e transnacionais ao determinar - a partir de suas posições privilegiadas - aquilo que deve ou não ser a norma para um campo de práticas tão plural e contextualmente diverso como avaliação, como já observado. Tais relações de sentido e posições ideológicas estão inscritas nos documentos, e do ponto de vista da Análise do Discurso o que nos interessa é justamente estes enunciados que não são ditos, mas que mesmo assim fazem parte do que é escrito (Barbosa Filho, 2023).

Baseado ainda em uma concepção epistemológica histórica, nos parece que a prática da avaliação de programas encontra em seus objetos, em suas abordagens metodológicas privilegiadas, em aspectos específicos das intervenções que delimita para estabelecer seu foco e nos tipos de condutas que define para seus praticantes justamente as relações conceituais que lhe determinam os sentidos, e não na formulação de sujeitos. É na relação com o objeto e com as escolhas privilegiadas que podemos captar indícios discursivos que revelam as relações de sentido, ou seja, com a pluralidade de

determinações, que a avaliação começa a emergir a partir de seus conceitos fundantes, ou melhor, dos problemas que justificam o desenvolvimento de seus conceitos. É neste apagamento do funcionamento histórico e material dos conceitos em detrimento dos sujeitos enquanto fonte de seus saberes e normas (Althusser, 2020) que aportamos nosso gesto de leitura específico.

Ao mobilizarmos a Análise de Discurso, a Epistemologia Histórica e uma filosofia materialista como pressupostos teóricos para abordar avaliação de programas e serviços a partir de suas formulações no contexto da *program evaluation* estadunidense que, como dito, produz efeitos de sentido na Avaliação em Saúde no Brasil, partimos do estranhamento com aquilo que nos é mais familiar, pois se constitui enquanto nosso principal objeto de investigação e nossa própria prática profissional. Tal escolha exige um constante processo de reflexividade crítica e implicação analítica, justamente por entendermos que não estamos alheios à armadilha idealista do sujeito como produtor do conhecimento, como já discutido. Não se trata também de nos posicionarmos acima dos conflitos, dos interesses e da reprodução ideológica de discursos que se colocam como conhecimento verdadeiro, como se fossemos alheios e neutros a esta arena de disputas de sentido. O que buscamos aqui é justamente compreender tal funcionamento e propor gestos de leitura capazes de, se não superar, estranhar e desnaturalizar uma discursividade que se impõe como verdade, encobrendo outras determinações, no caminho de construir um conhecimento teórico; ou seja; opacizar essas relações de sentido, como vimos afirmando.

Buscamos neste capítulo introdutório apresentar as bases teóricas e analíticas para uma primeira compreensão e crítica do discurso oficial da avaliação de programas e serviços que, por meio de seus documentos, no que concerne às abordagens, métodos e modelos, mas também à normas e padronizações aplicadas à prática profissional da avaliação em diferentes contextos, estabilizam um discurso com efeito de verdade. Ao nos relacionarmos com os documentos que formam nosso arquivo nesta tese, partiremos do princípio que, como afirma Barbosa Filho (2023), e aqui enfatizamos mais uma vez:

[...] as palavras e expressões não possuem um sentido prévio, definidos *a priori*: elas adquirem sentido em relações de paráfrase que estabelecem, no arquivo, efeitos de sinonímia, antonímia, causa, consequência etc. (Barbosa Filho, 2023, p.8)

Em um última instância, trata-se de um primeiro esforço de romper a estabilidade discursiva de uma área cujos pressupostos e intencionalidades estão em constante

disputas e representam propostas distintas e mesmo antagônicas de sociedade: a avaliação de programas e serviços, especificamente no setor Saúde, pode tanto produzir efeitos materiais que apoiam transformações sociais e fortaleçam as lutas por independência e protagonismo político e epistemológico, quanto reproduzir sentidos conservadores, cuja intencionalidade é a de manter as relações de poder tais como estão, fortalecendo privilégios.

O gesto de leitura materialista para análise do discurso da Avaliação em Saúde, sob a forma transversal que apresentamos neste capítulo, é o primeiro passo para compreender que tal discurso se orienta a partir do estabelecimento de conceitos que, por sua vez, aportam sentidos que merecem ser analisados. Por se tratar de uma área que lança mão de uma profusão de conceitos para estruturar seu discurso científico (métodos e abordagens) e político (normas e padrões de conduta) e nas diversas imbricações entre estes, uma primeira aproximação mais geral nos pareceu necessária.

Seja por meio de uma construção discursiva que busca remontar uma história linear e dotada de objetividade, seja na definição de normas e padrões estabilizados tidos como parâmetros para boas avaliações, o que vimos no discurso normatizado acerca da avaliação de programas – a partir de um gesto de leitura específico - é uma tentativa de racionalizar a área a partir de construções que tornam invisíveis suas contradições. Em última instância, essa cronologia, tipificação e parametrização não se apresenta enquanto o resultado de arranjos e disputas materiais forjadas no interior da prática da avaliação em suas relações com formações discursivas específicas, mas se impõe como força de verdade amparada pela lógica da tecnicidade e desenvolvimento harmônico de abordagens e modelos de avaliação ao longo do tempo. Os conceitos mobilizados não são tratados como históricos ou imersos em redes de outros conceitos significantes que lhe conferem sentido material, mas antes enquanto proposições tidas como soluções técnicas mais arrojadas, a depender de cada contexto e intencionalidade da avaliação e seus praticantes.

Creemos ser possível, a partir deste primeiro impulso, o mergulho em contexto histórico específico cujos arranjos materiais foram determinantes para a produção discursiva em torno dos conceitos da Avaliação em Saúde, e cujos sentidos merecem ser analisados e disputados. O próximo capítulo busca analisar justamente acontecimentos que foram determinantes para os conceitos e prática da Avaliação em Saúde no Brasil.

Capítulo 2

A experiência do REFORSUS na conjuntura discursiva do final da década de 1980 e década de 1990

Com o objetivo de contribuir para ampliar as análises históricas sobre a Avaliação em Saúde no Brasil a partir de aporte teórico crítico, neste capítulo partimos de um gesto de leitura materialista apresentado no capítulo introdutório desta tese e estabelecemos como questão de investigação a conjuntura discursiva que afeta os conceitos da Avaliação em Saúde no Brasil. O contexto histórico do final dos anos 1980 e década de 1990 constitui o período de circunscrição de nossa análise para compreensão de formações discursivas que nos parecem determinantes para a constituição de sentidos em torno da Avaliação em Saúde e seus conceitos mobilizados. Isso porque nesta conjuntura discursiva – tomada aqui enquanto “*arranjo das condições históricas do enunciável em uma formação social dada*” (Barbosa Filho, 2022) - ocorreram atos e eventos históricos cuja produção de sentidos parecem ter forjado bases discursivas da avaliação importantes de serem escutadas teoricamente e mesmo terem suas memórias disputadas.

A avaliação e seus conceitos expressam uma discursividade, neste contexto, a partir de suas relações de sentido com outras discursividades, fatos e conceitos mobilizados, cujas manifestações foram intensas à época, como o financiamento da expansão de serviços de saúde e mudanças no modelo de gestão que implicaram em iniciativas de planejamento e avaliação no setor. Neste período histórico específico, de determinações importantes do discurso em torno da Avaliação em Saúde no Brasil, nos interessa analisar as formulações discursivas em torno da experiência de implementação do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS, por meio da investigação do contexto histórico em que os conceitos mobilizados por esta iniciativa e que estiveram associados à prática social da avaliação formam relações de sentido, buscando compreender o funcionamento ideológico de sua enunciação (Pêcheux, 2014).

Partimos do pressuposto de que tal conjuntura histórica vale a pena ser analisado e ter sua memória disputada, buscando compreender sentidos cuja transparência discursiva confere status de memória estabelecida como verdade; uma compreensão que busque ir além da transparência dos discursos gerais sobre o tema, já escritos, lidos e

falados, mas que podem conter interditos, não ditos e mesmo condições históricas determinantes de sentidos ainda por serem analisadas. Ao empreendermos tal investigação, que compreende a montagem de um arquivo, entendido aqui enquanto um conjunto de relações de sentido que se dão a partir de suportes formais, como os do tipo textual, e não o conteúdo dos documentos em si mesmo (Barbosa Filho, 2022), capaz de dar visibilidade ao processo histórico de produção de sentido entorno da avaliação e seus conceitos mobilizados, temos diante de nós um campo de possibilidades das quais teremos, necessariamente, que delimitar recortes de nosso interesse, lidando e buscando explicitar lacunas que tal limitação inexoravelmente irá produzir.

2.1. Condições de possibilidades e conjuntura discursiva estabilizada sobre Avaliação em Saúde no Brasil

Nesta seção dialogaremos com um conjunto de textos que compõem, a partir de seus traços discursivos, um espaço de memória (Pêcheux, 2011; Barbosa Filho, 2022) acerca do desenvolvimento da Avaliação em Saúde no Brasil. Tal conjunto de documentos expressam indícios de um discurso estabilizado capaz de tornar compreensível as determinações que permitiram a emergência (e não gênese, que para nós não constitui uma questão) da avaliação nas práticas institucionais dos aparelhos de Estado brasileiro, mais especificamente aqueles operadores das políticas de Saúde.

Antecedendo alguns passos nessa investigação, Furtado e Vieira da Silva (2014) afirmam que o estímulo às práticas avaliativas no campo da Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se deu, entre outros determinantes, com a publicação da Declaração de Alma Ata, em 1978, circunstância em que se explicitava o apelo e o apoio às gestões nacionais de saúde com vistas ao horizonte de “Saúde para todos no ano 2000”. A Declaração de Alma Ata se refere ao conjunto de resoluções e manifestações oriundas da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada pela OMS e pela Unicef, órgãos vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU). A famosa conferência teve como resultado concreto um documento com a definição de uma posição em defesa do modelo de atenção primária enquanto estratégia para resolução das desigualdades nacionais e internacionais das condições de saúde das populações, especialmente aquelas oriundas dos países tidos como “em desenvolvimento” (OMS, 1978).

Embora a Declaração não traga explicitamente em seus dez artigos referência a práticas de avaliação, o que parece ser interpretado como estímulo é aquilo que vai declarado em seu artigo oitavo, mais especificamente no que diz respeito às práticas de planejamento e mesmo de uso de recursos internos e “racionalização” de recursos externos:

VIII – Todos os governos devem **formular políticas, estratégias e planos** nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, **mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis** (OMS, 1978, p. 2. grifo nosso)

Centralmente, a Declaração de Alma Ata traz uma conceitualização da atenção primária em Saúde, estabelecendo seus princípios e formas de organização para oferta de assistência às populações mais vulneráveis, mas estabelece que a emergência das ações sanitárias características deste nível de atenção deve considerar o paradigma de uma “*nova ordem econômica mundial*” e a “*cooperação técnica*” entre as nações, cujo alvo prioritário são os países tidos “*em desenvolvimento*”. Embora tais sentidos apareçam ao longo de toda a Declaração, é em seu último parágrafo que aparecem de forma mais explícita, como podemos ler abaixo:

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à **ação internacional e nacional** urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, **particularmente, nos países em desenvolvimento**, num espírito de **cooperação técnica** e em consonância com a **nova ordem econômica internacional** (OMS, 1978, p. 3. grifo nosso).

Assim, mesmo que compreendida como uma declaração que contribuiu para o estímulo das práticas avaliativas no interior do planejamento em Saúde e, mais do que isso, como forma de convocar governos a implementar políticas de saúde integral e coordenadas entre diferentes setores (OMS, 1978), pode-se dizer que a Declaração de Alma Ata também está em consonância - e mesmo reforça – uma perspectiva de atuação e influência internacional dos países desenvolvidos e suas organizações multilaterais sobre as condições de saúde dos países tidos como “*subdesenvolvidos*”, seja como financiadores, seja como parceiros técnicos.

O enunciado constante na questão que trata do agente e da forma de atuação colocada no imperativo, mais especificamente a sequência discursiva (SD1): “*Todos os*

governos devem formular políticas, estratégias e planos [...]” indicam a força de imposição de tais medidas, ainda que sejam interpretadas enquanto estímulos. A sequência que destacamos como SD2: *“particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional;”* que remete aos locais e à forma como tais medidas *devem* ser tomadas, marca a posição hierárquica entre os países tido como desenvolvidos e em desenvolvimento no período em questão, onde o ideário do desenvolvimento (Prado, 2015) determina uma régua que mede o que seria um país desenvolvido e, ao mesmo tempo, define os países em desenvolvimento como sendo seu contrário, ou melhor, seu passado, já que o desenvolvimento seria linear, progressivo e acumulativo (Fonseca, 2003). O enunciado dá ênfase ao empregar o termo “particularmente”, marcando uma distinção entre a maneira como a ação internacional e nacional sobre os cuidados primários *devem* ser aplicadas nos países tidos como “em desenvolvimento”, de forma ser estes países os alvos preferenciais de tais ações.

A reiteração do fator econômico contido na Declaração de 1978 parece reproduzir efeitos de sentidos que vão além da estruturação de sistemas de Saúde, e compõe uma determinada discursividade que busca organizar tais ações, sobre a proposta da atenção primária, sob a égide de uma formação econômica específica. A função eufemística presente na expressão *“nova ordem econômica internacional”* para se referir à conjuntura capitalista do período do final da década de 1970, marcada por ajustes neoliberais, parece justamente reproduzir este movimento de acomodação dos planos dos Estados nacionais em torno de suas questões de saúde a um quadro maior de ajuste a desígnios econômicos cujas matrizes decisórias, neste momento histórico, parecem se tornar cada vez mais centradas nas elaborações e posições dos países de capitalismo central.

Assim, a publicação da Declaração de Alma Ata pode ser compreendida não somente enquanto um estímulo às práticas avaliativas no interior das ações de planejamento dos Estados nacionais, mas também como parte de um discurso que reforça um determinado tipo de racionalização dos recursos – no qual o planejamento é chamado a equacionar, e, a reboque – também a avaliação. Mais do que isso, seu caráter prescritivo e imperativo com ênfase nos países tidos como “em desenvolvimento” (*devem* ser realizadas, de uma *maneira* específica e para um *grupo* de países específicos) produzem

um efeito de sentido que posiciona determinados países enquanto formuladores e proponentes e outros como receptores de tais decisões, neste caso, os países desenvolvidos enquanto idealizadores das soluções para os países em desenvolvimento no que concerne às ações em saúde e as formas de financiar tais ações.

O processo observado nos anos seguintes à Alma Ata, a qual, a partir das proposições da própria Unicef e de organizações filantrópicas de origem estadunidense, (como a Fundação Rockefeller com a chamada estratégia GOBI, sigla em inglês para *Growth monitoring of you children, oral rehydration therapy, promotion of Breast feeding, and Immunization*), produziu experiências de oferta em saúde focalizadas e seletivas para ações de saúde materno infantil, diferente daquilo que conclamava a própria Declaração, ao menos em termos de modelo de atenção primária integral e universal (Giovanella et al., 2019). Se considerarmos que a Declaração deixa explícita a recomendação de que tais estratégias estejam em “*consonância com a nova ordem econômica internacional*” (OMS, 1978), em concordância, portanto, com uma discursividade que reitera o fator econômico como variável estrutural para o desenvolvimento, não nos parece que haja aí uma verdadeira contradição entre seu enunciado e a possibilidade de implantação de sistemas focalizados de atenção à saúde a partir das diretrizes de racionalização do investimento público em políticas universais, como se verá desenvolver ao longo das décadas de 1980 e 1990 na América Latina (Giovanella et al., 2019).

Além dessa posição que defende a atenção primária como política de Estado, estimulando assim o debate em torno do planejamento e avaliação de suas ações, Furtado e Viera-da-Silva (2014) apontam que, para alguns autores, o efetivo esforço em tornar a avaliação relevante como parte integrante do planejamento, implementação e monitoramento dos serviços públicos não foram imediatamente assimilados no contexto brasileiro a partir da publicação da Declaração de Alma Ata, em virtude de alguns fatores interdependentes. Segundo Ceneviva e Farah (2007), no início dos anos 1980, apesar da distensão política em curso, ainda se vivia sob o contexto de um Estado autoritário, avesso a submeter suas incipientes políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise de seu desempenho. Isso porque, nesse aspecto, a avaliação estaria associada a diversas outras práticas de exercício do controle social democrático das ações de governos eleitos, para além do voto no período eleitoral. Neste debate a questão em torno da qualidade e desempenho das ações do Estado passou a ser alvo de questionamentos e a

demandar ferramentas para seu acompanhamento, contexto no qual a noção de *accountability* é evocada em associação com a prática mais geral da avaliação. O termo em língua inglesa designa atos em torno do controle e responsabilização de agentes públicos, bem como seus mecanismos de controle e fiscalização para além da transparência das ações governamentais no uso de recursos financeiros (Ceneviva, 2005).

O debate acerca das condições para a prática de controle social democrático das ações do Estado marcou o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, inclusive por agentes que, influenciados por referenciais importados, buscavam questionar a ausência de práticas como esta, propondo uma análise comparativa cujos sentidos e determinantes eram próprios de seus contextos, como no caso do termo *accountability*, oriundo do contexto estadunidense (Campos, 1990). Além disso, tal debate – ou melhor, posição – baseia-se na associação de mecanismos de controle social relacionados à diferentes graus de “maturidade” de determinadas sociedades, no caso da inserção do termo anglófono para o contexto brasileiro de 1990, a comparação entre a “amadurecida” sociedade estadunidense e a “atrasada” sociedade brasileira, e sua população pouco educada para o exercício do controle social e facilmente cooptada por lideranças populistas, ou mesmo causadoras de respostas autoritárias (Campos, 1990).

A despeito dos limites da análise acerca dos determinantes para que não se praticasse no Brasil um exercício de controle social e avaliação das ações do Estado nos moldes da *accountability* estadunidense, o artigo de Anna Maria Campos, publicado em 1990, constitui um texto que remonta o discurso à época, sendo assim revelador de sentidos que nos interessam.

A autora expressa, por exemplo, que as ações de controle e fiscalização deste período se limitavam à dimensão financeira e orçamentária, sob a forma de auditorias realizadas sobretudo pelo Tribunal de Contas da União (TCU), sem a preocupação de demonstrar a eficácia das políticas públicas em termos de seus resultados (Campos, 1990), ou seja, não se observava práticas de avaliação sistemáticas. Defende ainda que a ampliação de controles burocráticos deveria começar por uma redefinição conceitual entre controle e avaliação, de forma a incluir outras dimensões de análise das ações do Estado para além da dimensão contábil apenas, incluindo o desempenho das ações, como eficácia, efetividade, justiça social e política (Campos, 1990). Lê-se aqui que a avaliação, de fato, estava sendo pautada neste período enquanto prática social desassociada dos atos

normativos tradicionais de controle e fiscalização orçamentária já definidos no aparato burocrático do Estado, se associando a atributos de desempenho, resultados, valores e princípios políticos, à luz do que se discutia no contexto estadunidense a partir das formulações da chamada *program evaluation*.

O próprio processo em torno da Reforma Sanitária Brasileira constituía, à época, movimento social crítico e organizado que formalmente tencionava por uma reforma do Estado que não fosse apenas contábil, mas que fosse capaz de estabelecer seu papel como promotor das políticas sociais, no caso, da Saúde, tendo no controle social democrático seu dispositivo de gestão participativa. Tal posição é registrada no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), realizada em 1986, cujas formulações e reivindicações ajudaram a constituir a proposta do SUS, mais precisamente em seu artigo quatro, referente ao tema um: “Saúde como Direito”, onde lê-se:

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação de políticas sociais e econômicas pela população (Brasil, 1986, p.04).

Ainda, no mesmo relatório, em seu artigo três, no tema dois: “Reformulação do sistema nacional de Saúde”, no qual se tem o registro de que a participação popular na formulação, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde deve ser estabelecido como princípio norteador do novo sistema que se buscava implantar (Brasil, 1986). Além disso, aparece também como reivindicação a preocupação com a qualidade da atenção à saúde ofertada à população, no artigo dezesseis do tema dois, com ênfase para a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de gestão pública visando não só eficiência, mas também a resolubilidade em relação às necessidades da população (Brasil, 1986), de modo a indicar que havia, neste período, um discurso vindo de setores da sociedade civil brasileira organizada que pressionavam o Estado a adotar práticas que se assemelham àquilo que Campos (1990) define como *accountability*, mas em expressões discursivas próprias do contexto brasileiro deste período, e cujas relações de sentido fogem ao escopo de nossa análise.

Outro fator contextual tido como limitante para o avanço das práticas de avaliação no país neste período, apontado por Furtado e Vieira da Silva (2014), diz

respeito à afirmativa de Draibe (2005), de que as políticas sociais deste período eram focalizadas e residuais, distantes da concepção de um Estado de bem-estar-social presente na Europa e América do Norte, à época, e que lá foram fator de estímulo ao desenvolvimento da avaliação.

Acerca deste período e da conjuntura histórica determinante para o projeto em torno do papel do Estado e, conseqüentemente, as formas privilegiadas de acompanhamento, controle e avaliação de suas ações, Draibe (2005) produz uma síntese eloquente acerca desta conjuntura, que nos ajuda a compreendê-la em um panorama geral:

[...] ao longo do período 1980-2000 – esses difíceis vinte anos cujo ponto de partida foi a democratização do país, em ambiente de forte instabilidade econômica, e cujo ponto de chegada alimenta-se da atmosfera política da consolidação da democracia, mas enraíza-se no **terreno do férreo ajustamento fiscal e das reformas pró-mercado** (Draibe, 2005 p.3. grifo nosso)

Ou seja, trata-se de contexto marcado por disputas contraditórias entre projetos de estatização da oferta de serviços de proteção social, como a Saúde enquanto direito, defendida pelo movimento da Reforma Sanitária e expresso na Constituição de 1988, responsabilização do Estado e defesa da participação popular, ao mesmo tempo em que – e isso será por nós aprofundado – o discurso fiscal e as reformas do Estado disputavam a hegemonia dos interesses públicos e de mercado, impondo agendas neoliberais restritivas e controles normativos e burocráticos.

É nesta conjuntura dos anos 1990 que, segundo Batista (1994), o Brasil adere integralmente ao projeto de reforma do Estado, no contexto das reformas produtivas do capital, orientadas sobretudo pelos ditames contidos no Consenso de Washington. Entre uma das recomendações desta normativa global está o desmonte do modelo de industrialização do pós-guerra e a eliminação de políticas sociais, diminuindo os encargos públicos por meio de privatizações e desregulamentação do trabalho (Silva, 2010).

Assim, o que já se constituía uma herança problemática de quase 50 anos de experiência do Desenvolvimentismo no Brasil desde a década de 1930, o início dos anos de 1980 fez conviver de forma contraditória as conquistas do processo democrático e reformas institucionais com a frustração advinda da crise econômica e a diminuição de recursos do Estado (Silva, 2010).

Após o processo constituinte, o início dos anos 1990 será marcado por um discurso que reforça a existência de uma crise econômica cujos efeitos se desdobram na capacidade do Estado em realizar os investimentos necessários para materializar o conjunto de direitos consagrados na Constituição de 1988. Em 1995, era essa a perspectiva do governo federal presidido por Fernando Henrique Cardoso (FHC), e materializada no documento intitulado “Plano Diretor da Reforma de Estado”, cujas primeiras linhas, na letra do próprio presidente, traziam o diagnóstico de que a crise brasileira era também “*uma crise de Estado*”, na qual o modelo de desenvolvimento praticado por governos anteriores “*desviou*” o Estado de suas funções básicas, tendo entrado por demais no setor produtivo e, com isso, agravado a crise fiscal, a taxa de inflação e deteriorado os serviços públicos (Brasil, 1995). A solução apresentada foi uma ampla reforma no funcionamento do Estado brasileiro, à luz da ideia de administração pública “*gerencial*” que, nas palavras do então presidente, “[...] *era baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados [...] (Brasil, 1995, p.10)*”. Ainda no mesmo trecho do referido documento, destaca-se o sentido atribuído ao cidadão brasileiro em relação ao conjunto de direitos consagrados na Constituição de 1988, tido como “*clientes privilegiados dos serviços prestados pelo Estado*”. Na perspectiva do então governo, tal reforma se tratava de um caminho equilibrado entre ignorar a crise que se apresentava desde a década de 1980 e continuar com o atual modelo, e a perspectiva neoliberal de Estado mínimo (Brasil, 1995). Para manter a capacidade do Estado e sua autonomia no financiamento e implementação de políticas públicas, dizia o documento, uma reforma do Estado era necessária (Brasil, 1995; Bresser Pereira, 1998).

Sobre esse aspecto, é importante lembrar que o endividamento externo do Brasil cresceu exponencialmente da década de 1990, saindo do patamar de 64 bilhões nos anos 1980, para a cifra de 145,66 bilhões no ano de 1994, já no plano real (Rizzotto, 2000). Na perspectiva do governo federal lê-se a concepção de que o Estado, sendo uma instituição central para a economia ao lado do mercado, apresentava problemas em seu funcionamento, de forma que uma reestruturação era necessária para retomar o equilíbrio econômico entre estes dois setores. Em tal argumento, prevalece a concepção de um Estado cujas proporções e intervenções teriam extrapolado um equilíbrio saudável e necessário para a economia, de forma que a responsabilidade pelo endividamento era atribuída a seu modelo (Brasil, 1995).

Em sua tese de doutorado, Rizzotto (2000) detalha o discurso do Banco Mundial em torno da necessidade de reforma do Estado deste período, registrado em relatório anual de 1997. Um dos argumentos centrais presente no referido relatório e destacado por Rizzotto (2000) dá conta da posição do Banco em relação a qual deveria ser o papel do Estado, restritos, de forma geral, à aplicação da lei e da ordem social, entre elas a proteção da propriedade privada e aplicação de normas regulatórias. Seja pela efetiva crise fiscal que limitava os recursos voltados para o investimento nas políticas públicas, seja por um discurso que se fez hegemônico do governo à época, que compreendia ser o tamanho do Estado a causa mesma para o desequilíbrio econômico observado, o fato é que tal conjuntura discursiva sustentou e justificou o recurso às instituições multilaterais de financiamento enquanto meio para viabilizar a implementação das políticas consagradas na Constituição de 1988.

Organizações como o Fundo Monetário Internacional – FMI, BID e o BIRD-Banco Mundial passaram a ocupar papel central neste contexto, não só na alocação de recursos externos aos sistemas de seguridade social dos países, sobretudo aqueles subdesenvolvidos, mas também na definição de conteúdo e normatividade que passaram a compor contrapartidas contratuais nos chamados termos de cooperação. Tais organismos lançavam mão de diagnósticos que apontavam inadequações e ineficiências dos gastos públicos em Saúde no país (Saraiva e Gonçalves, 2004), e é neste contexto que se dá o processo de elaboração e contratação do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS.

2.2. O REFORSUS e os sentidos mobilizados para Avaliação em Saúde: relações de sentido entre gerencialismo e eficiência

O REFORSUS foi uma iniciativa do Ministério da Saúde desenvolvida entre os anos de 1996 e 2000, cujo objetivo geral declarado consistia em implementar ações estratégicas para o desenvolvimento do SUS, tendo como eixos a recuperação física e tecnológica das unidades de saúde e o desenvolvimento institucional do setor saúde (Brasil, 2000; Brasil 1996). O aporte financeiro realizado pelo REFORSUS se deu mediante diagnóstico realizado por uma comitiva do BID e BIRD acerca da situação de saúde no país e aspectos acerca do funcionamento do recém implantado sistema de saúde, o SUS.

O período em que foi lançado o projeto esteve imerso em momento de crescimento do chamado movimento municipalista em saúde, que buscava a ampliação da descentralização gerencial e aumento de autonomia dos municípios (Gallo et al., 2011). O projeto também foi tido por Furtado e Vieira da Silva (2014) como uma resposta da então gestão federal diante dos resultados da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) das obras inacabadas, e que denunciará várias construções interrompidas voltadas para abrigar serviços de saúde. O projeto teve como um dos eixos prioritários de atuação a reforma de unidades de saúde já estabelecidas, bem como sua equipagem (Brasil, 1996).

Karan (2002) analisou o processo de implementação do REFORSUS no Brasil à luz da discussão sobre a modernização gerencial do Estado brasileiro, apresentando os tópicos levantados pelos dois bancos em seu relatório de diagnóstico, publicado poucos anos antes da assinatura do contrato de empréstimo. Entre os onze temas elencados e apresentados no relatório, destaca-se o registro à ineficiência do sistema com relação ao baixo investimento per capita em saúde praticado pelo Estado brasileiro neste período quando comparado com outros países da América Latina (US\$93,00 per capita e 3% do PIB em 1994) e deficiências e contradições a serem equacionadas na oferta privada de serviços de saúde (Karan, 2002). Além disso, o relatório produzido pelos bancos afirmava haver fragilidades na gestão do sistema em relação à articulação e papel das Secretarias Estaduais, a alocação de recursos e financiamento do sistema e os fluxos de pagamentos, reembolso e fiscalização da qualidade dos serviços ofertados pelas entidades privadas. Sobre este último aspecto, é interessante se ater a forma como se caracterizava, na perspectiva dos bancos, a oferta de ações de saúde do SUS em termos do tipo de instituições responsáveis e a relação com a qualidade do serviço prestado, onde a participação do setor privado (filantrópico e sem fins lucrativos), sobretudo em relação a assistência hospitalar, era notável:

A maioria dos serviços é fornecida por provedores privados filantrópicos ou sem fins lucrativos. Em 1994 o setor privado do SUS foi responsável por 79% dos leitos hospitalares, 83% das admissões hospitalares financiadas com recursos públicos e 87% dos ressarcimentos a hospitais. O setor privado foi também responsável por 43% dos procedimentos ambulatoriais financiados por verba pública e por 73% dos ressarcimentos a ambulatórios. Contudo, a qualidade da assistência é baixa, sendo os indicadores de mortalidade e morbidade materno-infantil muito ruins. Em 1989, embora 83% dos nascimentos tenham sido atendidos por profissionais qualificados, a mortalidade materna e perinatal foram 4,5% mais altas do esperado num país com a renda e educação brasileiras, o que sugere uma prática obstétrica pobre. (Karan, 2002, p.70-71)

A partir do diagnóstico feito estabeleceu-se, em 1996 e 1997, os termos para assinatura e execução do contrato entre o BID, BIRD, respectivamente, e o governo brasileiro na figura do Ministério da Saúde. Em termos operacionais, a junta técnica dos bancos financiadores foi responsável por diagnosticar e estabelecer quais deveriam ser as prioridades de ação a partir dos recursos a serem emprestados. Assim, estabeleceu-se dois grandes compromissos entre as partes viabilizadoras do referido contrato, e que nortearam a elaboração do conjunto de intervenções subsidiadas pelo recurso: o compromisso em promover a recuperação física e tecnológica da rede assistencial do SUS (componente um) e a melhoria da capacidade pública de formular implementar e avaliar as políticas de saúde, tendo como foco as principais carências técnicas e operacionais no setor saúde (componente dois) (Brasil, 1996; Gallo et al., 2011 ;Karan, 2002).

O que se vê enunciado no componente dois foi a determinação contratual de que aspectos relacionados à própria administração e planejamento do SUS deveriam ser tratadas pelas ações do projeto, o que implica em adotar determinadas práticas, abordagens e métodos específicos capazes de melhorar a chamada “capacidade pública”, especificamente no setor saúde (Brasil, 1996). A exigência de incidir em aspectos gerenciais da política de saúde aparece nos termos do REFORSUS de forma impositiva ao condicionar o repasse de recursos financeiros para reformas e ampliações de instalações físicas ao envio de propostas de melhoria gerencial nas unidades à luz da ideia de “*modernização gerencial*”, ainda que este conceito não apareça detalhado de forma clara:

Em seu Componente I, o Projeto propiciou recursos para: i) conclusão, reforma e ampliação de instalações físicas das unidades de saúde; ii) aquisição de equipamentos clínicos; iii) aquisição de unidades móveis; e iv) **modernização gerencial**, sendo que, as unidades que pleitearam recursos para obras e/ou equipamentos tiveram de apresentar, **obrigatoriamente**, uma **proposta para melhoria gerencial na unidade**. (Karan, 2002, p.75, grifo nosso)

Rizzoto (2000) e Furtado e Vieira da Silva (2014) destacam um acontecimento que sinaliza a disputa dada em torno dos sentidos da implementação do REFORSUS, ao evidenciarem que no processo de contratação e apresentação do projeto para financiamento dos bancos internacionais, o nome da iniciativa foi modificado no interior das relações de força instauradas pela presença dos dois órgãos financiadores, o que aponta para um processo de deslocamento de uma rede de sentidos inscrita na forma

material “reforço” para uma rede de sentidos inscrita em “reforma”. Tal disputa indica os efeitos de sentido a partir de relações de força desiguais próprias aos financiamentos internacionais que permitem a sobredeterminação dessa discursividade sobre os projetos nacionais implementados no país. O trecho abaixo ilustra essa disputa de sentidos:

Em outubro de 1995 o Ministério da Saúde apresentou um projeto para obter financiamento externo que recebeu o nome de REFORSUS, sigla traduzida inicialmente como “**Reforço** a Organização do SUS” e que nas divulgações do Ministério da Saúde é tratado como um projeto de “Reforço a Reorganização do SUS”. Entretanto, nos Contratos de Empréstimos assinados entre o Brasil, o BID e o BIRD (Banco Mundial), seus cofinanciadores, recebe a denominação de “Projeto de **Reforma** do Setor de Saúde”, revelando uma “evolução” das pretensões explícitas inicialmente no referido projeto, ou seja, da intenção inicial de “reforçar” o SUS para reformar o setor de saúde (Rizzotto, 2000, p.221, grifo nosso)

O que se compreende de tal disputa entre os termos *reforçar* e *reformar* é que, do ponto de vista dos bancos financiadores, não se tratava apenas de investimento na reestruturação e mesmo aperfeiçoamento das instâncias administrativas e operacionais do sistema de saúde, mas também exigir a reformulação das próprias bases, tanto operativas quanto administrativas e burocráticas, a partir do diagnóstico e das soluções por eles propostas, de forma evidente ou tácita, envolto na discursividade mais geral de modernização gerencial.

O tema da chamada “*modernização gerencial*” se mostrou tão importante para o projeto que em sua estrutura de governança havia a chamada Unidade de Modernização Gerencial (UMG), especificamente voltada para tratar deste tópico ao longo da implementação do projeto (Karan, 2002). Além disso, como o trecho acima citado ilustra, Rizzotto (2000) ainda irá chamar atenção para o processo de acomodação entre a interpretação dos problemas e soluções advindas do diagnóstico feito pelo BID e do BIRD e a posição do Ministério da Saúde, revelada por meio de um parecer técnico à época que, em um primeiro momento, contrapôs algumas leituras dos financiadores, mas que ao longo da contratualização se mostrou em consonância com a perspectiva que os dois bancos buscavam incorporar nos contratos de financiamento. Mais do que isso, a autora mostra em sua tese que a governança do projeto e de seus subprojetos, no que se refere à tomada de decisões operacionais para alocação dos recursos, passava pelo crivo dos bancos financiadores, especialmente o BIRD-Banco Mundial, demonstrando que o poder

exercido pelos órgãos e conseqüente materialização de seus interesses foi constante durante a vigência do REFORSUS (Rizzoto, 2000).

No que pese a presença regular da demanda por uma modernização gerencial no projeto, Karan (2002) irá observar que, na prática, a implementação de ações específicas em torno da modernização foram mais concentradas em “*estimular*” (ou, a partir de um eufemismo, exigir, já que se caracterizava como uma contrapartida estipulada no contrato de financiamento) práticas gerenciais que não incidiam de forma direta em novos modelos, tais como capacitação de funcionários da área administrativa, implantação de programas de qualidade e aquisição de equipamentos e sistemas de informática (Karan, 2002, p. 84). Tal foco em elementos mais relacionados a práticas de gestão e aspectos tecnológicos indicam, segundo Karan (2002), que o propósito de uma reforma tendo como horizonte uma profunda modernização gerencial não foi de fato implementado, e isso se deu devido às limitações técnicas e de recursos por parte da maioria das unidades de saúde beneficiadas pelo projeto. Tal leitura está associada, entre outras questões, à dificuldade observada durante a implementação do REFORSUS, e que afetaram o alcance de seus objetivos inicialmente definidos.

Em 2000, o Tribunal de Contas da União (TCU) publicou relatório de auditoria que analisava as causas do baixo investimento observado ao longo do REFORSUS (Brasil, 2002), a partir de dados disponíveis até agosto de 1999. A auditoria mostrou que houve baixa execução financeira por parte dos municípios do montante disponível a partir do empréstimo com os bancos internacionais para os dois componentes do projeto, dada uma série de entraves observados em sua implementação. A primeira delas se referia a necessidade de correção por parte da gestão de projeto das propostas submetidas pelos municípios para pleitear o repasse financeiro, indicando que, quanto mais necessidade de correção das propostas maior era o tempo para efetivar os contratos de empréstimo e executar os projetos nos municípios, o que incidiu em baixa eficácia no uso dos recursos financeiros (BRASIL, 2002). Além da análise quantitativa em torno do uso de recursos, a auditoria do TCU também aplicou um questionário para captar a percepção em torno das dificuldades em executar os projetos por parte dos municípios beneficiários do REFORSUS, de forma que os principais entraves observados foram os seguintes:

Em uma escala crescente de importância de 0 a 4, os beneficiários inquiridos via questionário, avaliaram que as dificuldades técnicas para elaborar a proposta (3,01) e as exigências de apresentação de documentos (2,49) e o prazo insuficiente para atender à convocatória influíram negativamente na fase

inicial do projeto. Na categoria outros problemas (2,39), foram mencionadas dificuldades para obter orientação e informações nos níveis estadual e federal, entraves financeiros e excesso de burocracia. (Brasil, 2000. P. 100).

Diante de tal constatação, o próprio TCU sugeriu que a gestão do projeto oferecesse maior apoio técnico para os municípios elaborarem planos (subprojetos) a serem submetidos, considerando ser este o maior entrave observado pelos beneficiários (Brasil, 2002). Considerando se tratar de um projeto que visava justamente apoiar os municípios a qualificarem sua capacidade de planejamento e gestão, tal dificuldade observada por meio do inquérito feito na auditoria do TCU indica que a forma como o REFORSUS foi implementado em termos de contratualização com os municípios tinha na dimensão de repasse financeiro, mediante contrapartida técnica, um dos eixos orientadores de sua implementação. O relatório aponta ainda dificuldades dos beneficiários em fazer as licitações nos casos de apoio para reforma e compra de equipamentos, especificamente porque as normas contratuais seguiam os parâmetros dos dois bancos internacionais financiadores, fator que gerou mais desconhecimento dos municípios e conseqüente atraso dos prazos previstos para as licitações (Brasil, 2002). Ainda sobre este fator, o relatório do TCU recomendou que a gestão do projeto apoiasse os municípios nos processos licitatórios e que as normas e procedimentos para licitação fossem baseadas na legislação nacional, e não nas normas internacionais impostas pelos financiadores (Brasil, 2002).

2.3. Normatividade da avaliação no REFORSUS

No que se refere ao tema da avaliação especificamente, o REFORSUS é muito explícito quanto à exigência de implementação desta prática no âmbito de suas ações. Tal preocupação com a avaliação das ações financiadas pelos bancos emerge, no caso do Banco Mundial, a partir do final dos anos 1980, com a entrada de Lewis Preston na presidência (1991-1995), quando se faz um balanço dos resultados dos diversos projetos financiados em anos anteriores. O Informe Wapenhans, intitulado: *“Implantação efetiva: a chave para o impacto do desenvolvimento”*, divulgado em 1991, trazia os resultados de uma avaliação da eficácia de todos os projetos financiados pelo Banco, e indicavam que apenas 22% daqueles que recebiam os empréstimos respeitavam totalmente os acordos contratualizados (Rizzotto, 2000). Tal evidência levou o Banco Mundial a implementar mudanças em sua gestão de iniciativas financiadas, adotando a chamada *“cultura de*

aprovação de projetos”, procedimento este que fez parte do processo de implementação e contratualização dos subprojetos do REFORSUS, como já citado, e que teve efeito negativo na efetividade da implementação dos projetos por parte dos beneficiários (Brasil, 2000). Considerando Rizzotto (2000), é a partir desta nova perspectiva instalada pelo Banco que se compreende a existência de rubricas específicas que garantiam recursos voltados para contratação de avaliações nos contratos de empréstimos, como no caso do REFORSUS

Referido como avaliação de impacto dos projetos financiados (Gallo et al., 2011), o REFORSUS estabeleceu um instrumento que, ao mesmo tempo em que buscava avaliar os subprojetos do projeto como um todo, também atuava como dispositivo a ser aplicado pelas gestões locais e das próprias unidades de saúde que receberam algum aporte financeiro. Tal desenho do programa associa, dessa forma, um instrumental para avaliar o desempenho da alocação de recursos do projeto e sua efetividade (relação do investimento com o alcance dos resultados previstos, ou seja, eficiência), ao mesmo tempo em que passa a incentivar práticas da avaliação a partir de um modelo específico.

Este sistema, como detalha Karan (2002) em sua dissertação, baseia-se na coleta sistemática de dados e informações oriundas do cotidiano das unidades, integradas às diversas linhas de atuação e investimento do REFORSUS. Os dados e informações coletados alimentam tanto indicadores mais gerais sobre as unidades de saúde em relação a seu desempenho quanto indicadores particularizados, específicos para cada linha de atuação e financiamento que determinada unidade de saúde recebeu do projeto. Ainda segundo estudo do autor, os documentos orientadores do REFORSUS deixam explícito os referenciais teórico-metodológicos que fundamentam sua abordagem de avaliação, baseados nas concepções de avaliação de Avedis Donabedian e Michal Q. Patton (Karan, 2002).

2.4. Síntese da análise de conjuntura discursiva da Avaliação em Saúde

Diante do que vimos expondo, é possível concordar com autores que sustentam ter sido o REFORSUS uma iniciativa que induziu processos avaliativos no campo da saúde no Brasil (Furtado e Vieira-da Silva, 2014; 2015), tanto pela demanda que sua implementação trouxe em torno de melhorias da prática de gestão, qualidade dos serviços e resultados das ações levantaram como necessidade de serem analisados, como também pela própria proposta do projeto que previa um montante financeiro destinado para

consultorias no campo da avaliação. Como vimos, a avaliação surge como uma preocupação do próprio Banco Mundial em um momento em que a efetividade e eficácia de seus aportes financeiros eram contestados por sua direção e mesmo por governos com maior influência em suas operações, como o governo dos EUA (Rizzotto, 2000), de forma que à avaliação cabia justamente o papel de demonstrar em que medida os propósitos do Banco estavam sendo alcançados, propósitos esses associados tanto aos objetivos específicos dos projetos apoiados quanto da própria concepção acerca do papel e função deste Banco em termos de incidir no desenvolvimento dos países tidos como subdesenvolvidos.

A esse respeito, podemos retornar a Rizzotto (2000), que se debruça sobre a lógica de funcionamento do discursivo acerca da atuação do Banco Mundial em diferentes momentos históricos, relacionados tanto à conjuntura internacional, quanto às influências dos presidentes dessa instituição que deixavam suas marcas naquilo que lhes parecia ser as prioridades de atuação em torno do investimento feito pela instituição (pressionados pelos seus financiadores principais, os países desenvolvidos). A própria preocupação em avaliar os projetos financiados tem uma demarcação histórica, como vimos, e essa necessidade gerencial do próprio Banco com o seu investimento foi transmitido diretamente para os entes beneficiários dos empréstimos por eles feitos, como é o caso do REFORSUS, que estimulou processos de avaliação tanto no nível mais global quanto como componente do seu eixo de modernização gerencial ao exigir dos municípios beneficiários planos formais como contrapartida aos investimentos feitos. Há, assim, uma correia de transmissão de sentidos entre a função da avaliação usada pelos bancos financiadores e as exigências técnicas, gerenciais e operacionais feitas às unidades de saúde beneficiárias dos recursos, via REFORSUS.

Neste contexto, essa correia de transmissão foi catalisada a partir do discurso governamental à época, cuja política de reforma do aparelho do Estado convergia com uma agenda internacional que defendia medidas de austeridade como estratégia política neoliberal para equacionar as crises fiscais dos Estados nacionais, atribuindo as disfuncionalidades e as crises de financiamento do setor público ao papel dos Estados, considerados nessa discursividade enquanto demasiadamente intervencionistas. Ou seja, diz-se de um Estado intervencionista para não dizer das dinâmicas do mercado capitalista marcadas por uma divisão internacional do trabalho que, historicamente, reservou aos

países ditos em desenvolvimento um papel de dependência das economias tidas como centrais.

Convergência, em linhas gerais, o discurso dos executores do orçamento e das políticas públicas nacionais e os órgãos financeiros internacionais cujo discurso pregava uma concepção de desenvolvimento pautada na premissa de um Estado mínimo, com funções gerenciais e reguladoras, de forma a preservar e mesmo proteger a iniciativa privada e as dinâmicas de mercado para que essas não fossem afetadas pelo crescimento da atuação do Estado (Bresser Pereira, 1998). Ainda que na década de 1990 a concepção de desenvolvimento tenha sido agregada a toda uma discussão que considerava os fatores sociais e ecológicos e as desigualdades como determinações importante (Fonseca, 2003; Estevan, 2010), imperou a lógica de submissão dos aspectos sociais aos aspectos econômicos, ou seja, uma continuidade do discurso desenvolvimentista tradicional em que a imagem ideal de uma sociedade desenvolvida era aquela cujas estruturas econômicas eram modernas, dinâmicas e eficientes, e que a partir disso seria possível alcançar padrões sociais elevados como aqueles praticados nos países de capitalismo avançado (Sachs, 2010).

Assim, o Brasil de meados da década de 1990, no que se refere ao discurso do governo federal, pode ser caracterizado como um ambiente institucional propício para implementação da perspectiva de desenvolvimento que marcava o discurso da época e cuja materialidade, do ponto de vista de investimento e operacionalização, foram fortemente conduzidas por instituições internacionais de financiamento para o desenvolvimento, como o Banco Mundial. Não deixa de chamar atenção, se retomarmos o documento sobre o plano de reforma do aparelho de estado do governo FHC, a crítica feita ao modelo desenvolvimentista praticado em períodos anteriores, advogando que tal modelo teve sua importância, mas que no período em questão, atuava como fator de desequilíbrio entre a dinâmica de Estado e mercado (Brasil, 1995); o modelo de administração dito gerencial defendido pelo então governo da época como a superação de tal modelo não deixou de reproduzir aspectos do próprio discurso desenvolvimentista sob a nova roupagem moderna e gerencial, mas cuja lógica ainda submetia os aspectos sociais ao crescimento econômico, desta vez em termos de retirar do Estado o seu protagonismo para que o crescimento econômico via mercado produzisse os padrões de desenvolvimento que antes cabiam aos Estados nacionais impulsionar. Herdava-se do conceito de desenvolvimento a primazia do fator econômico na retórica do

desenvolvimento humano e sustentável, dessa vez sem o protagonismo do Estado na condução dos planos e na relativização do poder da institucionalidade democrática e técnica dos países tidos como subdesenvolvidos, em detrimento de imposições contratuais de organismos internacionais situados no Norte global.

Assim, ao emergir enquanto conjuntura discursiva que produz sentidos para as práticas sociais de avaliação de políticas públicas, dentre elas a Saúde, o conceito de desenvolvimento opera enquanto ideologia ao tornar invisível em sua prática os interesses e imposições de uma determinada forma de poder, qual seja: a legitimidade atribuída aos parâmetros oriundos dos países tidos como desenvolvidos contidos em normas e cláusulas contratuais, e o domínio em torno da posse dos recursos financeiros necessários para o investimento em políticas públicas para mitigação da pobreza. Esta caracterização do contexto discursivo do período em que o REFORSUS foi concebido e implementado permite compreender a conjuntura ideológica que sustentava as propostas técnicas e de cooperação internacional para os países tidos em desenvolvimento, de forma que nesta conjuntura ideológica as práticas sociais eram atravessadas pela ideologia dominante em torno da concepção de desenvolvimento sob ideário neoliberal.

A este respeito, embora o desenvolvimento tenha adquirido sentidos mais amplos, para além somente da variável econômica, tal dimensão não deixa de figurar como parte constitutiva desse discurso, com implicações para os investimentos em políticas públicas, inclusive no setor Saúde. O discurso da racionalização dos gastos tem constituído a normatividade em torno do modelo assistencial em saúde ao menos desde a década de 1980, como identificou Silva (2007). A autora aponta em seu trabalho a força do discurso da racionalização dos gastos enquanto diretriz para a política de saúde ao analisar duas portarias instituídas pelo Ministério da Saúde, uma na década de 1980 (MPAS 3.046/82) e outra no início dos anos 2000 (GM/MS 1.101/02.). Características desse discurso racionalizador são evidenciadas pela autora em sua análise, no qual o governo federal instituiu como bases operativas mecanismos de controle, avaliação e auditoria como formas de atestar a produtividade e a resolutividade das ações. O discurso em torno da preocupação em evitar desperdícios financeiros e favorecer princípios de focalização do modelo de atenção à saúde é identificado pela autora como condicionada pela política econômica de ajuste fiscal que marcou o discurso no início da década de 1980, se mantendo enquanto ideia força nas décadas subsequentes (Silva, 2007).

Consideramos importante fazer aqui a ponderação de que caracterizar uma determinada conjuntura ideológica não significa uniformizar ou limitar as práticas existentes no período, especificamente as práticas científicas em torno de ações de avaliação, que, como sabemos, foi induzida pelo REFORSUS com especial ênfase para consultorias especializadas e centros de pesquisas, tidos como observadores externos independentes.

O que tal caracterização nos mostra é que determinada conjuntura discursiva entremeia as concepções e mesmo as disputas dos sujeitos em suas práticas e, portanto, ainda que se observe no período práticas sociais antagônicas, há um determinado discurso dominante que nosso gesto de leitura busca compreender. A determinação material da ideologia se impõe sobre o conjunto de práticas sociais, sejam elas de reprodução de tal ideologia ou de enfrentamento teórico a ela. Com isso, queremos deixar claro que não se trata de invisibilizar iniciativas observadas neste período em torno da avaliação e que, na confluência entre diferentes posições, e munidos de referências outras e atuantes na luta política, buscavam outras formas de atuação crítica a esta conjuntura ideológica.

Isso significa dizer que o que está no centro de nossa análise neste capítulo não se localiza apenas no nível das escolhas de métodos ou abordagens em avaliação, mais ou menos críticos aos elementos operacionais presentes no discurso desenvolvimentista moderno, haja vista que tal embate está dado na literatura sobre avaliação; o que não nos parece suficientemente estabelecido mesmo como questão ou como problemática discursiva é justamente a compreensão desta conjuntura na qual as práticas sociais em torno da avaliação se materializaram.

Além disso, como declarado no início deste capítulo, esta análise definiu um recorte histórico específico, o que representa um processo de escolha em detrimento de outros caminhos analíticos possíveis e igualmente importantes de serem tratados enquanto problemas e (re)lidas teoricamente. É justamente na proposição de uma questão problemática discursiva que buscamos estabelecer alguma contribuição para a prática e a formulação teórica em torno da Avaliação em Saúde no Brasil e sua compreensão histórica.

Capítulo 3

Desenvolvimentismo e Empirismo: formações discursivas de possibilidade do sentido de indicadores sociais em avaliação

A definição do conceito que ora nos debruçamos neste capítulo, o conceito de indicador social, se apresentou a nós a partir de sua evidência discursiva na prática da avaliação, tão introjetada no fazer avaliativo que praticamente se funde à sua definição, desde as mais conceituais até aquelas presentes em manuais operacionais da área. Ao nos depararmos com um documento de nosso interesse para, em um primeiro movimento, “mapear” possíveis conceitos em operação a partir de edição especial da revista Saúde em Debate sobre monitoramento e Avaliação em Saúde, publicada em março de 2017, a presença do conceito de indicadores associado às práticas de avaliação se fez notar e nos afetar. Foi justamente por sua obviedade, onipresença e normalização (como um componente obrigatório e intrínseco à avaliação) que tal conceito e seu entrelaçamento com a avaliação se constituiu enquanto questão a ser analisada neste capítulo.

Como vimos no capítulo dois, foi possível identificar resquícios discursivos do chamado desenvolvimentismo contido na Declaração de Alma Ata no discurso oficial acerca da reforma do Estado brasileiro e mesmo nas experiências de financiamento internacional no sistema de saúde brasileiro. Essa presença de um interdiscurso desenvolvimentista, ou sobre a ideia de desenvolvimento, também aparecerá atrelada ao discurso acerca da função dos indicadores sociais, de forma geral, e mais especificamente dos indicadores, em senso estrito, para avaliação. Como veremos, tal relação evoca uma memória discursiva que encontra na escola do empirismo suas bases epistemológicas, as quais nos interessa reler a partir de nosso gesto de leitura.

3.1. Indicadores sociais: condições históricas de produção de sentido

A preeminência dos indicadores sociais nas práticas de planejamento, monitoramento, gestão e avaliação não é algo recente na esfera das políticas públicas, nem mesmo os apontamentos acerca de seus abusos. A relação entre avaliação e indicadores poderia mesmo ser compreendida a partir daquilo que Althusser (1976) define, acerca do trabalho teórico, como elaboração de uma filosofia espontânea dos cientistas; um conjunto de convicções que emanam de sua prática cotidiana e que são determinadas por fatores externos a esta prática, e cuja função é dar sustentação ideológica a um enunciado tido como científico. Ou seja, mesmo entre os avaliadores e

cientistas, o recurso e emprego dos indicadores para a prática parece carecer de uma compreensão crítica acerca de seus efeitos de sentido e sua filiação epistemológica, o que produz o efeito de obviedade e transparência do discurso que associa o emprego de indicadores à prática de avaliação de forma axiomática.

A popularização do uso dos indicadores sociais é tida por alguns autores enquanto um “movimento” no interior do debate mais amplo acerca das formas de se acompanhar o nível de desenvolvimento dos países, notadamente aqueles tidos como subdesenvolvidos. Localizado temporalmente com maior proeminência na década de 1960, este denominado movimento em torno dos indicadores sociais se deu no interior do debate global acerca dos limites do conceito de desenvolvimento ora praticado, cujo sentido evocava o crescimento econômico em torno da produção per capita de bens materiais (Jannuzzi, 2002; Estevan, 2010; Soligo, 2012).

É possível depreender, a partir da produção do pesquisador brasileiro Paulo de Martino Jannuzzi, autor muito referenciado no tema, que associado ao que chama de “movimento dos indicadores sociais” estaria embutida a própria problematização da noção de desenvolvimento, onde o PIB tomava a forma de síntese do conceito de desenvolvimento em si:

A despeito do crescimento do produto interno bruto (PIB), persistiam altos os níveis de pobreza e acentuavam-se as desigualdades sociais em vários países. **Crescimento econômico não era, pois, condição suficiente para garantir o desenvolvimento social** (Jannuzzi, 2002, p.54. Grifo nosso.).

Além da dimensão econômica, o conceito de desenvolvimento também supunha a crescente necessidade de definições estratégicas em torno de planos de ações na dimensão social para se alcançar o crescimento econômico. Tratava-se, segundo esta ótica, de um movimento de ampliação do leque de dimensões a serem mensuradas e que compunham, de fato, o que se compreendia enquanto desenvolvimento e bem-estar social, já não mais comportado pelo crescimento do PIB em uma perspectiva estritamente econômica (Jannuzzi, 2002; Soligo, 2012).

Associado a este quadro geral acerca da questão em torno da insuficiência do PIB enquanto medida capaz de atestar o desenvolvimento, estaria ainda o processo de consolidação das atividades de planejamento do setor público, cada vez mais demandantes e dependentes de volumosas informações para mensuração do alcance do

bem-estar social. No contexto latino-americano, tal período corresponde às reorientações da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), que durante a década de 1950 assumiu uma perspectiva economicista para compreender o desenvolvimento, passando por um processo de reordenação na década seguinte, incluindo as estruturas políticas e o sociais como determinantes (Santana e Tahara, 2008).

A associação dos indicadores sociais com o discurso do desenvolvimento e com o planejamento estatal aparece registrado em 1969 em publicação do documento “*Toward a Social Report*”, pelo Ministério da Saúde, Educação e Bem-Estar norte-americano, onde os indicadores aparecem como uma medida direta de bem-estar social (Santagada (2007). Ainda segundo o autor (Santagada, 2007), a emergência do uso do conceito de indicadores sociais neste período se insere no contexto norte americano de crescentes tensões e conflitos sociais que pareciam colocar em xeque a relação entre crescimento econômico e o equacionamento de questões sociais não atendidas neste país. No cerne das investigações de cunho sociológico, interessava aos pesquisadores estadunidenses compreender as mudanças sociais, do ponto de vista teórico e empírico, sob o manto da modernização e do desenvolvimento industrial (Santagada, 2007), e a aparente contradição entre crescimento econômico e melhoria das condições sociais criariam as condições as experiências históricas de planejamento e intervenção estatal conhecido como estado de bem-estar social.

Ainda para Santagada (2007), conforme se estabelecia as bases do estado de bem estar social, onde a classe trabalhadora, de forma geral, passa a ampliar sua participação nos resultados do crescimento econômico, o movimento em torno da aferição do grau de desenvolvimento e sua relação com este crescimento passa a operar a partir de uma matriz funcionalista de investigação, na qual era preciso compreender as disfuncionalidades e contradições geradoras dos problemas sociais, cuja lógica valorizaria “*os processos sociais recorrentes que contribuem para o equilíbrio e a integração social*” (Santagada, 2007, p. 118). O emprego dos indicadores neste período é então associado à identificação de aspectos disfuncionais do sistema econômico capitalista diante da crescente demanda por bem-estar social por parte da classe trabalhadora organizada e da mediação e intervenção estatal, visto neste modelo econômico enquanto parte essencial da economia.

Ainda que na concepção em torno do movimento dos indicadores sociais a emergência deste conceito apareça enquanto uma reação aos limites da mensuração

econometrista, buscando alargar o próprio conceito de desenvolvimento, a partir da leitura crítica que vimos aqui dialogando (Santagada, 2007), tal emergência se dá como adequação funcionalista de como operar intervenções sociais capazes de regular o sistema econômico e social capitalista, tendo assim uma função ideológica de ajuste diante de demandas sociais que poderiam prejudicar o desenvolvimento dos EUA em um contexto de disputas globais por hegemonia política, econômica, militar e ideológica. O próprio movimento dos indicadores sociais seria acusado de se valer de um modismo à época para promoção de seus próprios estudos e fortalecer mecanismos de controle político, bem como foi alvo de críticas a seus aspectos técnicos, como os critérios de medição dos indicadores em sociedades distintas (Siedenberg, 2003).

O contexto histórico do período em questão é marcado pela Guerra Fria, que opunha as grandes potências econômicas e militares do período e impunha aos EUA uma crescente necessidade de investigação acerca de aspectos e evidências que pudessem apoiar na disputa geopolítica com a então URSS. Não é demais lembrar que do período que corresponde ao final da década de 1950 e início da década de 1960, os soviéticos saíram na frente naquilo que ficou conhecido como corrida espacial, tendo sido os primeiros a enviar um satélite ao espaço, o Sputnik 1, em 1957, e ainda os primeiros a enviar um homem, em 1961.

Especificamente em relação às disputas em torno do campo educacional, tecnológico e militar entre as duas potências antagônicas é possível localizar o que pode ser o embrião do uso e aplicação dos indicadores sociais, fato identificado por Santagada (2007) ao localizar em relatório norte-americano publicado em 1966 a referência ao termo “indicadores sociais”:

A expressão “indicadores sociais” surgiu nos EUA em 1966, tendo sido veiculada em uma obra coletiva organizada por Raymond Bauer, chamada *Social Indicators*. A finalidade desse estudo era avaliar os impactos da corrida espacial na sociedade americana. (Santagada, 2007, pp.118).

Na década de 1970 há uma ampliação do uso dos indicadores sociais, principalmente a partir de agências específicas da ONU, como o Unrisd – United Nations Research Institute for Social Development – e a Unesco – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Siedenberg, 2003). Ainda nesta década, a partir de uma crescente integração econômica e política a nível global, é observada a publicação

de relatórios sociais supranacionais e com periodicidade definida. Santagada (2007) aponta alguns exemplos: “*a União Européia (trianualmente desde 1977), pela OCDE, pelo Banco Mundial (anualmente desde 1978) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, anualmente desde 1978)*” (Santagada, 2007, pp. 121).

A partir do que vimos expondo, as condições históricas e materiais de possibilidade da preeminência dos indicadores sociais na discursividade em torno das ações de planejamento está diretamente associada à concepção em torno do conceito de desenvolvimento e nas ações governamentais em torno de medidas que visavam o bem-estar, especificamente no contexto norte-americano na década de 1960. Mais do que isso, o chamado movimento dos indicadores sociais parece corresponder a uma concepção de desenvolvimento que se modificava conforme se modificavam as relações historicamente determinadas entre os países industrializados, as agências multilaterais sob direção e financiamento destes mesmos países e as nações tidas como subdesenvolvidas e as ações a elas destinadas (tal relação também foi identificada no capítulo 2, como vimos).

Alguns dos autores com que vimos aqui dialogando não deixam de argumentar, quando tratam do uso e adequação metodológica, que os indicadores devem estar associados a teorias explicativas ou causais capazes de lhe conferir significado explicativo (Siedenberg, 2003; Jannuzzi, 2005; 2012; Santagada, 2007). Na miríade de temas e agendas que atualmente se relacionam com a agenda mais geral do chamado desenvolvimento sustentável, uma etapa do discurso do desenvolvimento, convivem diversas perspectivas, mais ou menos baseadas em construções teóricas que deveriam subsidiar os indicadores sociais de suas funções explicativas, diminuindo sua instrumentalização pretensamente neutra. Todavia, ao analisar historicamente as condições de possibilidade que constituíram os sentidos de desenvolvimento, Santagada (2007) é enfático ao localizar no discurso em torno do estado de bem-estar social e do crescimento industrial a filiação de sentidos que os indicadores sociais mobilizam:

A teoria sociológica utilizada na construção dos indicadores sociais e no estudo das “disfunções” do sistema foi àquela montada durante o período do Estado de Bem-Estar e do crescimento industrial sem precedentes (Santagada (2007, pp. 117)

Assim, o conceito de indicadores sociais tem seu sentido antes inscrito nas concepções de desenvolvimento, bem-estar social e, mais adiante, de qualidade vida, se constituído enquanto um sub-conceito instrumental e operativo deste conceito maior, o

qual devemos nos ater a partir de agora se quisermos buscar suas manifestações interdiscursivas.

3.2. Desenvolvimento como condição de possibilidade do conceito de indicadores sociais

O conceito de desenvolvimentismo aparece na discursividade literária sobre o tema enquanto um “fenômeno ideológico e teórico”, mas também enquanto forma de nomear “práticas históricas de políticas econômicas associados a ações dos Estados” (Fonseca, 2003; 2015). Ainda que tal separação entre fenômeno ideológico e práticas históricas nos pareça inadequada a partir do referencial da Análise do Discurso, para quem a ideologia seria o esteio do conhecimento não teórico operando em níveis inconscientes por meio de um processo de interpelação e com os quais os sujeitos estabelecem sua relação com o mundo (Pêcheux, 2015), iremos dialogar com o referido autor e outros a partir desta lente de compreensão, o que nos previne de incidir neste tipo de dicotomia.

Antes de definir o conceito a partir de seus principais atributos, em um exercício de taxonomia, consideramos importante compreendê-lo a partir de suas condições históricas e atravessamentos ideológicos que constituíram/constituem seu componente discursivo. Para Sachs (2010), a chamada “era do desenvolvimento” se iniciou em 1949, quando Harry S. Truman, então presidente dos Estados Unidos da América, em seu discurso de posse, referiu-se aos países do hemisfério sul como países “subdesenvolvidos”. Tratar-se-ia de declaração com forte componente simbólico e que passaria, desde então, a moldar a discursividade que legitimaria toda a sorte de intervencionismo do Norte nos países do Sul global, além de operar enquanto dispositivo mental que, para o autor, foi o responsável por uma “autocompaixão” destes países com sua condição de subdesenvolvimento. Sachs (2010) irá afirmar que a emergência do termo, notadamente a partir do sentido dado pelos EUA, correspondeu a uma estratégia de definir este país enquanto exemplo de estado de desenvolvimento e estabelecer uma ordem que pudesse confortar os norte-americanos em um contexto de polarização, diante do crescimento da União Soviética enquanto potência industrial e ainda enquanto forma de atrair a lealdade de vários países em recente processo de descolonização no período pós Segunda Guerra Mundial.

No contexto da América Latina, Fonseca (2003) também localiza na década de 1950 uma mudança no emprego do então termo em voga, “atraso”, para designar a situação dos países desta região que, para este autor, passaram por um processo anterior, mais acentuado a partir da década de 1930, de conscientização de seu atraso, passando a empregar a categoria teórica de subdesenvolvimento (Fonseca, 2003). Nesta perspectiva, mais endógena de compreensão das concepções e práticas desenvolvimentistas da América Latina, o autor irá dotar o significado do termo a partir de suas experiências históricas e das características que o compõem, não necessariamente localizando no fenômeno discursivo sua produção de sentido, como feito por Sachs (2010) ao situar o discurso de Truman.

A atuação do Fundo Monetário Internacional - FMI e do Banco Mundial, ambos criados imediatamente ao final da Segunda Guerra, serviriam como forte indutor da perspectiva de desenvolvimento defendida por seus agentes idealizadores, centralmente os EUA, que lideraram as propostas em torno das formas de atuação, contratos e ajustes necessários para a atuação dessas instituições. Como maior investidor dos fundos financeiros que constituíram o Banco Mundial, os EUA definiram os princípios constitutivos e as regras de financiamento destinadas a subsidiar o desenvolvimento de países que não se desenvolveram devido à escassez de capital para estímulo dos fatores de produção (Alves, 2009).

Desde então, o sentido de desenvolvimento manifesta uma hegemonia política estadunidense e de outros países industrializados do Norte global, o que marca uma nova leitura e compreensão de si mesmo, nações desenvolvidas, e do outro, “subdesenvolvido”, sentido este amplamente aceito desde seu anúncio por diferentes agentes globais (Esteve, 2010), tendo uma forte penetração no discurso acerca das identidades nacionais em relação a patamares mais ou menos desenvolvidos de seus países. O sentido de desenvolvimento tem expressado, explícita ou tacitamente, um contínuo processo de evidenciação de um estado e uma busca por sair de uma condição indigna de subdesenvolvimento a que grande contingente de países e populações mundiais estariam submetidas. Independente das inúmeras nuances de sentido que a palavra desenvolvimento possa ter a depender do contexto em que é empregada, ela não deixa de conter os sentidos que a formaram - crescimento, evolução, maturação, - constituindo assim, ao mesmo tempo, um lembrete daquilo que seus precursores são e aquilo que seus caudatários não são (Estevan, 2010).

Em publicação de 2015, Pedro Fonseca apresenta uma análise acerca do conceito de desenvolvimentismo na América Latina que tem o mérito de identificar atributos centrais deste conceito tanto do ponto de vista teórico quanto de experiências históricas praticadas por governos da região. Nos deteremos neste momento a analisar obra do referido autor para compreender aspectos mais específicos da noção de desenvolvimentismo no latino américa.

A primeira parte da investigação sobre o conceito de desenvolvimentismo na América Latina é dedicado a uma revisão teórica do tema a partir da leitura e análise de vários autores. Uma constatação da leitura é o quanto o desenvolvimentismo é um conceito polissêmico e tratado a partir de diferentes perspectivas teóricas. O esforço do autor é justamente encontrar pontos de convergência entre as propriedades que define o conceito de desenvolvimentismo e definir atributos em comum. Nesse sentido, Fonseca (2015) sintetiza três características comuns ao conceito: 1) a existência de um *projeto deliberado* ou *estratégia* tendo como objeto a nação e seu futuro. Esta pode ser associada, com certa licenciosidade, a *projeto nacional*, desde que não se entenda por isso repulsa ao capital estrangeiro nem rompimento com a ordem internacional, mas simplesmente a nação como epicentro e destinatária do projeto; 2) a *intervenção consciente e determinada do Estado* com o propósito de viabilizar o projeto, o que supõe atores aptos e capazes para executá-lo no aparelho do Estado e com respaldo social e político de segmentos e classes no conjunto da sociedade e; 3) A *industrialização*, como caminho para acelerar o crescimento econômico, a produtividade e a difusão do progresso técnico, inclusive para o setor primário (Fonseca, 2015, p. 20 e 21).

O autor irá testar um conjunto de atributos do conceito de desenvolvimentismo mapeados nas formulações teóricas dos autores revisados em experiências históricas da América Latina, buscando identificar quais características emergem nas experiências práticas de 34 governos de 8 países, entre os anos de 1930 e 1979. Concluí que, no núcleo significativo do conceito de desenvolvimentismo temos os seguintes atributos definidores (Fonseca, 2015, p. 36):

- i) projeto nacional deliberado, ou estratégia para a nação;
- ii) intervenção estatal consciente para viabilizar o projeto de desenvolvimento;
- iii) industrialização;

iv) capitalismo como sistema econômico.

Entre os atributos mais citados, mas não com a recorrência suficiente para integrar os atributos nucleares do conceito, está o conceito de “burocracia como agente relevante para formular e/ou executar seu projeto”, com 79%. Por sua vez, os atributos com menor porcentagem, e somente observados em menos da metade dos governos pesquisados, foram os referentes a “aspectos sociais”: reforma agrária (44%) e redistribuição de renda (41%). Destacamos este atributo de burocracia como agente relevante para formular e executar projetos desenvolvimentistas pois veremos, mais adiante, como ele se associa ao planejamento, e por conseguinte, à avaliação.

A partir de revisão teórica e análise de experiências históricas, Fonseca (2015) define o entendimento sobre desenvolvimentismo da seguinte forma:

Entende-se por desenvolvimentismo a política econômica formulada e/ou executada, de forma deliberada, por governos (nacionais ou subnacionais) para, através do crescimento da produção e da produtividade, sob a liderança do setor industrial, transformar a sociedade com vistas a alcançar fins desejáveis, destacadamente a superação de seus problemas econômicos e sociais, dentro dos marcos institucionais do sistema capitalista (Fonseca, 2015, p. 40).

Uma característica importante de se destacar a partir do mapeamento dos atributos do conceito de desenvolvimentismo é que este se constitui em *uma resposta para superar o subdesenvolvimento*, ou seja, supõe a existência de países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Pedro Fonseca (2015) identifica em sua revisão e análise da trajetória do conceito uma forte influência da filosofia positivista em detrimento da filosofia do liberalismo que marcou o processo de desenvolvimento nos países ricos da Europa e posteriormente dos Estados Unidos. Neste aspecto o autor aponta que as recomendações de Auguste Comte (somadas a contribuições de outros pensadores, como Saint-Simon, Stuart Mill e Spencer) foram adaptadas por seus seguidores ao contexto latino-americano, com variantes de país para país, às vezes com relativo afastamento das propostas originais. Todavia, entre as suas teses mais difundidas e inspiradoras para a formação do desenvolvimentismo latino-americano em sua gênese, podem-se ressaltar as relacionadas a seguir (Fonseca, 2015, p. 24 e 25):

- **A história como um processo evolutivo**, com etapas progressivas a serem percorridas. Daí decorria a concepção de passado e de futuro entrelaçados, ou seja,

os problemas coevos passaram a ser percebidos como “atraso”; não eram fatalidade, tampouco inalteráveis. O futuro deveria ser construído, e a evolução, embora gradual, poderia ser acelerada. A aceleração do crescimento econômico e da produtividade será uma bandeira das mais caras aos governos desenvolvimentistas;

- **O intervencionismo, porquanto caberia aos governantes a tarefa de enfrentar as barreiras que se antepunham ao progresso.** Daí a ampliação da agenda do Estado, ao qual se delegava papel ativo, muito além de políticas anticíclicas em conjunturas de crise, mas de forma mais abrangente e duradoura; na retórica comtiana, “quando houvesse necessidade social”;
- **A noção, decorrente das duas anteriores, de que a *política deveria preceder a economia*, posto que a ação humana poderia (e deveria) alterar o curso da história, além de acelerá-lo.** Ao contrário do paradigma hegemônico, de cunho liberal, cujo programa de pesquisa procurava descobrir leis inerentes ao mercado ou ao sistema econômico na ausência de intervenção, aqui o mercado era entendido como instituição e, como tal, regulado ou subordinado a decisões prévias.

Indo ao limite, em suas experiências mais maduras, o desenvolvimentismo defenderá o planejamento, entendido enquanto um conjunto consciente e racional de ações a ser implementado de forma concatenada e acompanhada, com a explicitação de objetivos, metas, meios e instrumentos para alcançá-los (Fonseca, 2015).

Neste aspecto, é incontornável considerarmos, ainda que não nos aprofundemos neste momento, que as iniciativas em torno da ideia de desenvolvimento, na América Latina, por intermédio das ações dos Estados nacionais, se desdobraram em setores específicos, como foi o caso do Planejamento. Aqui nos parece oportuno tomar um desvio e apresentar, ainda que resumidamente, algumas características e tensões que perpassam a relação entre o discurso do desenvolvimento e as práticas de Planejamento em Saúde.

Rivera e Artmann (2012) apontam que o Planejamento se torna matéria de Estado no bojo da planificação estatal com pretexto teleológico de desenvolvimento econômico a partir da revolução russa, em 1917. Segundo os autores, a intervenção do aparato dos Estados Nacionais volta a ser pautada a partir dos desdobramentos da crise

financeira de 1929 e, posteriormente, na reconstrução econômica e social do pós-guerra nos países de economia liberal, movimento este que relativizou o caráter autoritário com que até então era vista a experiência de planificação soviética, a despeito de seus sucessos (Rivera e Artmann, 2012).

Tal contexto, de meados do século XX, ensejou ao menos duas perspectivas de Planejamento intrinsecamente relacionados ao tipo de sociedade vigente: um planejamento global da economia, diretivo e fortemente centralizado no poder do Estado, típico das sociedades socialistas do bloco soviético, e um planejamento indicativo, reformista, praticado nas sociedades capitalistas liberais, onde o Keynesianismo se tornaria a principal referência teórica (Rivera e Artmann, 2012). Ambas as abordagens de planejamento influenciaram as experiências latino-americanas a partir da metade do século XX, e produziram em nossa região práticas diversas, sendo associado aos contextos históricos, políticos, sociais, ideológicos e econômicos específicos.

Em um contexto de crise dos países latino-americanos e formulações e propostas em torno da mudança das bases econômicas importadoras desde pelo menos a década de 1940 (Onocko-Campos, 1998), que legou à região um papel subalterno na organização do trabalho mundial, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), fundada em 1948, no Chile, passa a ter grande influência nas perspectivas e elaborações em torno do planejamento, notadamente a partir de suas características desenvolvimentistas (Rivera e Artmann, 2012). O discurso da CEPAL produziu efeitos de sentido em torno da necessidade do chamado desenvolvimento integrado, que considera o desenvolvimento como fenômeno multisetorial, ainda que o caráter economicista tenha prevalecido. De qualquer forma, neste período o discurso em torno do desenvolvimento integrado permite que setores específicos sejam abordados a partir da lógica do Planejamento, entre eles o setor Saúde, que a partir de críticas ao modelo de planejamento normativo praticado até então passa a ser mais difundido, já no final da década de 1970 (Furtado et al., 2018).

O Planejamento em Saúde terá impulso importante a partir da abordagem desenvolvida pelo Centro Nacional de Desenvolvimento (CENDES), órgão criado na Universidade Central, na Venezuela, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O método CENDES-OPS, publicado em 1965, é considerado um marco inaugural do Planejamento em Saúde na América Latina, e se constituiu centralmente pelo

discurso da eficiência no uso de recursos escassos (Onocko-Campos, 1998). Essa abordagem enfatiza ainda priorização das ações em agravos de saúde que incidem em maior mortalidade e que podem ser enfrentadas com o menor custo possível, associado à normatização econômica dos instrumentos envolvidos nas atividades de Saúde (Rivera e Artmann, 2012).

Considerado expoente do chamado enfoque normativo do planejamento (ou “o” método por excelência deste enfoque, segundo Onocko-Campos (1998), o CENDES-OPS se caracteriza por uma lógica tecnocrática e uma perspectiva de eficiência econômica que, ou não considera a perspectiva política das decisões, ou a relativiza (Rivera e Artmann, 2012). Ainda assim, o método é tido como aquele que enfatizou no período o compromisso de produzir mudanças em indicadores chaves de saúde das populações, estabelecendo a importância de atributos como impacto, resultados e eficácia, dimensões que ecoariam por muitas décadas no discurso do Planejamento em Saúde (Onocko-Campos, 2001).

Tão logo emergiu, o CENDES-OPS foi imediatamente alvo de críticas e oposições, inclusive por atores que participaram de sua formulação, como o argentino Mario Testa, e sua elaboração em torno do enfoque de Pensamento Estratégico, assim como o chileno Carlos Matus, com a influente abordagem do Planejamento Estratégico Situacional, o PES².

A partir de meados da década de 1970, afetada por várias determinações históricas, como o surgimento de governos militares na região e críticas ao esgotamento do discurso desenvolvimentista, a abordagem estratégica do planejamento irá emergir com força, influenciada por formulações críticas que enfatizam o caráter político do planejamento (Furtado et al., 2018).

² O PES é uma abordagem que parte de um diálogo com várias correntes de pensamento críticas ao positivismo, compreendendo o caráter interativo do planejamento. Considera necessário o cálculo estratégico a partir de uma análise de viabilidade, onde os critérios políticos são fundamentais. Diferentemente dos modelos normativos, onde se supunha uma relação de controle da realidade capaz de sustentar uma imagem ideal do futuro que se pretendia alcançar, no PES o componente da predição é baixo e incerto, por isso a importância de se trabalhar com cenários possíveis e com planos de final aberto. Matus desenvolve uma abordagem metodológica ampla e detalhada, organizada em diferentes momentos e ofertando um conjunto de ferramentas analíticas e operacionais para implementação de seu método de planejamento. Seu modelo de processamento dos problemas e construção de soluções se ampara em vários protocolos práticos que viabilizaram e viabilizam a implementação do PES em diferentes contextos institucionais, como no setor Saúde (Rivera e Artmann, 2012).

Os dois autores acima citados, especialmente o segundo, Matus, foi e ainda é muito influente no contexto brasileiro, em geral, e na Saúde, em especial, ainda que sua obra não seja direcionada especificamente a este setor, tendo ambos influenciado o movimento sanitário brasileiro (Furtado et al., 2018). Localizar neste ponto o debate em torno das concepções de planejamento, ainda que não nos debruçemos sobre ele neste momento, é importante, pois a nosso ver, as tensões que se originaram neste âmbito podem ter influenciado de alguma forma a futura trajetória da avaliação enquanto (ainda que inicialmente) componente do planejamento em sua inter-relação com a discurso desenvolvimentista.

Retomando a caracterização do conceito de desenvolvimento e avançando além do período delimitado pelo autor que vimos nos debruçamos mais detalhadamente (Fonseca, 2015), o conceito de desenvolvimento - fortemente associado a uma visão de crescimento econômico e aumento da produção de bens materiais, visto que se espelhava na experiência de industrialização dos países do Norte global - foi gradualmente assimilando as desigualdades e questões sociais enquanto variáveis a serem consideradas ao crescimento econômico, primeiro enquanto entrave para este crescimento, depois enquanto dimensões interdependentes e mesmo produtos do crescimento econômico acelerado (Estevan, 2010). Os relatórios com métricas sociais publicados pelo então recém-criado Instituto de Pesquisa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social, na década de 1960, dão conta desta mudança de concepção, culminando na compreensão de que o desenvolvimento econômico deixava para trás e até mesmo criava grandes áreas de pobreza.

Ainda que não se trate de subestimar as consequências sociais do crescimento econômico acelerado e mesmo considerando ações voltadas à resolução de questões sociais nos países “subdesenvolvidos” a partir da oferta de serviços sociais básicos, houve um predomínio do discurso econômico em torno da industrialização enquanto motor das mudanças sociais observadas (Estevan, 2010). Tal afirmativa se coaduna com aquilo que Fonseca (2003; 2015) afirma em relação à ênfase da industrialização enquanto um dos núcleos principais que lhe constituem o sentido de desenvolvimentismo, conjuntamente com a existência de um plano ou uma estratégia de ação em torno de um projeto nacional e a intenção deliberada de um Estado viabilizador deste projeto.

É somente a partir de 1962 que o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas recomenda expressamente que tanto a dimensão econômica quanto a dimensão social devam compor o conceito de desenvolvimento, inserindo o conceito de qualidade de vida (Estevan, 2010). A concepção de desenvolvimento que considerava dimensões sociais foi ganhando mais densidade na década de 1970, de forma que as ações sociais focadas em grupos e segmentos específicos foi amplamente utilizada, já que ações assim poderiam oferecer aplicabilidade universal e ser adaptada para cada país implementado. Neste momento, o desenvolvimento tinha como foco a satisfação das necessidades básicas das populações de cada país. Esta reorientação culminou com a promoção do termo desenvolvimento endógeno por partes de especialistas da Unesco, uma crítica mais contundente acerca do desenvolvimento cuja lógica supunha ser possível que nações “subdesenvolvidas” imitassem as nações industrializadas (Estevan, 2010). Embora avançasse em uma concepção menos impositiva sobre os padrões de desenvolvimento, a própria Unesco iria reconhecer em conferência em 1978 que tal concepção tenderia a dissolver o próprio conceito de desenvolvimento, já que não haveria garantia da implementação de um modelo se, de fato, toda a estratégia fosse oriunda das diferentes culturas e contextos sociais específicos de cada país (Estevan, 2010).

Os anos 1980 foram marcados por ajustes econômicos que limitaram as estratégias em torno do desenvolvimento, intensificando a atuação de organizações como o Banco Mundial, que neste período impôs crescentes contrapartidas aos países latino-americanos em função das negociações de suas dívidas externas, de forma que as estratégias em torno das ações de desenvolvimento social deveriam seguir as orientações marcadamente neoliberais desta instituição (Alves, 2009).

Foi na década de 1990 que a noção de desenvolvimento sustentável e a agenda do meio ambiente passaram a compor o discurso em torno deste conceito, a partir da publicação, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 1990, do primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano (Estevan, 2010). A utilização do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é adotada neste período, tendo como meta o alcance de metas específicas até o ano 2000. O período também foi fortemente marcado pelo debate acerca da redefinição do papel do Estado nas ações e estratégias de desenvolvimento, onde o Banco Mundial mais uma vez se destaca enquanto instituição orientadora deste discurso aos países com os quais mantinha relações contratuais de financiamento (Alves, 2009).

O fato de o discurso acerca do conceito de desenvolvimento ter perdido o apelo até então observado até a década de 1980, antes da orientação geral de restrição de investimentos públicos e proeminência do Estado enquanto indutor de planos nacionais, atributos centrais ao conceito, conforme Fonseca (2003), não significa que seus sentidos deixaram de ser mobilizados na atualidade. De fato, conforme o mesmo que aqui vimos dialogando:

O uso do termo teórico não constitui opção: encontra-se no debate cotidiano dos economistas e dos *policymakers*, na academia, no setor público, nas agências de fomento e na mídia, inclusive com larga frequência entre aqueles que criticam “a volta do desenvolvimentismo”. Se isso ocorre, é porque o termo se faz necessário, portanto, “historicamente é” (Fonseca, 2003. p.63)

Assim, ao emergir enquanto matriz significativa de sentidos aos indicadores sociais empregados na gestão, planejamento e avaliação de políticas públicas, entre elas a Saúde, o conceito de desenvolvimento operam enquanto interdiscurso que compõe e define o sentido historicamente determinado para o emprego dos indicadores sociais enquanto ferramentas associadas ao acompanhamento da dimensão empírica dos ideais de desenvolvimento em suas diferentes nuances. Ou seja, ao tratarmos de indicadores sociais não estamos apenas lidando com ferramentas, instrumentos ou artefatos neutros e que independem de sua constituição discursiva ideológica e histórica, pois fazer isso seria o mesmo que negar sua própria razão de ser e suas características que persistem no tempo, a despeito das mudanças em torno dos projetos de desenvolvimento. Atualmente, a título de exemplo, o apelo aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) adotados pelas Nações Unidas em 2015 e buscado por governos e instituições privadas parecem reaquecer a predominância destes indicadores enquanto catalisadores do discurso do desenvolvimento.

Ademais, a apreensão feita por Estevan (2010), autor que vimos aqui dialogando acerca do conceito de desenvolvimento e sua ideologia parece apontar com precisão, ainda que talvez involuntariamente, a função ideológica à qual os indicadores sociais parecem aportar à operacionalização do conceito de desenvolvimento:

A palavra define uma percepção. Isso se torna, por sua vez, um objeto, um fato. Ninguém parece duvidar que o conceito não alude a fenômenos reais. Eles não percebem que é um adjetivo comparativo cuja base de sustentação é a suposição, muito ocidental, mas inaceitável e indemonstrável, da unidade, homogeneidade e evolução linear do mundo. Apresenta uma falsificação da realidade produzida pelo **desmembramento da totalidade dos processos**

interligados que compõem a realidade do mundo e, em seu lugar, substitui um de seus fragmentos, isolado dos demais, como ponto de referência geral. (Estevan, 2010, p.07, grifo nosso)

O fragmento em questão nos dá o gancho perfeito para abordar a característica reiteradamente mencionada acerca dos indicadores sociais, sua filiação ao empirismo. Tal característica é reiteradamente associada aos indicadores e sua função metodológica, mas, afinal, o que implica tal lógica empirista à investigação das intervenções sociais? Em que medida tal reflexão tem sido proposta quando da discussão acerca dos indicadores sociais?

3.3. Indicadores e empirismo

Até aqui vimos nos debruçando na análise da conjuntura discursiva do enunciável em torno do conceito de indicadores sociais e sua indissociabilidade das práticas discursivas em torno do conceito de desenvolvimento. Poderíamos afirmar que os indicadores sociais têm sua trajetória histórica e emergência enquanto dispositivo operacional do conceito de desenvolvimento em suas diferentes dimensões, ou desenvolvimentismo a partir dos sentidos que ganhou ao longo das experiências latino americanas, associado ainda às concepções de bem estar social praticados nos EUA e Europa, e que incidiram ainda na América Latina por intermédio das agências multilaterais à medida em que crescia o arco de influência e intervenção dos ditos países desenvolvidos sobre os países subdesenvolvidos. Seja por um processo de “tomada de consciência” de seu estado subdesenvolvido (Fonseca, 2003), seja pela rotulação imposta pelas potências do Norte (Sachs, 2010; Estevan, 2010), o fato é que o conceito de desenvolvimento opera enquanto ideologia nos campos técnicos, políticos e econômicos, mobilizando os sentidos empregados nas diversas intervenções praticadas ora pelos estados nacionais, autoritários ou democráticos, ora pelas agências multilaterais, seja a partir de agendas impostas por contratos econômicos, seja através de mecanismos de “colaboração”.

Não nos interessa neste momento uma análise formal sobre como os indicadores sociais têm sido descritos, sua taxonomia ou as formas como têm sido classificados, seus atributos e diferenciações. Tais construções nos parecem adequações mais ou menos operacionais, e não incidem nos sentidos historicamente determinados pela ideologia do

desenvolvimento, ainda que possam ser indícios de um alargamento de sentidos ou adequações históricas diante das dinâmicas políticas que tencionaram seus limites.

Nos interessa aqui, como no movimento inicial que nos mobilizou a definir os indicadores sociais como objeto a ser investigado, aprofundar na análise entre a relação dos indicadores sociais com o qualificativo “empírico”. Nos autores e obras que vimos dialogando, tal associação dos indicadores sociais enquanto meio de mensurar ou compreender aquilo que é “empírico” é marcante, e opera a partir de uma relação semântica de equivalência, predicado, paráfrases e condicionantes, tais como de “maior competência” e relação direta com o “real” ou a “realidade”. Tal relação emerge de forma naturalizada na formação discursiva em torno dos indicadores sociais, dispensando maiores explicações teóricas acerca desta relação, onde o Empirismo e suas bases ontológicas e epistemológicas se expressam de forma tácita, mas ainda assim com sentidos ideológicos evidentes: indicadores sociais como mecanismos operadores de um modo de investigação empirista que mediam a relação entre seus enunciados e os sentidos produzidos em sua materialidade.

É assim que a discursividade se apresenta ao analisarmos o corpus que vimos dialogando até aqui em seus enunciados acerca da conceitualização sobre indicadores sociais. Em Jannuzi (2005) temos o seguinte enunciado: “*Sempre que possível, deve-se procurar empregar indicadores de boa cobertura territorial ou populacional, que sejam representativos da realidade empírica em análise. (Jannuzi, 2005, grifo nosso)*”. No excerto em questão, é possível observar que o termo “empírico” opera enquanto predicativo do objeto “realidade”, ou seja, à realidade se agrega o empírico, de forma a compor uma realidade específica e distinta. Em outra construção de sentido sobre indicadores sociais, o mesmo autor afirma: “*Os indicadores objetivos referem-se a ocorrências concretas ou a entes empíricos da realidade social, construídos a partir das estatísticas públicas disponíveis [...] (Jannuzi, 2005, grifo nosso)*”. Nesta construção, “entes empíricos da realidade social” opera como paráfrase de “ocorrências concretas”, cujo sentido também enfatiza a existência de uma determinada realidade.

Em outro artigo, ao tratar da aplicação dos indicadores sociais, o autor traz a seguinte afirmativa: “*Se bem empregados, os indicadores sociais podem enriquecer a interpretação empírica da realidade social e orientar de forma mais competente a análise, formulação e implementação de políticas sociais (Jannuzzi, 2012, grifo nosso)*”.

Nota-se na referida sequência discursiva uma conjunção subordinativa condicional, onde temos “se bem empregados” condicionando o uso de “mais competente”; ou seja, lê-se que os indicadores sociais condicionados a uma epistemologia empirista enquanto forma de se conhecer a “realidade” de forma mais competente. “Mais competente” funciona de forma comparativa com formas tidas como menos competentes de analisar, formular e implementar políticas sociais, aquelas que não empregam (bem) os indicadores sociais; poderíamos ler em tal afirmativa afirmativas que estas outras formas seriam aquelas menos científicas.

Além destas sequências discursivas advindas de reconhecido e referenciado autor brasileiro ao conceitualizar os indicadores sociais, em outras obras que vimos aqui dialogando, tal relação intrínseca também emerge, como nos exemplos abaixo:

Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, **como base empírica** (OPAS, 2008, grifo nosso)

[...] a mensuração do desenvolvimento socioeconômico de um país, região ou município por meio de indicadores pode complementar e subsidiar **empiricamente** um trabalho, mas jamais poderá substituir a análise qualitativa. (Siedenberg, 2003, grifo nosso)

Embora os métodos de construção de indicadores e os processos estatísticos sejam problemas relevantes, ainda mais importante é a questão do que se pretende medir por meio dos indicadores, ou seja, aquilo que é teoricamente importante e **empiricamente relevante**. (Siedenberg, 2003, grifo nosso).

Temos, dessa forma, uma discursividade que compreende os indicadores enquanto mecanismos de investigação empírica da realidade, ou ainda, meios, formas ou instrumentos mobilizados para se acessar tal realidade empírica, ou partes desta. Tal relação é evocada na literatura que vimos analisando, mas não se percebe uma maior consideração acerca do que viria a ser esta dimensão empírica que aparece de forma naturalizada no discurso acerca dos indicadores sociais, e que nos parece aqui, importante de ser elucidada.

Entre muitas possibilidades de conceitualização da racionalidade empirista, a contribuição de Pedro Demo (1995) em seu livro: “Metodologia Científica em Ciências Sociais” nos ajuda a compreender a relação entre indicadores e avaliação, considerando esta última enquanto um tipo de pesquisa social aplicada (Shadish et al., 1991). Em capítulo específico do referido livro, o autor se dedica a abordar as bases empíricas da pesquisa social, e logo no início já aponta sua hipótese central:

[...] a questão da empiria coloca, antes da coleta e do uso do dado empírico, problemas teóricos, porque um dado não fala por si, mas pela boca de uma teoria. O dado não é em si evidente, mas feito evidente no quadro de referência em que é colhido (Demo, 1995, pp. 133).

Repousa nesta premissa questão que vimos apontando acerca da naturalização da relação entre indicadores sociais e empirismo, onde nota-se uma ausência de justificativa teórica acerca desta relação, justamente a questão apontada por Demo ao tratar das bases epistemológicas da ciência, onde o autor estranha a questão acima destacada, já que, para muitos, a base empírica da pesquisa social seria algo evidente e que por isso dispensaria maiores justificações teóricas (Demo, 1995, pp. 133). É justamente nesta evidência naturalizada no discurso, destacada pelo autor, que opera seu mecanismo ideológico de reprodução, a partir da produção de relações de reconhecimento, se afastando da elaboração teórica sobre essa relação, o que apontaria para a passagem de um reconhecimento (modo de perceber e se relacionar com o mundo a partir de um interdiscurso ideologicamente determinado, inconsciente e á-histórico) para o conhecimento (relação com o mundo mediada pela teoria, consciente e historicamente determinado), como vimos em Althusser (2009) acerca do trabalho teórico.

Posto desta forma, é possível compreender o empirismo enquanto uma conduta investigativa que repousa sobre o primado da indução empírica, marcada pela tradição da chamada escola inglesa, cuja alguns autores canônicos são: Francis Bacon, 1561-1626, John Locke, 1632-1704, John Stuart Mill, 1806-1873 e David Hume, 1711-1776. (Demo, 1995, pp. 134). Em oposição a uma tradição especulativa, o empirismo irá determinar que a busca científica precisa submeter-se ao controle e ao teste experimental, onde o fato existe ou não existe, e não possui uma existência ideal, especulativa e teórica. Vem desta lógica a máxima empirista de que “*o dado se impõe ao sujeito, porque já deteria em si o conteúdo informativo evidente, independentemente de qualquer posicionamento teórico*” (Demo, 1995, pp.135). A distinção empirista está não só no pressuposto da existência de um objeto independente de ser conhecido, o que é uma tese materialista, mas também que este objeto contém em si e de modo imediato seu próprio conhecimento, cabendo ao cientista a função de extraí-lo (Althusser, 2019).

Tal questão está posta no cerne da investigação acerca das formas de se produzir um conhecimento válido, onde a distinção ou a qualificação das abordagens como

objetivistas e subjetivistas é tradicionalmente compreendida a partir de relações dicotômicas. Reside na perspectiva baconiana a crítica fundamental acerca daquilo que seria uma característica “contemplativa” presente na tradição filosófica clássica, pouco preocupada com o controle da natureza enquanto meio para o progresso científico com vistas a resolução das necessidades humanas (Oliveira, 2010). As formulações de Bacon trataram de diferenciar o tipo de conhecimento construído a partir do chamado método científico, por ele formulado, daquele tipo de saber advindo do conjunto de influências tidas como verdades, mas que emanam de “falsos constructos” que afastariam a compreensão verdadeira da realidade, os chamados *ídolos* (Ibid., 2010). O discurso científico empirista julgou ter superado a Filosofia, tida como o reino dos enunciados empiricamente incontroláveis, e, nas palavras de Demo (1995): “*inoculou na produção científica o senso pragmático do útil, porque a especulação não só é incapaz de conhecer a realidade, mas também não apresenta utilidade imediata*” (pp. 136).

A compreensão de que a partir de um método de investigação estruturado e disciplinado seria possível acessar uma “realidade objetiva” é apresentado por Bacon a partir da aplicação de três etapas: 1) observação do maior número possível de dados; 2) formulação de uma hipótese sobre a lei natural atuante nos fenômenos observados; e 3) teste da hipótese por meio de um experimento decisivo (Oliveira, 2010). Estas três etapas serviram de base para o desenvolvimento do método científico ao longo dos séculos XVII até o século XX, tendo como pressuposto a aplicação do princípio da verificabilidade indutiva, ou seja, a experimentação (Saiani, 2004). Do ponto de vista ontológico, esta abordagem de compreensão e produção da ciência baseia-se na premissa da existência de uma realidade objetiva independente e que pode ser acessada pela percepção, desde que não seja ofuscada pela ação humana e a influência dos chamados *ídolos*, elementos subjetivos que impedem o acesso à verdade objetiva (Saiani, 2004).

Ainda no âmbito da epistemologia da ciência tradicional, em oposição ao conceito de verificabilidade proposto pela abordagem indutiva de Bacon, Karl Popper (1902-1994) irá introduzir o conceito de mecanismo de falseabilidade, onde a última etapa do método científico seria caracterizada por tentativas de refutar as conjecturas elaboradas, em um exercício dedutivo (Ibid., 2010). Tanto o pensamento baconiano quanto as formulações de Popper e sua oposição crítica ao princípio indutivo compõem aquilo que podemos chamar de epistemologia normativa, cuja função é a de prescrever metodicamente como os cientistas deveriam praticar a ciência (Jacobina, 200).

Uma primeira característica do pensamento de Popper e que terá implicação em sua concepção acerca da produção de conhecimento se refere a esta ideia de falseabilidade, na qual o autor associa uma verdadeira postura científica àquela livre de crenças humanas demasiadas subjetivas (Ibid., 2010). Aqui o autor se distancia da lógica da indução e propõe seu método hipotético-dedutivo, onde se experimenta por meio de testes empíricos as formulações teóricas, uma vez que não seria possível generalizar os testes indutivos das teorias (Demo, 1995). Ao contrário do critério de verificabilidade, Popper propõe o princípio da falsificabilidade, onde bastaria o recurso a um só caso concreto negativo para que uma hipótese teórica fosse refutada (Demo, 1995). Tal raciocínio encontra enorme força no raciocínio científico tradicional contemporâneo, onde o científico é tido como aquilo que ainda não foi comprovado negativamente, ou a afirmativa de que uma verdade científica só é aceita enquanto tal enquanto não for desmentida.

Popper estabelece a existência de dois tipos de conhecimentos e pensamentos: um conhecimento ou pensamento subjetivo e um objetivo. Esta distinção permite ao autor valorar aquele conhecimento no qual é possível ao homem estabelecer os problemas que serão investigados, elaborar teorias explicativas e buscar argumentos e experimentos para produção de um conhecimento objetivo. O conhecimento objetivo é independente de quaisquer tipos de preferências emanadas da subjetividade. O autor eleva este pensamento ao máximo na seguinte formulação sobre as propriedades do conhecimento objetivo: “[...] *conhecimento sem conhecedor, o conhecimento sem sujeito que conheça.*” (Ibid, 2010).

Como afirmou Demo (1995), a crítica de Popper se restringiu ao nível metodológico da ciência empírica, e não ao da realidade social; se limitou, portanto, a questionar as bases epistemológicas do empirismo indutivo, mas não avançou em uma crítica à ontologia empirista, dando seguimento à tradição objetivista de Bacon e ajudando a construir as concepções modernas de ciência e as relações entre sujeito conhecedor e realidade investigada. A centralidade de um método criterioso e disciplinado e o esforço em afastar possíveis ídolos que atrapalhariam com seu apelo subjetivista (as paixões) a investigação da realidade são elementos que compõem suas formulações, que aprofundaram a cisão entre as dimensões objetivas e subjetivas do pensamento e pavimentaram o caminho que instalou no cerne do discurso científico o empirismo enquanto doutrina dominante, o que para Althusser (2019) corresponde a uma filosofia científica idealista.

Instala-se, dessa forma, o problema de demissão teórica do empirismo, onde se nega o trabalho teórico na constatação empírica, como se o dado fosse evidente por si mesmo. Popper não irá negar o primado das formulações teóricas, mas irá compreendê-las enquanto hipóteses provisórias, cuja qualidade é ser falsificável. Os enunciados empíricos nesta formulação, seria aquele nível de evidências passíveis de testes empíricos, partindo-se de generalizações teóricas, em um primeiro movimento, e deduzindo enunciados cada vez menos gerais até o limite de enunciados empíricos (Demo, 1995).

Os indicadores emergem na lógica da pesquisa empírica no chamado processo de operacionalização, momento da pesquisa de “*descida de um conceito para seus referenciais empíricos*” (Demo, 1995, pp.168). Os indicadores são, assim, os referenciais empíricos de um conceito mais amplo, e que, após serem definidos, devem ser submetidos a testes.

Embora definidos muitas vezes de forma abrangente, os conceitos são operacionalmente banalizados, como se os indicadores e índices criados fossem a expressão exata, mais válida ou ideal dos conceitos teóricos indicados. Uma teoria nunca se exprime em sua totalidade por meio de seus resíduos empíricos, pois o indicador nunca é a coisa em si. Em suma, os indicadores são indícios de uma realidade mais complexa, e operam uma “descomplexificação” dos fenômenos sociais quando aplicados enquanto sínteses teóricas; no caso da avaliação, pode ainda homogeneizar dados e indícios enquanto critérios empíricos definitivos, redundando a prática avaliativa em simples colheita e teste de indicadores.

A dominância ideológica do empirismo sob o enunciado em torno dos indicadores impõe uma dicotomia de fundo entre teoria e prática, seja ao hierarquizar estes domínios ao estabelecer um primado do empírico observável sobre o teórico, como em Bacon; seja ao situar os indicadores enquanto resíduos empíricos a partir dos quais se opera testes de falseabilidade de uma teoria generalizável, como é possível depreender a partir da tradição popperiana. Tal oposição se constitui enquanto um mito idealista de pureza do conhecimento científico sobre outras formas de práticas, ainda que se mobilize os mais sofisticados métodos, uma vez que, em uma concepção materialista, sempre mantemos relações práticas com os objetos que nos relacionamos, e é preciso trabalhar

neles para conhecê-los, e ao fazê-lo sempre partimos de ideias que misturam saberes e ideologia de modo indissociável (Althusser, 2019; 1979).

3.4. Sentidos do discurso sobre indicadores nas práticas avaliativas

A investigação empreendida neste capítulo teve como ponto de partida um estranhamento com a proeminência dos indicadores enquanto componente intrínseco à avaliação, de tal forma que sua obviedade nos levou a buscar compreender a conjuntura discursiva em torno dos indicadores. Vimos que os indicadores sociais têm historicamente operado enquanto dispositivos de investigação de dimensões do conceito maior de desenvolvimento e bem-estar social, e suas muitas sub-dimensões empiricamente referenciadas, sob a pouco elaborada teoricamente, mas sempre explícita em seus enunciados, epistemologia empirista. Assim compreendido, os sentidos produzidos pelo uso de indicadores sociais em avaliações requerem ponderações sobre o quanto tal uso não implica em reprodução de uma racionalidade empirista e desenvolvimentista, produzindo um discurso cujo estreitamento de sentidos condiciona uma determinada aplicação da avaliação do ponto de vista da abordagem metodológica priorizada e da intencionalidade política.

Mas entendemos que tal análise pode ser beneficiar de uma análise acerca dos efeitos de sentidos que emergem do discurso em torno das práticas de pesquisa em Saúde Coletiva. Para tanto, analisamos um conjunto de artigos componentes da referida edição especial sobre avaliação da revista Saúde em Debate, de 2017, a qual impulsionou a reflexão deste capítulo. Ao analisar os artigos que abordam o tema dos indicadores centralmente em seu conteúdo, temos alguns sentidos em operação que nos interessa compreender a partir de nosso gesto de leitura.

Entre os 23 artigos originais da edição, quatro trazem em seus títulos o termo indicadores com os seguintes qualificadores: “*indicadores qualitativos*”, “*indicadores de avaliação*”, “*indicadores para avaliação*” e “*indicadores de desempenho*”. Um primeiro aspecto que emerge nos artigos é que somente um deles (Alves, et al., 2017) se dedica a conceitualizar os indicadores de forma mais detalhada, enquanto outro (Surjus e Onocko-Campos, 2017) o faz de forma mais sintetizada, em um parágrafo. Ambos mobilizam a mesma autora como referência para construção de indicadores qualitativos, a pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo. Alves, et al (2017), citando trabalho de

Minayo (2008) e Surjus e Onocko-Campos (2017), citando outra obra da mesma autora, assim conceitualiza indicadores:

Os indicadores são uma espécie de **sinalizadores da realidade**, podendo este ser quantitativo ou qualitativo. Eles **servem para** afirmar ou não se os objetivos e os resultados de uma política ou serviços estão sendo bem conduzidos ou alcançados (Minayo, 2008 *apud* Alves, et al, 2017).

Indicadores constituem-se de expressões, tanto numéricas, simbólicas ou verbais para **medir, estabelecer parâmetros, ou revelar** algum aspecto sobre um fenômeno. (Minayo, 2009 *apud* Surjus e Onocko-Campos, 2017, grifo nosso).

A partir da base conceitual apresentada, pouco aprofundada dado o funcionamento ideológico em torno da espontaneidade da filosofia dos cientistas (Althusser, 1979) que parece produzir um efeito de obviedade, nota-se que os indicadores são entendidos como formas de acessar, ou ainda revelar, uma determinada realidade, mas, além disso, aparecem enquanto critérios de avaliação quando afirmado que os indicadores *servem para* afirmar ou não se objetivos e resultados estão sendo bem conduzidos ou alcançados. Desta forma, mais do que aspectos da realidade que podem apoiar o julgamento de valor, aqui os indicadores aparecem como réguas avaliativas do sucesso ou fracasso da implementação e dos resultados de uma política.

O artigo de Alves et al. (2017) faz ainda uma distinção entre indicadores quantitativos e qualitativos, ressaltando que o primeiro tipo “reduz a questão da singularidade e da individualidade às proposições estabelecidas na perspectiva do pesquisador, resultando em indicadores que permanecem externo aos sujeitos investigados” (Alves, et al, 2017). Para os autores, parafraseando Minayo (2008), “*o recurso aos indicadores qualitativos possui a função de expressar a voz, sentimentos, pensamentos, e práticas desenvolvidas pelos atores que estão envolvidos no processo avaliativo* (Minayo, 2008 *apud* Alves, et al, 2017). Ainda em um esforço de conceitualização, os autores enfatizam que os indicadores qualitativos desenvolvidos na pesquisa se darão a partir de base epistemológica hermenêutica, de modo que a “*emergência destes a partir da realidade empírica e concreta e na importância de colocar os usuários e familiares no centro dos processos avaliativos*” (Alves, et al, 2017. grifo nosso).

Podemos compreender a partir do único artigo que se propôs a uma conceitualização dos indicadores mais detalhada que, primeiro, convive um sentido ambíguo acerca do uso dos indicadores, ora como “sinalizadores” de uma determinada realidade, mas imediatamente também exercendo a função de um juízo de valor imediato, na medida em que é entendido enquanto parâmetros que servem para afirmar ou não o sucesso de uma intervenção social. Ao associar indicadores imediatamente à critérios de avaliação, o sentido mobilizado dá conta de que medidores ou sinalizadores de uma determinada realidade dariam conta do exercício de julgar, essencial à avaliação, em uma lógica que emula o discurso empirista tradicional de que os dados falam por si. Ou ainda, que a realidade “concreta” se expressaria por meio de indicadores, e estes seriam eles mesmos os critérios de avaliação. Aqui poderíamos recordar aquilo que Althusser (2015) provoca quanto ao idealismo presente na abordagem empírica, onde o próprio trabalho do cientista seria desnecessário diante de uma realidade que fala por si mesma.

Outra ambiguidade discursiva aparece na distinção sobre indicadores quantitativos e qualitativos, onde se afirma que os indicadores do tipo quantitativo reduziriam as questões singulares dos sujeitos de pesquisa às proposições advindas dos pesquisadores. Mas tal crítica encontra um limite quando se parte de uma concepção acerca dos indicadores enquanto sinalizadores do real e como critérios de avaliação, de forma que, em última instância, ainda que construídos a partir de abordagem qualitativa e com cuidado para refletir as questões advindas dos sujeitos implicados, uma vez estabelecidos, estes irão se sobrepor à outras formas possíveis de conhecimento e de critérios para avaliação. Tal análise se apoia na concepção - também ambígua - que, na verdade, nos parece a base mais evidente desta ambiguidade mais geral; quando se parte da lógica de que os indicadores qualitativos seriam um meio de acessar a realidade empírica e concreta dos usuários e familiares reproduz-se um discurso empirista reducionista, onde a realidade seria aquilo que o método de investigação empírico daria conta de evidenciar. Uma ambiguidade evidente com a concepção hermenêutica de investigação assumida pelos autores, e que pressupõe uma construção de parâmetros capazes de fortalecer a perspectiva política da avaliação das políticas públicas ao reforçar a experiência dos usuários (Guba e Lincoln 2011).

O foco na experiência dos usuários e famílias como base para a construção de indicadores de satisfação com a política pública no referido estudo parece-nos mobilizar os sentidos de indicadores enquanto forma de estabelecer cientificidade à avaliação, já

que, como vimos, ao mobilizar este instrumental, mobiliza-se também sentidos já aceitos e estabelecidos, como a premência dos indicadores para a avaliação. Bases de critérios qualitativos para compreensão do grau de alcance dos resultados de uma política pública, associado ao fortalecimento da participação dos usuários, nos pareceu, no referido texto, não caber em uma concepção empirista onde os indicadores seriam eles mesmos os critérios de avaliação. Mais adiante, os próprios autores irão usar o termo “parâmetros qualitativos” enquanto sinônimo de indicadores, sugerindo uma relativização do termo.

Mas nosso objetivo nesta análise não é realizar uma crítica aos autores ou ao próprio trabalho desenvolvido e expresso no artigo em questão, o que culminaria em tratar o discurso enquanto fenômeno do sujeito, e não como determinação histórica (Pêcheux, 2015), mas antes compreender os sentidos que os indicadores ganham em sua associação com as práticas em avaliação. Nos parece que seria possível estabelecer categorias qualitativas para avaliação da intervenção em questão, tendo como foco a experiência dos usuários, onde tais construções poderiam operar enquanto indicativos que apoiariam o julgamento, mas não necessariamente como indicadores-critérios, mas, ao invés disso, usa-se o recurso aos indicadores e reforça-se sua característica empírica. A pergunta que fazemos e que interessa para nossa investigação é justamente o porquê de tal funcionamento discursivo; por que um determinado discurso se sobressai a outro possível, ainda que o conjunto da abordagem e da intencionalidade encontre na ambiguidade discursiva sinais de não convergência com uma lógica empirista reducionista?

Assim como em Alves, et al (2017), também em Surjus e Onocko-Campos (2017) tem-se uma intencionalidade política declarada de construir indicadores de avaliação para reforçar a participação e a perspectiva dos usuários envolvidos com a política, onde tal elaboração estaria a serviço do conhecimento mais aprofundado da realidade destes grupos, de evidenciar questões, “de tirar da invisibilidade e do silenciamento” por meio da construção de tais indicadores. Ou seja, os indicadores emergem enquanto meio para se construir um processo que associa intencionalidade política com os sujeitos e com as políticas públicas específicas e, ao mesmo tempo, estruturar mecanismos de avaliação que recuperam sentidos de rigor técnico e científico.

Essas concepções e funções dos indicadores aparecem mais evidentes em ambos os artigos, mas em Onocko-Campos et al. (2017) há uma maior discussão em torno do uso deste conceito operativo. O artigo em questão estabelece a construção participativa

de indicadores como forma de diminuir a distância entre os parâmetros de avaliação e as questões presentes no cotidiano das equipes que atuam nos serviços, reforçando a importância do próprio processo de construção e o potencial aumento do uso dos indicadores formulados de forma participativa. Ao final do referido artigo, no entanto, tem-se uma conceitualização própria dos autores acerca dos indicadores, onde se lê:

[...] os indicadores são a expressão de um conceito, e a indissociabilidade entre ambos deve, necessariamente, ser compreendida e considerada pelos agentes, superando a fetichização ou tecnificação desses instrumentos. (Onocko-Campos *et al.*, 2017)

Tem-se aqui a elaboração de que os indicadores seriam expressões de conceitos teóricos, e que sua indissociabilidade seria um caminho para se evitar fetichizações, ou, em outras palavras, uma ênfase exacerbada em instrumentos e medidas em detrimento da compreensão aprofundada de como certos conceitos e teorias se expressam ao serem transportadas para os contextos institucionais e de relações interpessoais de operação das políticas públicas. Ainda que haja uma ponderação acerca da constituição dos indicadores no marco de uma compreensão empirista, como Demo (1995) enfatiza, não se trata de uma relativização, uma vez que se insiste no fato de que tal ponderação passa por reafirmar que este processo que chamamos aqui de decaimento conceitual - da teoria aos indicadores - em alusão a Demo (1995), precisa ser adequadamente compreendida pelos grupos envolvidos. Esta lógica discursiva se evidencia enquanto um mecanismo de adequação de uma determinada racionalidade científica empirista, que busca “objetivar”, “sintetizar”, parametrizar e aportar “discussões sistemáticas”, no interior da experiência das práticas em Saúde vivenciadas por equipes de trabalhadores. O texto do artigo de Onocko-Campos *et al.*, (2017) destaca a dificuldade encontrada no processo de construção dos indicadores:

No processo de construção desses instrumentos, observou-se frequente **dificuldade** em objetivar e sintetizar, em torno de indicadores, ações de diversas naturezas desenvolvidas no interior dos CAPS III. Tais dificuldades evidenciam-se, dentre outras características, na **inexistência de parâmetros sobre aspectos conceituais fundamentais aos serviços** (Onocko-Campos *et al.*, 2017. pp.80. grifo nosso)

As dificuldades observadas ao buscar objetivar as práticas profissionais por meio de indicadores é aqui atribuída a inexistência de parâmetros sobre aspectos conceituais dos serviços, ou seja, atribui-se à dificuldade das equipes em construir indicadores pela

ausência de conceitos, ainda que registre que há ações de diversas naturezas sendo desenvolvidas no interior destes mesmos serviços. Poder-se-ia dizer que o que está sendo afirmado é que as equipes não operam por meio de conceitos estruturados e parametrizados, por isso a dificuldade em construir indicadores, o que aponta para um cenário onde a construção de indicadores seria uma espécie de “teste conceitual”; visto assim, os indicadores seriam mais um instrumento de enquadramento do teórico, onde parte-se de seu fim, do resíduo empírico, - leia-se, indicadores - a fim de reconstituir uma atuação profissional baseada em elaborações teóricas. A pergunta que colocamos aqui é: se tal iniciativa teve como premissa fortalecer a experiência e a elaboração dos grupos de interesse por meio da participação, e ainda fortalecer a política pública por meio do incentivo a práticas parametrizadas com teorias, em que medida começar justamente pelo processo residual das teóricas - o indicador empiricamente referenciado - não é justamente reforçar uma lógica empirista em detrimento de uma construção teórica? Mais uma vez é notável que o sentido político declarado parece se contradizer com o caminho metodológico escolhido, o que nos leva a questionar o porquê de os indicadores terem este apelo racional. Tal esforço parece evidenciar um processo busca incessante por estabelecer uma racionalidade empirista entre avaliadores no campo da saúde. Uma outra pergunta talvez mais provocadora seria: se há a preocupação anunciada de não fetichizar o uso dos indicadores, não se estaria justamente indo na direção oposta a isso quando pesquisas e avaliações que buscam ampliar a participação e elucidar os sentidos e fundamentos teóricos da prática em Saúde estabelecem como ponto de partida a construção, justamente, de indicadores?

No quarto e último artigo da edição especial da revista em análise e que traz o termo indicadores em seu título (Albuquerque e Martins, 2017), temos o foco em uma análise de indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste trabalho, os indicadores em saúde aparecem associados à função de contratualização, pacto e prestação de contas entre entes federativos, ressaltando um caráter ferramental para "negociação consensual”.

Contudo, **a pactuação de indicadores e metas de melhorias deve ser realizada por todos os municípios**, estados, Distrito Federal e União. (Albuquerque e Martins, 2017, grifo nosso)

Além disso, mantém a **sistemática de pactuação de metas de indicadores de saúde a serem atingidos** e cria uma série de novas ferramentas e obrigações para os entes federados (Albuquerque e Martins, 2017, *apud* Brasil, 2011, grifo nosso)

Os indicadores aparecem associados ao cumprimento de metas e planos, o que enfatiza o sentido de instrumentos para controle e acompanhamento de contratos e obrigações dos entes estaduais e municipais das diretrizes emanadas de políticas, normas operativas e planos consolidados pela instância federal. Os autores chamam a atenção para a importância em se definir quadros conceituais acerca das dimensões que compõem o desempenho do sistema de saúde, de modo a corresponder a atributos tidos como importantes, como eficiência, acesso e cobertura, apontando um risco dos indicadores empiristas operarem sem o lastro conceitual, vício do pensamento empirista tradicional, como nos mostra Demo (1995).

O artigo em questão evidencia o uso dos indicadores em grande escala referente à várias dimensões de um sistema de saúde complexo, com diversos entes responsáveis, contextos e ofertas de ações, e ilustra o tipo de uso possível de indicadores associados ao planejamento estatal de larga escala. No entanto, a profusão de indicadores estabelecidos e a perda residual da referência teórica para os operadores das políticas pode justamente levar a uma alienação do processo de trabalho, fenômeno oposto àquele proposto pelo Planejamento (Paim, 2006). Tal reflexão é proposta pelos autores do referido artigo ao inserirem o risco de "compromisso cartorial" sobre a pactuação entre diferentes entes federativos em torno de indicadores, como expressado no trecho a seguir:

Também vale considerar que o formato como os indicadores, as metas e os resultados são apresentados à pactuação é outro fator que pode acabar gerando o tipo de 'compromisso cartorial' não efetivo ou mesmo

o erro. Isso pode se dar por vários motivos, como **dificuldade de compreensão dos instrumentos, desconhecimento da evolução histórica dos resultados, das ações, necessárias para acarretar impacto, do tempo de 'maturação' para a observação de mudanças.** (Albuquerque e Martins, 2017, pp.134, grifo nosso)

Assim, os indicadores operariam como dispositivos gerenciais e de controle de planos mais amplos estabelecidos, cuja ênfase parece se dar na dimensão normativa do planejamento, onde se estabelece o que deve ser feito (Paim, 2006). Desse modo, os indicadores adquirem o sentido de metas a serem cumpridas, e, enquanto resíduos empíricos, correm o risco de esvaziar as elaborações feitas no momento explicativo do planejamento, onde se define qual imagem-objeto ou problema do estado de saúde será alvo da ação coordenada do Estado (Paim, 2006). Nota-se aqui uma confluência da função

dos indicadores e da avaliação com aquela que vimos no capítulo dois acerca da contratualização do REFORSUS com os entes federativos.

Associado a uma fragilidade da construção e elucidação das redes explicativas dos problemas priorizados, ainda na fase de análise da situação de saúde, tal processo pode levar a uma alienação, tecnificação e ao efeito cartorial, como apontado pelos autores no trecho destacado. Paim (2006), em consonância com o argumento dos autores do artigo, identifica o que chama de formalismo presente no planejamento em saúde e os riscos que tal discurso tem ocasionado:

O formalismo dos procedimentos do planejamento tem conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma bateria de portarias (normas operacionais, agendas, pactos etc.) e o uso do planejamento para a captação de recursos terminam favorecendo um comportamento ritualístico sem grandes compromissos com a solução dos problemas. Isto pode estar levando a um certo **descrédito do planejamento, adjetivando-o de “teórico” pois a prática seria outra coisa.** (Paim, 2006, n.p, grifo nosso)

No trecho destacado da citação acima, temos um enunciado que se torna de especial interesse diante de tudo aquilo que vimos aqui afirmando acerca da característica empirista do discurso em torno dos indicadores no âmbito do planejamento estatal, especificamente no setor saúde. Para Paim (2006) o formalismo leva ao descrédito do planejamento, recorrendo-se ao adjetivo depreciativo de “teórico”, ou parafrasticamente, pouco aderente à prática ou as necessidades “reais” (a prática seria outra coisa que o teórico não alcança). Tal funcionamento discursivo poderia nos levar a algumas ponderações: o adjetivo depreciativo “teórico” parece aqui operar enquanto uma reação a uma concepção idealista do empirismo, como nos mostra Althusser (2019) acerca da prática científica, que pode caracterizar o planejamento em seu momento operacional, ou decaimento da teoria geral para o empírico, conforme Demo (1995), funcionando assim enquanto ideologia. Ainda, a depreciação via comparação com aquilo que seria teórico, indica estar presente no debate uma dicotomia valorativa entre aquilo que é teórico e aquilo que é prático, com a valorização do que é compreendido enquanto prático, marca ideológica do discursivo empirista (Demo, 1995; Althusser, 2019).

O ponto de partida deste capítulo foi o estranhamento com a transparência discursiva em torno da relação entre avaliação e indicadores sociais, de modo a tornar

quase indiscutível o emprego de indicadores no exercício avaliativo. A transparência dos enunciados pode ser compreendida como a ideologia em operação, em uma atuação de reconhecimento e produção de sentido que reproduz um interdiscurso historicamente determinado, onde os sujeitos mobilizam memórias discursivas que mediam sua relação com o real concreto (Althusser, 1992; Pêcheux, 2009). A ideologia atua aqui enquanto repositório de sentidos, e não enquanto mecanismo consciente de falsificação do real, uma vez que, como nos ensina Pêcheux (2009), o interdiscurso estabelece a premissa teórica de que o não-afirmado precede e domina o afirmado.

Ao abordamos a transparência da relação enunciativa entre avaliação e indicadores buscamos em alguma medida analisar esse funcionamento ideológico do enunciado que, no ato de reconhecimento das relações discursivas operam um automatismo que invisibiliza justamente sua função ideológica, e por isso esconde relações de poder, favorecendo determinados discursos em detrimento de outros. É a partir do recurso à Epistemologia Histórica que podemos aqui analisar a própria construção histórica e discursiva em torno da avaliação (compreendida enquanto um tipo de pesquisa social aplicada, ou ainda uma disciplina científica) e seus conceitos operativos, tratando a própria prática avaliativa em sua discursividade e produção de conhecimento enquanto objeto histórico, buscando nos afastar de concepções idealistas (Althusser, 2019). Trata-se de, como nos orienta a Epistemologia Histórica, buscar os sentidos nos conceitos, e não nos enunciados teóricos.

Elucidar tais funcionamentos discursivos não implica, automaticamente, em sua renúncia, abandono ou substituição, pois não é dessa maneira que opera as tensões e contradições do discurso e nem dos conceitos; na verdade, tratar os indicadores enquanto conceitos e buscar reconstituir seus sentidos historicamente determinados e seus efeitos é justamente caminhar no sentido de uma prática teórica.

Dessa forma, vimos que o discurso em torno dos indicadores sociais está relacionado com a necessidade da pesquisa social empírica subsidiar as experiências planejadas de desenvolvimento, onde os resíduos teóricos mensuráveis e suscetíveis ao teste experimental indutivo se consolidou enquanto mecanismo operativo de teorias sociais, projetos econômicos e, mais adiante, planos multisetoriais e transnacionais em torno do desenvolvimento econômico e social. Tidos como critérios de validade ou refutação para o teste empírico, a partir da epistemologia empirista, os indicadores sociais

passaram a compor as pedras basilares de parâmetros para, em um primeiro momento, mensurar e testar o alcance das políticas públicas e ao longo do desenvolvimento da área da avaliação de programas como forma de julgamento dessas ações (Guba e Lincoln, 1989).

O discurso que compreende os indicadores sociais enquanto instrumentos empíricos para compreensão do “real”, supondo haver uma realidade objetiva que fala por meio de suas expressões empíricas, ainda que seja necessário um acúmulo destas, opera um interdiscurso empirista e desenvolvimentista que, quando aplicado à avaliação como critério de cientificidade para o teste empírico, a transforma em prática ideológica, e não científica. Trata-se, de fato, de um curioso (ou mesmo irônico) funcionamento discursivo: ao buscar se impor enquanto científica, acaba se afastando do conhecimento teórico justamente por tornar transparente seu sentido imediato, atuando como ideologia.

Sabemos que há entre a produção nacional e internacional, na avaliação e no planejamento, áreas que lidam com a operacionalização das teorias e planos, massa crítica apontando os abusos e obtusidades do emprego de indicadores, como aqueles que vimos dialogando ao longo deste capítulo. Entretanto, tais reflexões parecem, ainda que críticas, naturalizar e reproduzir a relação entre indicadores e empirismo em seu discurso, de forma a não evidenciar a implicação desta relação, ou relativizá-las a partir do apontamento de seus limites e abusos, inclusive políticos. O discurso que confere aos indicadores status de cientificidade, objetividade e racionalidade parece resistir ao tempo e as inúmeras disputas do campo científico e da própria avaliação, permeando de forma pouco refletida o espaço de memória de produções de áreas do conhecimento e prática com evidente tradição crítica, como a Saúde Coletiva.

Vimos, por exemplo, o discurso dos indicadores se impor sobre pesquisas avaliativas qualitativas que poderiam operar a partir de outras categorias analíticas de epistemologias distintas com maior abertura compreensiva, bem como experiências em que a participação política e fortalecimento de práticas orientadas por uma intencionalidade teórica e política foram mediadas pela construção de indicadores empíricos. Ainda, a operacionalização de planos em escala macro pactuados e contratualizados entre diferentes entes federativos passa centralmente por atender a estes dispositivos empíricos, em quantidades e distanciamento conceitual que acarreta esvaziamento da política de seu sentido teleológico, intencionalidades éticas e mesmo

teóricas. O interdiscurso presente na lógica restrita de indicadores a partir do empirismo parece mover os esforços analíticos no sentido oposto às teorias explicativas, reforçando o primado de que os dados fariam por si, de forma intencional ou não, como pressupõe o empirismo. Analisar tal funcionamento discursivo nos parece importante para compreender como se constituem as relações de poder e sentido no interior do campo da avaliação, tensionando seus mecanismos de reprodução ideológica na perspectiva de constituir conhecimento sobre as práticas.

Capítulo 4

Relações de sentido acerca do conceito de qualidade no modelo de avaliação de Avedis Donabedian

A Avaliação em Saúde no Brasil tem sido reconhecida por sua característica diversificada em torno de abordagens, métodos, focos e critérios empregados em suas práticas e formulações (Furtado, 2006; Vieira-da-Silva, 2014). Desde sua estruturação e reconhecimento enquanto subespaço social do campo da Saúde Coletiva com autonomia relativa em relação ao Planejamento, na confluência da já mapeada relação entre os campos acadêmico, burocrático e político, é atribuída à Avaliação em Saúde a característica de prática plural, dotada de uma variedade de experiências e possibilidades, como a definição de seus objetos, sendo os mais usuais: políticas, programas, serviços e tecnologias (Novaes, 2000). A avaliação também tem variado em relação às dimensões priorizadas, podendo estas estarem associadas às características e atributos do Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS (Vieira-da-Silva, 2014). Apesar de tal compreensão geral que expressa um discurso estabilizado acerca de sua multiplicidade de possibilidades e que carrega um efeito de sentido de ecletismo, há uma convergência nas produções que buscam caracterizar e categorizar autores e modelos com influência reconhecida e determinante para o conjunto das práticas e formulações da Avaliação em Saúde no país: o modelo de avaliação da qualidade de Avedis Donabedian.

O modelo desenvolvido por Donabedian, cujo artigo seminal foi publicado em 1966 (Donabedian, 1966), figura na literatura sobre Avaliação em Saúde no Brasil como uma referência muito utilizada para a prática. Isso é facilmente constatado quando verificamos textos que documentam o desenvolvimento do tema no Brasil e que utilizam este referencial ou destacam sua influência (Novaes, 2000; Furtado e Vieira-da-Silva, 2014; Vieira-da-Silva, 2009; Reis et al., 1990; Perez, 2001; Portela, 2000; Silva e Formigli, 1994).

Em artigo publicado em 1990, Reis et al. (1990) constatam, por meio de uma revisão sistemática de literatura, que a maioria dos estudos à época citavam ou se baseavam no modelo desenvolvido por Donabedian para avaliação da qualidade, com ênfase para sua conhecida tríade que decompõem o processo de cuidado médico nas dimensões de estrutura, processo e resultado. Portela (2000), ao construir uma linha temporal acerca do desenvolvimento da avaliação da qualidade aponta a publicação do

artigo seminal de Donabedian, em 1966, como um “marco” para o desenvolvimento da área, enquanto Silva e Formigli (1994) irão afirmar que a classificação do autor acerca das abordagens possíveis para Avaliação em Saúde foi a mais bem sucedida entre as produções sobre o tema no período. Além disso, Novaes (2000) utiliza centralmente o autor como referência em seu artigo acerca das principais abordagens em Avaliação em Saúde no Brasil. Vuori (1991) irá afirmar que Donabedian foi o primeiro a sugerir a divisão do processo de cuidado e a garantia de sua qualidade observando as dimensões de estrutura, processo e resultados, e Carnuti e Narvai (2016) afirmam que o modelo desenvolvido pelo autor é o mais popular entre as metodologias para avaliação do desempenho dos serviços de saúde, identificando a proposta de Donabedian como tributária do modelo normativo do sistema de ação racional (p. 298). Serapioni (2009) irá destacar o papel pioneiro das formulações de Donabedian acerca da qualidade, marcando a importância do autor para o amadurecimento conceitual e metodológico da avaliação da qualidade. Furtado et al. (2018) destaca ainda a importância do pensamento do autor para a consolidação da avaliação no interior do campo da Saúde Coletiva brasileira, dado o impulso que proporcionou ao subespaço da avaliação (Furtado e Vieira-da-Silva, 2014), em um terreno, até então, dedicado aos temas de Política, Planejamento e Gestão.

A obra do autor, portanto, não só serviu como referência teórica e metodológica para sanitaristas brasileiros que praticavam pesquisas avaliativas acerca da qualidade do cuidado em saúde se distinguirem daquelas práticas, até então, submetidas ao aporte conceitual do Planejamento: foi determinante para consolidação de uma representação política e técnica no interior de um campo consolidado e com disputas de capitais diversos; o campo da Saúde Coletiva brasileira.

Dada a influência que têm tanto nas formulações teóricas sobre Avaliação em Saúde quanto nos materiais técnicos informativos e espaços de formação de profissionais e estudantes, é possível asseverar que o modelo de Donabedian para avaliação da qualidade em Saúde constitui verdadeira propedêutica para praticantes e pesquisadores que se dedicam à disciplina da Avaliação em Saúde no Brasil.

Como acontecimento que produziu efeitos de sentidos das práticas de Avaliação em Saúde no Brasil, o projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), implementado entre a metade da década de 1990 e início dos anos 2000, trazia em seus materiais orientativos e contratuais o emprego explícito da abordagem de

Donabedian para avaliação do projeto (Karan, 2002). Tal registro ilustra a força com que o modelo da avaliação da qualidade do autor se inseriu no contexto nacional e no sistema de saúde brasileiro, também pela via do financiamento internacional, como vimos no capítulo dois.

O conceito de qualidade da atenção também ganhou muito destaque na política pública de Saúde no início dos anos 2000, a partir da promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011. A PNAB estabelece uma revisão das diretrizes e normas da Atenção Básica, incidindo na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (Brasil, 2012). Vários componentes deste nível de atenção passam a ser reorientados e implementados a partir da promulgação da portaria ministerial números 2.488, como as Equipes do Consultório na Rua, o atendimento às Populações Ribeirinhas, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o Programa Saúde na Escola e diretrizes relativas à implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica – EAB, e do financiamento da atenção primária. No que tange a este último aspecto, a PNAB passa a adotar a qualidade como um critério central para o repasse de recursos a partir do desempenho das EAB (Brasil, 2011). O chamado Componente de Qualidade (CQ) é criado neste contexto enquanto indutor para o incremento de recursos com o lançamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (Brasil, 2011). As três dimensões do modelo sistêmico para avaliação da qualidade em Saúde proposto por Donabedian são mensurados no PMAQ, cujos componentes são referenciados nos atributos formulados por Barbara Starfield (2002).

Partindo de uma inquietação acerca da reconhecida proeminência do modelo desenvolvido por Donabedian em torno das práticas e formulações na Avaliação em Saúde, este capítulo tem como objetivo analisar o conceito de qualidade empregado pelo autor a partir da análise de seu trabalho seminal, de 1966, documentado no artigo “*Evaluating the quality of medical care*”. Trata-se de realizar um gesto de leitura materialista para a elaboração conceitual da qualidade formulada por Donabedian a partir das determinações do contexto discursivo em que foi escrito, e que compõem um campo de memórias cujos resquícios nos permitem analisar seu interdiscurso (Barbosa Filho, 2023). Buscamos, assim, compreender o funcionamento deste conceito a partir das diversas relações de sentido que se constituem no interior e mesmo fora das práticas de Avaliação em Saúde, entendendo a abordagem de investigação dos conceitos enquanto

forma privilegiada de compreender o discurso científico (ou pretensamente científico) em torno deste modelo.

4.1. Abordagem teórica para análise do conceito: do reconhecimento ideológico ao conhecimento teórico

Neste capítulo vamos analisar o conceito de qualidade na Avaliação em Saúde para além de seu enunciado evidente formulado e apresentado por Donabedian e replicado na literatura sobre avaliação, ou de sua transparência de sentido, buscando avançar para uma compreensão teórica de seu significado (Pêcheux, 2014). Para tanto, é preciso esclarecer do que se trata ou quais pressupostos sustentam o que chamamos de um gesto materialista de leitura, oriundo da tradição marxista, partindo, primeiro, do conceito de ideologia e sua relação com a compreensão crítica para análise dos conceitos.

Partimos do pressuposto de que o efeito de transparência do discurso acerca do conceito de qualidade, com base nos textos que discorrem sobre o trabalho de Donabedian, e presente no enunciado técnico-científica da avaliação (e aqui tomamos o discurso da avaliação enquanto um enunciado que se busca científico, dado que se expressa em grande medida por sujeitos inseridos nos espaços acadêmicos) se dá a partir do funcionamento ideológico do discurso (Pêcheux, 2014). Entendemos a ideologia a partir da obra do filósofo franco-argelino Louis Althusser (1918-1990), que a compreende enquanto a mediação simbólica entre indivíduos interpelados³ enquanto sujeitos e o real, funcionando enquanto um repositório de significados (Althusser, 1999). Em Althusser, o conceito de ideologia deixa de ser associado a uma forma negativa de encobrimento do real, como mecanismo de alienação, como aquilo que clérigos ou déspotas, em alusão ao texto “Sobre a Reprodução” (1999), deliberadamente lançam mão a fim de forjarem “belas mentiras” para incutir nos homens e assim consolidarem sua dominação a partir de representações falsas do mundo. Sua concepção de ideologia busca superar ainda a concepção formulada por Feuerbach e defendida por Marx em seus textos “não

³ O conceito de interpelação em Althusser, a partir de sua leitura da obra de Marx, se caracteriza enquanto o processo pelo qual os indivíduos concretos passam a ser sujeitos da ideologia, o que permite o reconhecimento entre os sujeitos em posições sociais específicas, materializadas nos espaços dos aparelhos ideológicos, ou seja, permite a transmissão imediata de sentidos de reconhecimento em uma materialidade concreta. A interpelação “recruta” os indivíduos à ideologia e é um processo a-histórico, permanente. Michael Pêcheux (2014) irá utilizar essa noção de Althusser na formulação de sua Análise do Discurso.

marxistas”⁴ (Althusser, 1980), para quem a ideologia seria uma deformação imaginária das condições concretas de existência decorrente da alienação material da classe trabalhadora; a ideologia em Althusser (1999) não corresponde a um véu que encobre a realidade, e que, uma vez retirado, revelaria a verdadeira natureza do real (por isso a ideologia não pode ser limitada a uma forma de repressão mental). É, antes, compreendida como uma forma de funcionamento do sujeito, uma maneira de se relacionar com o real. Althusser, ainda no livro “Sobre a Reprodução” apresenta sua tese central sobre a estrutura e o funcionamento da ideologia a partir da seguinte tópica: “*a ideologia é uma representação imaginária da relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência*” (1999, p.203, grifo nosso). A ideologia, assim, é a forma simbólica que permite a relação dos sujeitos com as condições de existência, já que o real precisa ser processado de forma simbólica. Neste processo, a linguagem exerce este papel de abstração do real (Althusser, 2019). Ou seja, os homens não representam por meio da ideologia suas condições reais de existência, ou seu mundo real, mas sua relação imaginária com essas condições de existência (Althusser, 1999).

Dessa forma, a ideologia passa a constituir um traço ontológico da relação do imaginário dos sujeitos históricos por ela interpelados, da abstração do mundo real com suas determinações reais e concretas, e não mais um artifício externo com função alienante intrínseca. No entanto, seu caráter pode ser o de falseamento do real, o que é sintetizado por Althusser na tese nove do livro “Filosofia e filosofia espontânea dos cientistas” (Althusser, 1979), quando o autor afirma que: “*uma proposição ideológica é uma proposição que sendo sintoma duma realidade diferente da que visa, é uma proposição falsa na medida em que tem por objeto a própria realidade que visa* (1999, p.23)”; ou seja, é falsa por ter como objeto a realidade em si, e não a relação imaginária do sujeito com esta realidade.

Dessa forma, a ideologia não tem existência ideal, não é ideada ou espiritual, mas material, porque uma ideologia existe sempre em um aparelho, e os aparelhos ideológicos de Estado são o lugar da “realização” da ideologia (Althusser, 1992, p. 206;

⁴ Ao realizar uma análise das obras marxianas no livro “Ler o Capital”, onde busca identificar em sua prática teórica conceitos centrais de sua ciência e filosofia, Althusser irá afirmar que em algumas de suas obras, especialmente aquelas de seu período de juventude, Marx não poderia ser considerado marxista, no sentido de empregar o materialismo histórico devidamente, tendo sido identificadas por Althusser como produções com orientação filosófica idealista. Exemplos de obras que delimitam este período do pensamento de Marx, citados por Althusser são “*A questão Judaica*” e “*Manuscritos de 44*” [sic].

280). Portanto, para Althusser, a ideologia se materializa por meio das práticas sociais ritualizadas e reproduzidas por meio dos aparelhos ideológicos, tendo assim materialidade concreta.

A partir desta concepção acerca da ideologia e sua função de interpelação do sujeito, é preciso discernir, ainda, o tipo de discurso que produz um conhecimento no qual nos filiamos nesta análise, considerando a natureza de nosso objeto. Como define Althusser (2009) no texto “Sobre o trabalho teórico: dificuldades e recursos” em coletânea organizada por Thiago Barison, ao analisar e propor as bases para o trabalho teórico, o discurso teórico que busca produzir um conhecimento sobre um determinado objeto se distingue em duas modalidades: o discurso que trata de objetos reais-concretos e os discursos referentes a objetos formais-abstratos. Poder-se-ia caracterizá-los e distingui-los de forma simplificada como sendo, o primeiro, orientado para objetos reais e concretos, como a análise de um determinado contexto histórico em uma localidade dada (no exemplo que o autor ilustra em seu texto, a formação social da França em 1966). Já o discurso teórico sobre objetos formais abstratos se refere à análise de princípios, teorias e conceitos (no exemplo do autor, o objeto é o modo de produção capitalista de forma geral analisada por Marx em *O Capital*). Sem escorregar nas armadilhas do empirismo, para quem só existiria objetos reais-concretos, a análise teórica transita e lança mão destes dois tipos de objetos, em uma dialética que pressupõe uma inter-relação entre os dois, ainda que a dimensão teórica seja aquela na qual se busca definir os pressupostos capazes de produzir o conhecimento teórico.

O que caracteriza nosso gesto de leitura é então a proposição de construir um conhecimento teórico sobre o conceito, suas relações com outros sistemas conceituais que buscam contribuir, como diz Althusser (2009) “numa grande fase”, ou seja, em primeira instância, para o conhecimento dos objetos reais-concretos. Considerando a relação dialética entre os dois tipos de objetos e seus respectivos discursos, temos que nosso gesto de leitura busca contribuir para (e tem mesmo a capacidade de) “*fornecer os instrumentos teóricos indispensáveis para o conhecimento concreto de toda uma série de objetos reais-concretos possíveis*” (2009, p. 91). Isso não equivale a considerar o trabalho teórico enquanto um trabalho especulativo e contemplativo, ou oriundo dos melhores e mais capacitados atributos humanos daquele que enseja a análise teórica. Com alerta Althusser:

O processo de trabalho teórico está submetido a uma história material que comporta entre suas condições e elementos determinantes as práticas não

teóricas (a prática econômica, a prática política, a prática ideológica) e seus resultados (Althusser, 2009, p.92).

A partir do aporte de uma filosofia materialista para compreensão do funcionamento ideológico dos enunciados em torno dos conceitos, e compreendendo o componente teórico de nossa análise, temos nos conceitos nosso ponto de partida de análise. É preciso neste ponto justificar a razão pela qual recorreremos à análise dos conceitos para construir um conhecimento teórico acerca do discurso da Avaliação em Saúde, e seu lugar em uma tradição de estudos em história e filosofia das ciências que se fundou a partir da crítica à epistemologia tradicional.

4.2. A análise dos conceitos na Epistemologia Histórica

A chamada Epistemologia Histórica, ou História e Filosofia das Ciências, como cunhou Canguilhem (2012), pode ser entendida enquanto uma resposta ao raciocínio da epistemologia tradicional, herdeira das filosofias idealistas (Althusser, 2020), onde a história da Ciência é abordada como uma sucessão de acasos geniais, que são as descobertas, ou ainda por uma história lógica e linear, onde o avanço da Ciência estaria nas respostas aos problemas acumulados anteriormente e não resolvidos (Peña-Guzmán, 2020). Ambos os raciocínios contribuíram para que a maioria das análises da história da Ciência fosse baseada em verdadeiras crônicas científicas que privilegiam um olhar que busca no desenvolvimento das ciências justificativas racionais para teses ideológicas propostas e defendidas pela tradição da filosofia idealista (Althusser, 2020; Canguilhem, 2012).

Uma primeira mudança na perspectiva da análise da filosofia e da história da ciência, proporcionada por autores como Bachelard, Canguilhem e Foucault, se dá na própria prática da investigação, que questiona o distanciamento entre os filósofos e a realidade concreta da ciência real. Trata-se, como brinca o autor, de abordar a ciência de perto, em uma verdadeira “etnografia” (Althusser, 2020). Essa mudança de abordagem foi suficiente para se compreender que as análises feitas até então por uma tradição filosófica idealista não davam conta de compreender as questões e problemas das ciências tais como elas de fato ocorriam na realidade. A segunda mudança se dá justamente na concepção de História utilizada para construir a narrativa ideologicamente aceita sobre o desenvolvimento das ciências. Um primeiro resultado destes movimentos críticos é o de

inverter a forma como a própria ciência emerge a partir do ideário positivista e é tida como narrativa única. Como diz Althusser (2020):

A ciência não aparece mais como a simples constatação de uma *verdade* nua e dada, que *seria encontrada* ou revelada, mas como a produção (que também tem uma história) de conhecimentos, produção dominada por elementos complexos, tais como as teorias, os conceitos, os métodos, e as múltiplas relações internas, que ligam organicamente esses elementos diferentes. Conhecer o trabalho real de uma ciência supõe o conhecimento de todo esse conjunto orgânico complexo (Althusser, 2020, p.139).

Assim, o emprego da Epistemologia Histórica nos orienta a abordar os enunciados científicos a partir dos conceitos que sustentam suas práticas, compreendendo que os conceitos são “células de conhecimento” (Althusser, 2020), e que constituem a ligação entre os enunciados universais, ou as teorias, e a materialidade histórica que possibilita aos cientistas formularem, designarem e constituírem os objetos que compõem a realidade. Por meio de uma filosofia da Ciência que se estabelece contrária à teoria do conhecimento, a Epistemologia Histórica constitui o discurso científico - entendido como conceitos em ação sob regras - como o seu objeto ou, mais apropriadamente, a história deste discurso e conseqüentemente a sua historicidade (Althusser, 2020). Para Canguilhem (2012), não há ciência sem conceitos, e os conceitos são historicamente determinados.

A partir da Epistemologia Histórica compreendemos que a história de uma determinada disciplina científica, como é o caso da Avaliação em Saúde, como já dito, se dá a partir da compreensão do contexto conceitual e dos objetivos em torno deste e que compõem seus efeitos de sentido. A condição do conceito por nós analisado neste estudo o compreende enquanto dotado de uma história, que por sua vez, funciona como uma “bifurcação” de vários outros conceitos que lhe conferem sentido. Como afirmam Deleuze e Guatarri (1992), os conceitos se acomodam, se superpõem uns aos outros, compartilham de problemas interconectados, onde cada conceito remete a vários outros conceitos. Trabalhar com os conceitos é, pois, trabalhar com sistemas de significação, buscando relações que lhes deem sentido, se afastando de uma exposição ideológica ou pedagógica, a primeira que opera a partir de uma relação de reconhecimento e a segunda que opera a partir da lógica de enumeração de princípios, sem determinar as correlações de sentidos entre conceitos. Nos referimos aqui a distinção proposta por Althusser em seu texto: “Sobre o Trabalho Teórico” (2009) acerca dos métodos empregados para

tratamento dos objetos de análise em comparação com aquele proposto pelo conhecimento teórico, a saber: a exposição do tipo pedagógica e a exposição do tipo ideológica. Nos parece que a literatura acerca dos conceitos, abordagens e métodos na Avaliação em Saúde tem privilegiado a forma pedagógica para tratar e expor de seus conceitos estruturantes, de forma a não se ater às sobreposições, relações e historicidade que necessariamente determinam os sentidos de sua discursividade.

Articular sobre o conceito de qualidade na Avaliação em Saúde formulado por Avedis Donabedian a partir de uma posição analítica teórica, compreendendo, de partida, tal objeto como abstrato-formal, nos permite trabalhar em outros objetos, como outros conceitos em avaliação, e mesmo objetos reais-concretos a partir de um aporte teórico. Aqui tem-se a paradoxal inovação da teoria marxista destacada por Althusser (2009) à luz do trabalho teórico: a ideia que só é possível alcançar o conhecimento acerca dos objetos reais-concretos trabalhando também, concomitantemente, os objetos formais e abstratos (Althusser, 2009, p.93).

De forma geral, podemos sintetizar a razão para o emprego destas abordagens para analisar nosso objeto, o conceito de qualidade, na medida em que todo conceito é correlato a um problema que o enseja (Deleuze e Guattari, 1992). Ele decorre de uma problemática, de um recorte específico das relações de poder de uma determinada sociedade que permite conhecer o mecanismo de produção dos sentidos. Sua relação com a ideologia em sua função de repositório de sentidos da relação que o sujeito estabelece com suas condições concretas de existência se dá na medida em que a ideologia pertence à ordem do reconhecimento, enquanto os conceitos permitem a construção do conhecimento. A ideologia atua como produtora de reconhecimento, permite a afetação dos sujeitos pelos sentidos, pois somos sujeitos e *sujeitos à*; tudo isso acontece dentro do campo da ideologia. O campo do conceito, por outro lado, é o campo da prática teórica que não apenas nos dá os efeitos e as sensações, mas também os meios e os mecanismo que permitem que esses efeitos sejam produzidos sob determinadas situações teóricas e materiais.

Assim posto, podemos agora partir para a análise que busca compreender as relações de sentido constituídas em torno do conceito de qualidade na Avaliação em Saúde formulada por Avedis Donabedian. Escolhemos para isso o texto seminal do autor, documento que registra suas primeiras formulações a respeito do conceito de qualidade e

a abordagem de avaliação do cuidado médico. Trata-se do artigo: “*Evaluating the quality of medical care*”, publicado em 1966 (Donabedian, 1966). Em trabalhos posteriores, notadamente o publicado em 1980 “*The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*” (Donabedian, 1980) e “*The Seven Pillars of Quality*”, publicado em 1990, Donabedian avança em seus estudos e propostas acerca da avaliação da qualidade, mas nos interessa neste momento aprofundar na leitura de seu texto seminal sobre o tema e compreendê-lo à luz das determinações históricas de seu tempo.

4.3. Donabedian e a avaliação da qualidade

4.3.1 Atravessamentos de sentido do sujeito e sua posição

Avedis Donabedian nasceu em 1919 em Beirute, no Líbano, e se formou em Medicina na Universidade Americana de Beirute. Em texto que homenageia o autor na ocasião de sua morte, publicado na revista *Salud Pública de México* no ano de 2000, é registrado que Donabedian, já radicado nos Estados Unidos, concluiu seu mestrado em Saúde Pública na Universidade Harvard em 1955, tendo posteriormente ingressado na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, onde estabeleceu sua carreira acadêmica (Frenk, 2000). Foi também membro do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos e membro honorário do Royal College of General Practitioners, do Reino Unido, e da Academia Nacional de Medicina do México (Ibid., 2000).

Entre sua obra, composta por oito livros e mais de cinquenta artigos, é seu texto seminal de 1966, “*Evaluating the quality of medical care*” que o autor estabelece aquilo que foi declarado como o “paradigma dominante para avaliação da qualidade da assistência à saúde”, em boletim publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 2000, que traz um texto póstumo inédito de Donabedian (Frenk, 2000).

No artigo de 1966, Donabedian se ampara em uma revisão geral da literatura acerca de abordagens metodológicas para avaliação da qualidade da assistência médica, especificamente no nível da relação médico-paciente, e estabelece sua compreensão acerca da qualidade do cuidado médico e formas de avaliá-la. Não figurava enquanto objeto de análise do autor, e isso é evidenciado logo no início de seu artigo, o atendimento médico “de nível comunitário” (Donabedian, 1966). Igualmente, o autor delimita que seu trabalho não abarca “aspectos administrativos do controle da qualidade” (Ibid., p. 166,

tradução nossa). Donabedian enfatiza essa circunscrição a seu objeto, a qualidade da assistência médica, permanecendo, como diz, “[...] *no território familiar do atendimento prestado por médicos*. (Ibid. p.166, tradução nossa)”, evitando incursões em outros tipos de atendimento que não aquele o qual o próprio autor pertence enquanto médico. Lemos a partir deste recorte feito pelo autor uma tomada de posição que o inscreve em uma discursividade médica, mais especificamente o âmbito clínico do trabalho médico e em sua relação com o paciente, sem determinar as instâncias em que este atendimento se daria, subentendendo-se que se trata de uma relação particular. Ao longo de seu texto, o autor, no entanto, faz referência a serviços hospitalares e ambulatoriais enquanto *locus* do atendimento médico por ele analisado, o que se objetiva no uso de referências bibliográficas que se atem a atuação médica nestes tipos de serviços. Ainda, quando Donabedian afirma que sua proposta não se aplica à “aspectos administrativos” e a ações de “nível comunitário”, pode-se ler que o autor não tem como pretensão lançar um olhar acerca da qualidade de projetos, programas ou serviços, mas de práticas circunscritas ao profissional de medicina na relação com seus pacientes.

O ponto de partida para a posição analítica assumida por Donabedian, a partir de uma discursividade médica sobre a avaliação da qualidade do cuidado prestado, se inscreve no chamado “modelo profissional” (Graham, 1995), abordagem que se consolida como forma de organização do cuidado em saúde propondo diferentes formas de lidar com o controle, responsabilidade, produção e financiamento do cuidado prestado. Tal modelo é marcado pelo controle da qualidade exercida pelos próprios profissionais médicos, que organizam e controlam seu trabalho a partir da avaliação normatizada por pares (Graham, 1995).

Essa discursividade centrada na profissão médica é denominada por Boaden (et al., 2008) como “abordagem artesanal” (*craft-based approach to work*), onde o controle da qualidade depende exclusivamente das habilidades de “artesão” dos médicos no controle e aplicação das melhores técnicas da profissão (Boaden et al., 2008). O trabalho médico tido como artesanal opera uma função metafórica cujo sentido pode ser lido como único e livre a partir das habilidades de seu “artesão”, no caso, o médico. Essa associação entre medicina e arte confere a essa discursividade um sentido de autoria, ou autonomia para determinar os critérios que determinam um adequado cuidado médico. Schraiber (1995) identifica e categoriza essa discursividade como medicina liberal, que se fortaleceu ao longo do século XIX, marcada pela prática de pequeno produtor privado no

espaço do consultório particular. Para esta autora, que analisa justamente o processo de transformação do trabalho médico a partir do advento da medicina tecnológica (que se dá a partir da interposição da medicina institucional e empresarial), a medicina liberal é definida como:

[...] pleno exercício da subjetividade, traduzindo, da perspectiva técnica, igual posição social e político-ideológica do médico, qual seja, de autoridade exclusiva sobre a saúde e o adoecer, tanto do ponto de vista científico quanto moral. (Schraiber, 1995, n.p)

Assim, ao se distanciar tanto do nível “comunitário” do cuidado médico, quanto dos aspectos “administrativos do controle da qualidade”, Donabedian se aproxima de uma tradição muito influente nas questões acerca da qualidade, que são aquelas oriundas das posições da corporação médica, que nos EUA emergem na década de 1910. Neste período é publicado o relatório Flexner (Flexner, 1910), cuja influência na formação médica foi muito grande tanto à época quanto muitas décadas depois. No famoso relatório que avaliou 155 escolas de medicina nos EUA e Canadá e consolidou um modelo de avaliação focado na experiência do especialista médico⁵, a qualidade do cuidado médico era associada à boa educação recebida nas instituições de ensino que regulavam as boas práticas a serem aplicadas, além de determinar a “distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas” (Pagliosa e Da Ros, 2008, p.495). Em um contexto discursivo de medicina liberal, tanto na prática quanto no ensino, e a ausência de regulações estatais sobre a profissão, as agências e instituições privadas, filantrópicas ou não, assumiram um papel de regulação e normatização da prática médica e de sua qualidade nos EUA, em associação com representantes da corporação médica. É possível considerar o relatório Flexner como pioneiro para as práticas de normatização do ensino médico neste período e, conseqüentemente, para a qualidade do cuidado, neste caso, baseadas na confiança de um especialista influente, o que condiz com discurso do modelo profissional de controle da qualidade. A agência promotora e financiadora do estudo de Flexner, a Fundação Carnegie, fundada em 1906, emerge como uma instituição filantrópica e liberal que

⁵ Lembremos que Flexner determinou a qualidade das escolas de medicina a partir de breves visitas, ao longo de 180 dias, sem um instrumento ou critérios padronizados para seus julgamentos que, na prática, foi responsável pelo fechamento de dezenas de escolas nos dois países, além de influenciar uma ampla e profunda reforma no ensino médico em muitos outros países fora da América do Norte.

buscava padronizar e definir normas para o setor educacional nos níveis fundamental, médio e superior nos EUA, e gozou de ampla capacidade de interferir em reformas nestes setores, como comprovado no alcance que o relatório Flexner teve ao longo das décadas seguintes em subsidiar amplas e profundas reformas na formação médica dentro e fora dos EUA (Pagliosa e Da Ros, 2008).

Neste mesmo contexto histórico de ascensão do modelo profissional para normatização da qualidade do cuidado médico, fortemente influenciado por iniciativas das corporações médicas nos Estados Unidos, é desenvolvido o chamado “sistema de resultado final para padronização hospitalar” (*end result system of hospital standardization*), proposto pelo médico cirurgião Ernest Amory Codman em 1913, na ocasião da fundação da *American College of Surgeons*, ACS na sigla em inglês (Carvalho et al, 2004). A ACS irá publicar o primeiro documento para padronização hospitalar em 1919⁶, e em 1926 publica o primeiro manual de normas para acreditação hospitalar, passando a atuar na inspeção para acreditação em hospitais nos Estados Unidos⁷. A partir da atuação de acreditação da ACS e suas normas de padronização é fundada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), em 1951, mais tarde denominada de *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Hospitals*, dado o aumento de escopo de sua atuação (Reis et al., 1990). Estas iniciativas privadas, desenvolvidas por fundações e representações das corporações médicas serão depois chanceladas pelo Estado norteamericano enquanto credenciadoras da qualidade e padronização de hospitais para que possam atuar em programas públicos de assistência à saúde, como o Medicare e o Medicaid, a partir de 1965 (ACS, 2023). Na década de 1970, a acreditação da JCAH se tornou mandatória para certificação dos hospitais que quisessem participar dos programas estatais (Graham, 1995).

Assim, podemos compreender que tais iniciativas produziram sentidos materiais para a determinação de critérios de qualidade que passaram a ser utilizados pelo aparelho de Estado estadunidense responsável pelo controle de qualidade e padronização de hospitais e, conseqüentemente, do cuidado em saúde ofertados. Ou seja: podemos tomar tais iniciativas enquanto acontecimentos (Barbosa-Filho, 2023), e não como conjunto de

⁶ American College of Surgeons. The “Minimum Standard” Document. Disponível em: <https://www.facs.org/about-ac/archives/past-highlights/minimumhighlight/>

⁷ American College of Surgeons. The Joint Commission History Timeline. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/who-we-are/facts-about-the-joint-commission/tjc-history-timeline-through-2023.pdf>

fatos, visto que seus efeitos ganham corpo à medida em que são compreensíveis por meio de sua relação com a discursividade médica liberal, esta operando enquanto interdiscurso que precede o dito; neste caso, ao se posicionar a partir da perspectiva médica, Donabedian diz (sem dizer), pelos indícios de seu discurso, qual espaço de memória produz efeitos de sentidos para suas formulações.

Se pudemos, até este momento, começar a compreender os efeitos de sentido que a discursividade médica liberal produziu para as práticas de avaliação da qualidade, na qual vimos que Donabedian se filia em sua produção, é preciso considerar de forma dialética que o contexto discursivo em que Donabedian escreve seu artigo seminal é marcada, no caso estadunidense, por mudanças rápidas na organização dos serviços médicos hospitalares, com efeitos para nosso objeto de análise; o conceito de qualidade formulado pelo autor. Este período é marcado pelo surgimento de novas tecnologias médicas, a expansão e variedade de serviços e o aumento de outros tipos de profissionais da saúde envolvidos com os cuidados, o que constitui, entre as décadas de 1960 e 1970, o chamado modelo burocrático para organização do cuidado médico. Tal modelo, que compõe uma discursividade específica, ainda que opere de forma consonante e contraditória à discursividade liberal, se estabelece marcando mudanças em relação ao modelo profissional de controle da qualidade. Segundo Grahan (1995), este processo implicou em alterações importantes na lógica da oferta de assistência médica, cuja ilustração, ainda que sob efeitos de transparência, pode ser vista na mudança do léxico empregado, como por exemplo, o desuso da palavra “pacientes” para o emprego de “beneficiários”, e “médicos” que passam a ser chamados de “provedores” ou mesmo “*vendors*”, no termo em inglês, que poderíamos traduzir para vendedor. Neste mesmo contexto, Grahan (1995) afirma que o modelo burocrático para organização da oferta e controle da qualidade do cuidado em saúde gerou críticas e resistência por parte da corporação médica que alegava perda de autonomia profissional a partir da avaliação realizada por instituições burocráticas. Tal afirmativa se coaduna com aquilo que Schraiber (1995) argumenta em seu trabalho acerca da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica, marcada justamente pelo receio e resistência dos médicos em perder sua autonomia profissional, entendida enquanto um valor moral para esta categoria.

Assim, em um contexto em que o discurso acerca da qualidade do cuidado médico se entrelaça às práticas de acreditação hospitalar no bojo de mudanças das

instituições de saúde, na tensão entre o modelo profissional e modelo burocrático, Donabedian se posiciona a partir de sua inserção profissional enquanto médico, analisando o processo de cuidado que se estabelece na relação entre médico e paciente. Tal arranjo que põe em relação contraditória (tensa, mas ao mesmo tempo conciliadora) os interesses da profissão médica e seus ideais de autonomia, por um lado, e os efeitos dos novos arranjos institucionais produzidos a partir da reorganização do trabalho médico no âmbito dos hospitais, em um modelo burocrático, por outro, pode ser compreendido à luz do que Schraiber (1995) caracteriza enquanto uma luta técnico-política pela preservação da autonomia: se não mais detém total autonomia de seu trabalho dado os arranjos institucionais reguladores do mercado de oferta de serviços de saúde, hierarquias e a incorporação de tecnologias, preserva-se o controle dos padrões que normatizam e regulam as práticas. Donabedian se posiciona neste espaço contraditório entre autonomia e regulação da prática médica⁸.

A posição que assume em seu texto seminal, em meados da década de 1960, portanto, se dá na contradição entre o modelo liberal de trabalho médico e normatização dos padrões de qualidade da profissão médica, e o controle burocrático que se expandia nos EUA em função das novas modalidades de oferta de atenção à saúde. Neste contexto, grandes instituições hospitalares com complexidade e diversidade cada vez maiores de procedimentos e profissionais atuavam na oferta de saúde, inclusive participando de programas sociais públicos, o que demandava, por sua vez, maior controle por parte da burocracia estatal (Reis et al., 1990).

4.3.2. (in) definição de qualidade: acontecimento que ancora os sentidos do esforço em torno da conceitualização de qualidade

Donabedian (1966) procede em seu artigo em um curto tópico chamado “definição de qualidade”, um exame acerca do problema conceitual sobre a “qualidade do atendimento médico”, e se dedica a analisar as propriedades deste conceito,

⁸ Um breve episódio que tomo a liberdade de narrar aqui, ainda que para fins de ilustração quase anedótica do que vimos analisando, ocorreu na ocasião de uma banca de qualificação de mestrado por nós vivenciada. Se tratava de pesquisa avaliativa com abordagem antropológica, cujo objetivo foi observar a conduta de médicos para identificar gestos de cuidado baseados nos atributos de longitudinalidade e integralidade. Na ocasião, um membro da banca, médico, sugeriu que o pesquisador mudasse a abordagem e convidasse um outro médico para fazer a observação em seu lugar, dado que somente um médico seria capaz de identificar procedimentos que estivessem em compasso com os atributos investigados. Os atributos em questão são transversais e típicos da Atenção Básica em Saúde, e não especificamente atributos profissionais exclusivos da profissão médica.

considerado por ele uma noção complexa e de difícil definição. Neste momento, nos interessa reconstituir as afirmativas do autor em sua transparência enunciativa, onde os sentidos emergem como evidentes, ou seja, conviver, inicialmente, com as afirmações a partir de sua superficialidade de significado. Como veremos, o autor apresenta muitas subdefinições para caracterizar este conceito, de forma que a própria compreensão do termo em sua especialidade requer um exercício de descompactação de suas explicações.

Em sua síntese, Donabedian registra que a qualidade é determinada a partir do julgamento de valor aplicado sobre vários aspectos, propriedades ou componentes do processo de atendimento médico, e que tais valores são oriundos do contexto mais amplo de metas e valores vigentes em um determinado contexto institucional de atendimento médico e mesmo na sociedade, de forma geral (Ibid. p. 167).

O autor afirma ainda que a definição de qualidade é tratada na literatura sobre o tema muitas vezes de forma fugaz, dada sua amplitude de componentes, como ilustra provocação de Donabedian quando este afirma que “[...] *a definição de qualidade pode ser quase qualquer coisa que alguém deseje que seja [...]*” (Ibid. p.167, tradução nossa). Em última instância, segundo Donabedian, as escolhas sobre quais critérios e dimensões serão julgados para definir a qualidade do atendimento médico é determinante para a escolha do método de avaliação a ser empregado, o que, por consequência, define as propriedades do conceito de qualidade. Ainda no referido tópico, Donabedian ilustra com citações que caracterizam o conceito de qualidade do atendimento a partir do emprego de muitos critérios e dimensões, concluindo não ser possível compreender este conceito de forma isolada, mas a partir da relação que estabelece com critérios, valores e julgamentos pertinentes a dado contexto.

Ainda que o tópico do artigo se refira à definição de qualidade, o autor acaba tangenciando este conceito a partir da evidenciação de sua complexidade e dependência com atributos e critérios do cuidado médico, mas não define de forma explícita qual sua concepção de qualidade. Algumas sequências discursivas (SD) de seu artigo por nós destacadas produzem um sentido de indefinição, complexidade e variabilidade de tal conceito, indicando mesmo uma confusão sobre a forma como o autor compreende a qualidade, ora como conceito, ora como “noção” (*notion*): SD1 [...] *qualidade do cuidado é uma noção extremamente difícil de definir* (Ibid.,p. 167, tradução nossa).

Ao mesmo tempo em que afirma ser uma noção extremamente difícil de definir, apresenta uma explicação taxativa, com a força da expressão “nada mais são do que”, que define qualidade não por si mesma, mas pelas propriedades da assistência médica que, por sua vez, servem como critérios de qualidade.

SD2: [...] os critérios de qualidade **nada mais são** do que julgamentos de valor que se aplicam a diversos aspectos, propriedades, ingredientes ou dimensões de um processo denominado assistência médica. (Ibid.,p. 167, tradução e grifo nosso)

Na SD2, critérios de qualidade são tidos como sinônimos de julgamento de valor aplicados à propriedades do processo de assistência médica, associando-se aos critérios de qualidade o ato de avaliar (julgamentos de valor), de modo que os critérios em si já seriam julgamentos de valor pré-definidos, o que associa os critérios a normas estabelecidas já dotadas de valor anterior, a partir dos quais se determina a qualidade. No entanto, Donabedian parte da constatação do limite das investigações acerca das dimensões e valores que definem a qualidade a partir da variação de momentos e cenários, como é possível ler na SD3:

SD3: Poucos estudos empíricos investigam quais são as dimensões e valores relevantes (para definir qualidade) em um determinado momento e em um determinado cenário (Ibid.,p. 167, tradução nossa).

E procede na elaboração de sua noção de qualidade apontando sua diversidade em termos de critérios, de forma a afirmar que não há possibilidade de determinar um critério único e amplo para medição da qualidade, aqui mais uma vez associando qualidade com avaliação diretamente:

SD4: [...] **nunca haverá** um critério único e abrangente para medir a qualidade do atendimento ao paciente. (Ibid., pp. 167 apud Klein et al., tradução e grifo nosso)

Tem-se, portanto, uma não definição, mas a indicação de que qualidade é antes dependente de um conjunto de valores e normas que a antecede e que delimitam as propriedades do processo do cuidado médico, além de outros fatores externos. A sequência discursiva que finaliza o breve tópico sobre definição de qualidade expressa uma relação de dependência do conceito de qualidade com tais dimensões e critérios selecionados, que, por sua vez, irá influenciar e mesmo determinar o tipo de abordagem e método empregado para avaliar o cuidado médico:

SD5: Quais dimensões e critérios serão selecionados para definir qualidade, dentre uma infinidade de possibilidades, **terá, é claro, profunda influência** nas abordagens e métodos empregados na avaliação dos cuidados médicos (Ibid.,p 167, tradução, adaptação e grifo nosso).

Ou seja, o conceito de qualidade para Donabedian, tomado em sua transparência de significação, é dependente dos critérios selecionados entre uma infinidade de possibilidades que, por sua vez, definirá a abordagem metodológica para avaliação. Temos aqui a introdução do aspecto metodológico à tentativa de definição do conceito de qualidade, o que aponta para a preocupação do autor em seu artigo de associar à questão do conceito de qualidade formas e práticas possíveis para sua mensuração, ou métodos que podem ser empregados. Aqui temos, em uma primeira análise, um conceito que não se encerra em si mesmo, que não detém suas propriedades, sendo antes dependente do tipo de normatividade que regula e define o que é um adequado cuidado médico. Por sua vez, tal conceitualização variável é quem define, para Donabedian, o tipo de abordagem metodológica para avaliação do cuidado médico a ser empregado, em uma lógica funcional onde o emprego do método está a serviço do tipo de conceitualização que se atribua à qualidade.

Neste primeiro esforço do autor em se debruçar sobre o conceito de qualidade, no início de seu artigo, o que lemos é justamente a inexistência de um conceito propriamente dito, ou seja, inexistente um sistema de normas operatórias invariáveis que permitam sua compreensão; ao contrário, o que lemos se aproxima daquilo que Canguilhem define como uma “etiqueta”, dado que se que distende quase indefinidamente, diferentemente do conceito (Canguilhem, 2012). A qualidade emerge enquanto uma noção geral cuja função é abarcar e, de alguma forma, unificar em torno de um constructo as propriedades do processo de cuidado médico, ou seja, uma construção cujo sentido não está em si mesma, mas nas partículas de sentido (ou intenções?) que lhe dão significado. A função e o sentido que o autor busca determinar para sua noção de qualidade não se mostra evidente, por mais que assim se apresente, mas é dependente e variável em relação àquilo que o autor chama de dimensões e propriedades, ainda em uma perspectiva descritiva da prática médica e os critérios, assumindo uma perspectiva valorativa pois os critérios são por si mesmos partes constitutivas do ato de julgamento, ou da avaliação.

Temos, portanto, até aqui, uma noção que se afirma pela ausência de um sistema explicativo próprio, sendo caracterizado por sua falta ou pelo argumento da complexidade que não permite sua definição, e não por propriedades que lhe conferem sentido próprio.

Poderíamos reconstituir a conceitualização de qualidade de Donabedian em seu artigo seminal como um ciclo retórico de definições que não definem (uma tautologia) o conceito de qualidade, mas antes enfatiza sua natureza complexa, variável e mesmo retórica quando afirma, ainda que de forma provocativa, que “*qualidade pode ser qualquer coisa que alguém queira que seja*” (Ibid., p. 167, tradução nossa).

Até aqui, os enunciados de Donabedian se apresentam enquanto um ciclo hermético de não definições, mas de aproximações com a forma problemática com que a qualidade tem sido tratada até então. Para ilustrar tal ciclo que estamos chamando de definições que não definem e o retorno a uma verdadeira platitude semântica circular, temos o seguinte:

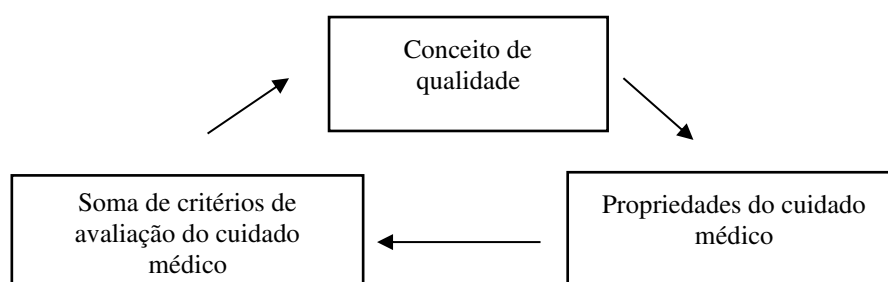


Imagem 1. Fluxo semântico circular da noção de qualidade em Donabedian (1966).

Em sua tentativa de conceitualizar a qualidade de forma ampla e a partir de sua complexidade, o que temos é uma redundância de enunciados que acabam por não conceitualizar qualidade, mas apontar justamente sua dificuldade de conceitualização. No entanto, quando observamos que a qualidade se compõe da soma de critérios de avaliação do cuidado médico e que tais critérios são tidos como sinônimos de avaliação, temos que a definição de qualidade emana de uma instância anterior à própria avaliação, ou mesmo à própria noção de qualidade. Qualidade seria aquilo que a normatização médica define como critérios de adequada conduta, ou seja; antecede a qualidade e mesmo a própria avaliação, que neste caso já vem com seus critérios de valores determinados pelo saber técnico médico, predominantemente. Aquilo que afirmamos no início dessa sessão, sobre

a tensão entre a luta por autonomia e a adequação para sua preservação parece encontrar local seguro na definição dos critérios para avaliação da qualidade do cuidado médico.

O que queremos afirmar é que o texto seminal do autor se apresenta enquanto uma crítica ao uso corrente que se fazia até então da noção de qualidade, à qual o autor busca fazer uma revisão que explicita seus limites. Esta primeira digressão acerca da falta de uma conceitualização precisa de qualidade em seu artigo parece se dar justamente pela tentativa do autor de recompor um termo muito mobilizado, mas pouco conceituado, e mesmo empiricamente testado. Ou seja, antes do conceito há um problema definido que o antecede, e é este problema que produz as condições de possibilidade para que o conceito seja possível. Temos aqui uma relação de efeitos de sentido e acontecimento, nos termos que Barbosa Filho (2023) propõe, que nos parece, agora mais compreensível, e que podemos sintetizar da seguinte maneira: o esforço de conceitualizar qualidade (efeito) vem, então, ao resgate da problemática maior (acontecimento) e que parece mobilizar o autor naquele contexto discursivo; a definição de critérios de autorregulação da profissão médica para preservar sua autonomia frente às exigências de um momento histórico que incide (se não impõe) a normatização da qualidade dos serviços médicos prestados em instituições de mercado a partir de pressões externas.

4.3.3 Qualidade para além, mas ainda em relação sinonímica com eficácia

Após estas sessões iniciais onde se debruça na caracterização e problematização da noção de qualidade, aos quais pudemos lançar um gesto de leitura que nos permitiu compreender - por meio dos indícios discursivos - acontecimentos e efeitos de sentido que atuam como pré-construído para sua elaboração, avancemos na construção do autor acerca do conceito de qualidade. Donabedian apresenta algumas abordagens possíveis para avaliar o cuidado médico no tópico denominado: “abordagens para avaliação: o que avaliar” (*approaches to assessment: what to assess*) (Ibid., p. 167, tradução nossa). A relação que Donabedian estabelece entre qualidade e resultados do atendimento médico (*outcomes*) é a primeira a ser exposta no artigo enquanto uma relação que costuma significar o conceito de qualidade, onde um cuidado médico de qualidade seria aquele onde é observado os melhores resultados nos pacientes, como sua recuperação, a restauração de estados saudáveis e mesmo a sobrevivência. Ou seja, qualidade equivaleria a melhores resultados.

Partindo de uma posição que denuncia a insuficiência desta relação entre qualidade e resultados, sobretudo pelo argumento acerca da complexidade em se estabelecer a causalidade entre a oferta do cuidado médico em contextos complexos e em definir indicadores precisos de resultados, Donabedian estabelece uma primeira relação de significado que, ao criticar uma compreensão muito aceita e pouco questionada, nos permite começar a compreender melhor sua concepção (em sua transparência de sentidos) acerca da qualidade. Na síntese feito pelo autor:

SD6: [...] embora os resultados possam indicar bons ou maus cuidados no conjunto, eles não fornecem um entendimento sobre a **natureza e localização das deficiências ou pontos fortes** aos quais o resultado pode ser atribuído. (Ibid., p. 169, tradução e grifo nosso).

Nesta sequência discursiva, Donabedian se opõe à conceitualização de qualidade limitada ao alcance de resultados positivos, ou seja, não se pode conceitualizar qualidade apenas a partir do alcance dos resultados do atendimento médico, como por exemplo, aquilo que defende as primeiras propostas de controle da qualidade proposta por Codman (Carvalho et al., 2004) e seu modelo de “*end result system of hospital standardization*”, o qual já citamos.

Ao fazer tal crítica, Donabedian insere uma nova problemática, que é a dificuldade de atribuição dos resultados, ou à identificação dos problemas e pontos positivos que poderiam associar os resultados ao cuidado médico avaliado. A preocupação do autor parece estar na necessidade de intervenção que o controle da qualidade demanda, uma vez que não é suficiente identificar os resultados, mas identificar suas causas para assim, em caso de não alcance, corrigi-los.

Assim, o autor parte de uma negação do sentido corrente de qualidade, que associa essa noção ao alcance de melhores resultados, para estabelecer o que seria seu entendimento, mas, contraditoriamente, estabelece uma relação direta entre qualidade do cuidado médico, resultados e eficácia, em última instância, ao afirmar que: SD7:[...] *os resultados, em geral, continuam a ser os validadores finais da eficácia e da qualidade dos cuidados médicos.*” (Ibid., p. 169, tradução nossa). Temos, portanto, uma argumentação que se inicia com uma crítica à insuficiência da dimensão dos resultados enquanto forma de significar o conceito de qualidade e medi-lo, e termina com uma validação desta lógica que, em última instância, seria aquela que determinaria a eficácia (traduzida de *effectiveness*, que na língua inglesa também aparece traduzida como

efetividade, embora seja menos comum⁹). Enfatizamos o emprego do termo “validadores finais” (*ultimate validators*) na sequência discursiva em questão, cujos sentidos são o de validadores superiores, ou mais apropriados em última instância. Poderíamos asseverar que estamos diante de uma relação de significação contraditória, pois parte de uma crítica para depois constituir um reforço a tal enunciado, ainda que sob o argumento de maior capacidade de intervenção para correção e ajustes.

Em sua concepção acerca da avaliação da qualidade do cuidado médico, a dimensão chamada por Donabedian de **processo** (*process of care*), compreendida por ele enquanto um tipo de abordagem para avaliar a qualidade, também se destaca enquanto forma de constituir o significado de seu conceito de qualidade. A abordagem centrada no processo consiste em uma análise acerca da adequação da aplicação do conhecimento médico disponível para o cuidado durante o atendimento. Nesta perspectiva, seriam critérios para o julgamento de valor acerca da qualidade do cuidado médico a boa aplicação de técnicas e métodos oriundos da ciência médica, como os meios mais eficazes para coletar informações de histórico clínico, pedidos de exames, competência técnica na produção de diagnósticos e procedimentos terapêuticos entre outros aspectos que conformariam um adequado processo de cuidado. A grande questão em torno da dimensão do processo é sintetizada por Donabedian como sendo: “*a medicina está sendo praticada adequadamente? (properly practiced)*”. Neste aspecto, a adequação do processo de cuidado médico aparece atrelada a critérios normativos que delimitam o que é considerado mais adequado à conduta médica, motivo pelo qual o autor enfatiza que este tipo de abordagem: [...] *exige que seja dada muita atenção à especificação das dimensões, valores e padrões relevantes a serem utilizados na avaliação*” (Ibid., 9. 169, tradução nossa).

Em um aprofundamento que melhor caracteriza a origem, natureza e intencionalidade dessas dimensões, valores e padrões, que no início de seu artigo não são evidenciadas, Donabedian esclarece para o leitor a fonte para a normatividade que “preenche” a noção de qualidade e que constituem referências técnicas com “legítima” competência e conhecimento aceitos no contexto de sistemas de assistência médica dominantes, como podemos ler na seguinte sequência discursiva (SD8):

⁹ Em relação a essa questão, Silva e Formigli (1994) também identificam o funcionamento sinonímico nas definições de eficácia, efetividade, eficiência e qualidade na língua portuguesa (p. 82).

SD8: Os padrões normativos derivam, em princípio, **das fontes que legitimamente estabelecem os padrões de conhecimento e prática no sistema de assistência médica dominante**. Na prática, eles são definidos por livros didáticos ou publicações padronizadas, painéis de médicos, profissionais altamente qualificados que atuam como juízes ou por uma equipe de pesquisa em consulta com profissionais qualificados. (Ibid., p. 177, tradução e grifo nossos).

As fontes que definem os padrões normativos que compõem o constructo de qualidade citadas por Donabedian não são diferentes daqueles observados no modelo profissional e burocrático, onde os próprios médicos especializados (como Flexner, que foi o mais reconhecido expoente), suas corporações (como a ACS), painéis de especialistas e equipes de pesquisa (que abarcam os chamados *boards* de acreditação, como a JCAH).

Em trecho onde defende a relação entre a abordagem de resultados e processos, tida por Donabedian como “mais correta”, o autor defende o cuidado médico enquanto: SD9: “[...] *uma cadeia ininterrupta de meios antecedentes seguidos por fins intermediários que são, eles próprios, meios para fins ainda mais distantes.*” (Ibid., p, 169, tradução nossa), em um esforço de racionalizar o processo de cuidado médico ao dividi-lo por instâncias interligadas e com um fim que as dota de intencionalidade específica. Temos, neste momento, o início de uma compreensão de que o cuidado médico e o raciocínio necessário para avaliação de sua qualidade não se limitariam à dimensão dos resultados, mas também é constituída por uma dimensão de processos, essa por sua vez seria baseada na adequação da aplicação de técnicas e procedimentos mais pertinentes entre aqueles disponíveis no aparato de saber médico validado cientificamente. A noção de processo para Donabedian aparece associado à aplicação mais adequada, na relação médico-paciente, das técnicas oriundas da ciência médica, o que reforça o recurso à racionalidade técnico-científica de sua proposta em ao menos duas dimensões: primeiro, a necessidade em atribuir causalidade, ou seja, a aplicação de uma razão experimental (o que não significa método experimental) para a relação entre oferta de cuidado e resultados e, segundo, a ênfase na medicina técnica e científica, por meio da aplicação dos melhores procedimentos disponíveis no processo de cuidado.

Tal ênfase na dimensão científica, tanto pelo adequado recurso as melhores técnicas quanto pelo raciocínio causal, indicam que o sentido da dimensão do processo é constituir um elo “científico-causal” que subsidie a análise dos resultados, este, por sua

vez, que permanece como validador final da qualidade. Neste ponto, Donabedian irá enfatizar que a eficácia dos cuidados, ou seja, o alcance concreto do efeito esperado, é o elemento que torna válida, em última instância, a qualidade, ainda que as propriedades desta eficácia possam ser determinadas socialmente.

SD10: A eficácia dos cuidados, tal como foi afirmada, para alcançar ou produzir saúde e satisfação, conforme definido para seus membros individuais por uma determinada sociedade ou subcultura, **é o validador final da qualidade do cuidado** (Ibid., p. 186, tradução e grifo nosso).

Donabedian enfatiza a proeminência da eficácia ao apontar como condicionante para outros indicadores de qualidade a conquista da saúde e satisfação dos pacientes, estes dois elementos que podem ser considerados como os resultados pretendidos pelo cuidado médico.

SD11: A validade de todos os outros fenômenos como indicadores de qualidade **depende**, em última análise, sobre a relação entre esses fenômenos e a conquista de saúde e satisfação. (Ibid., p. 186, tradução e grifo nosso).

Ou seja, qualquer outro elemento ou fenômenos do processo de cuidado médico deve estar associado ao desfecho que se espera, ou ao alcance da eficácia. Portanto, podemos compreender até esta altura de seu artigo que não há uma mudança de paradigma acerca das fontes para normatização e preponderância da eficácia enquanto valor para aferição da qualidade em Donabedian¹⁰, e o que emerge enquanto ponto de atenção em sua reflexão é a importância em se ressaltar a adequada utilização de procedimentos técnicos a fim de determinar a causalidade dos resultados que se busca avaliar, ou seja, o recurso à lógica científica tradicional. Nesta altura, podemos atualizar nosso fluxo semântico de componentes que determinam, para Donabedian, a noção de qualidade da seguinte maneira:

¹⁰ Silva e Formigli (1994) já haviam percebido esta ênfase na dimensão dos resultados quando afirmaram, no começo da década de 1990, que Donabedian, especialmente a partir de seus trabalhos mais recentes à época, considera que a qualidade da dimensão técnica do cuidado deveria ser julgada por sua efetividade (p.82).

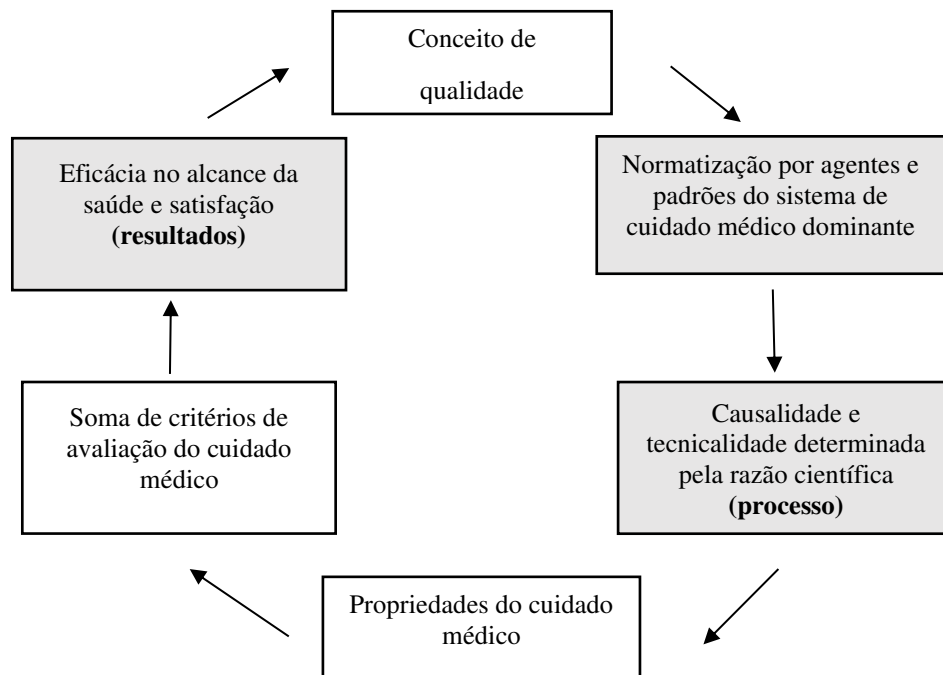


Imagem 2. Fluxo semântico circular da noção de qualidade em Donabedian atualizado.

Avançando na argumentação de seu artigo seminal, Donabedian apresenta ainda uma terceira abordagem para avaliação do cuidado médico, onde o foco não é na análise do processo de cuidado em si, ou de seus resultados, mas daquilo que o autor chama de *settings* e *instrumentalities*, compreendido enquanto o cenário e o conjunto de instrumentos que permitem que ocorra o cuidado médico. O autor designa esta abordagem como avaliação da **estrutura**, que englobaria fatores como: adequação de instalações e equipamentos; as qualificações da equipe médica e sua organização; a estrutura administrativa e as operações de programas e instituições que prestam atendimento (Ibid., p. 170).

Ao inserir em sua revisão as avaliações centradas na estrutura, Donabedian não desenvolve em profundidade as características e métodos para este tipo de abordagem, e não aprofunda a relação entre a estrutura e as dimensões de processo e resultados. O que emerge em seu texto é a menção a este tipo de avaliação e sua importância, citando alguns

trabalhos e dialogando com seus autores, mas apontando principalmente a frágil relação estabelecida entre a estrutura, os processos e os resultados.

O artigo seminal de Donabedian parte de três abordagens possíveis para avaliar o cuidado médico, sendo uma centrada nos resultados, mais comum e pouco questionada, outra com foco no processo, em que é determinante a definição de valores, padrões e formas de validação como meios para aferir se as melhores técnicas estão sendo aplicadas, e outra cujo foco recai na estrutura, ou no cenário e no conjunto de instrumentos que possibilitam o cuidado médico.

Embora parta de uma crítica aos limites e dificuldades em considerar a qualidade enquanto sinônimo de melhores resultados, o autor pondera ser este, em última instância, o fator que determina se o cuidado médico foi ou não eficaz, e passa a considerar que entre a dimensão do processo e dos resultados há uma continuidade, um encadeamento codependente. Neste momento, há um esforço em associar essas duas abordagens, ou dimensões, ou ainda formas de abstrair a prática do cuidado médico e seus efeitos.

4.4. Pontos de chegada acerca da produção seminal de Donabedian

Dentro do que vimos expondo ao longo deste capítulo, podemos alcançar um ponto de chegada (não um ponto final) de compreensão que nos permita ler os textos subsequentes de Donabedian a partir dos efeitos de sentido que o contexto discursivo do período em que escreveu seu texto seminal produziu para sua concepção de qualidade. O que defendemos aqui a partir de nosso gesto de leitura é que, mais do que sua elaboração conceitual tida em sua transparência – e por isso buscamos elucidar, ainda que talvez de forma excessivamente detalhada, suas teses, – nos interessa o problema no qual o autor, enquanto sujeito interpelado pela ideologia, esteve imerso, e que determina a possibilidade de se pensar em termos conceituais. Tendo o discurso efeito de transparência, foi preciso opacizar seus sentidos para buscar lê-lo a partir daquilo que não é dito, mas que ainda assim, é. Dessa forma, identificamos na posição do autor a permanência de uma discursividade médica liberal, sob o signo do trabalho artesanal, como parte constituinte de sua defesa da normatização da prática a partir dos saberes técnico-científicos da Medicina, mas não só: como tal, cabe aos médicos cientistas desenvolverem e aos seus pares validarem e avaliarem a coesão entre tal normatividade e sua manifestação empírica.

Mas, considerando que o discurso não é linear e unidimensional, sendo determinado por formações sociais e ideológicas específicas e, em última instância, pelas condições concretas de um todo complexo com dominante (Althusser, 2015; Pêcheux, 2015), as dinâmicas econômicas capitalistas que determinaram sistemas burocráticos e tecnológicos para a prática médica autônoma também lhes confrontaram com a necessidade de controle, normatização e socialização (sob a forma de mercantilização em massa) de seu trabalho. Como vimos a partir dos estudos de Schraiber (1995), tal processo desencadeou profundas mudanças no trabalho médico, ensejando tomada de posições de adequação, mas também de resistência para preservação de valores que compõem a ideologia que perpassa a profissão médica e sua inserção social. A auto normatização emerge enquanto uma estratégia de manutenção de poder e coesão interna da profissão e seu conjunto de valores (expressa na defesa do domínio de seus procedimentos e “arte”), ao mesmo tempo em que participa ativamente da remodelação institucional determinada pelas mudanças econômicas, políticas e sociais daquele contexto. Neste âmbito, atua seja na responsabilidade por determinar os padrões de qualidade e regulação do ensino, por meio de instituições médicas privadas ou derivadas da profissão que adentram (ou ali são gestadas) aos aparelhos de Estado, seja por meio da produção científica em torno dos procedimentos para controle da qualidade, cada vez mais visto como valor social à medida em que a saúde se organiza enquanto mercado consumidor¹¹. É nesta intersecção entre uma discursividade corporativa médico-liberal e uma discursividade médico-burocrática-tecnológica que Donabedian escreve e se inscreve a partir dos efeitos de sentido de sua elaboração em torno da qualidade.

No que tange especificamente a sua elaboração em torno do conceito de qualidade, que o leitor a essa altura poderá perceber não se tratar de nosso principal objeto, é possível ler que Donabedian embora desenvolva e apresente uma proposta que considera as dimensões de estrutura e processo como formas de se avaliar a qualidade, é a dimensão dos resultados aquela em que o autor mais se esforça em contribuir. Na elaboração que vimos decompondo, na tentativa de uma compreensão “descompactada”, como chamamos, o que compreendemos é que a estrutura e o processo são qualificações necessárias para se compreender de forma não abstrata a dimensão dos resultados; opera nesse sentido, em nossa interpretação, uma reificação da dimensão dos resultados, mas a

¹¹ É importante lembrar que estamos nos referindo, sempre, ao contexto norte americano.

partir de um apelo à lógica causal e normativa que une as dimensões de estrutura, processo e resultado em uma abstração (embora empiricamente acessível por meio da razão instrumental), que é o processo de cuidado médico.

Na medida em que o modelo burocrático-tecnológico complexifica a oferta de cuidados em saúde a partir de instituições que oferecem serviços segmentados em massa, com uma diversidade maior de procedimentos e diferentes profissionais envolvidos, a decomposição em estrutura, processo e resultados apresenta um valor de uso considerável para normatização de procedimentos de controle de qualidade. Talvez isso explique a notável adesão e reverência ao autor tanto no período em que lança seu artigo seminal, como nas décadas subsequentes, até pelo menos meados da década de 1990, como indicam os textos que documentam seu uso tanto no Brasil quanto em outros países.

Neste aspecto, é importante compreender o trabalho em saúde a partir de sua materialidade histórica, determinado pelas relações capitalistas de produção e circulação de valor (processos que não se separam). Compreendendo o trabalho em saúde enquanto a oferta de serviços, ele se dá enquanto um organizador de trabalhos produtivos anteriores, produzindo assim um efeito útil (Marx, 2013). A mediação do processo de trabalho em saúde¹², que é em si, processo de consumo improdutivo (que satisfaz determinadas necessidades) a partir de objetos produzidos em outros processos de trabalho e que, no trabalho em saúde, são consumidos como instrumentos (consumo produtivo), acabam, a partir do processo de alienação, atuando como mecanismo desumanizador na medida em que a mediação tecnológica atravessa as relações humanas presentes no cuidado. Se a produção de cuidado em saúde é uma relação que não se condensa necessariamente em produtos, mas se esvai no próprio processo, sua captura pelas relações capitalistas torna-se mais complexa, mas nem por isso menos capturada. Schraiber (1995), autora que nos ajuda a compreender as contradições entre liberdade e cooptação do trabalho médico, reconhece que a mediação tecnológica modifica as relações de cuidado médico, especificamente, e na saúde, de forma geral, sendo a dimensão humana centralmente

¹² O trabalho em saúde aqui não parte de uma noção geral de trabalho em saúde, mas de uma forma específica, inscrita em um contexto discursivo específico que vimos delimitando anteriormente, por mais que o funcionamento ideológico do discurso busque “naturalizar” o trabalho em saúde a partir de suas normas e regras internas, o apartando das determinações históricas. Da mesma forma, não há nada que seja considerado como uma necessidade em saúde geral, nem mesmo as regularidades biológicas do corpo e da vida. Essa observação, que na verdade expressa mais uma precisão do método marxista, nos é ofertada pelo trabalho de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992).

afetada. Interpretamos esse aporte ao fator humano não em referência a uma ideologia idealista humanista, mas enquanto categoria ontologia do trabalho, a partir da formulação de Marx (2013) a respeito da desumanização ao qual o trabalho está submetido nas relações capitalistas.

Os trabalhos subsequentes de Donabedian avançaram na definição e qualificação, a partir de sua tríade já apresentada em 1966, de atributos específicos e formas de se implementar a avaliação da qualidade, e não serão por nós aqui tratados. Isso porque, como dito antes, ao cabo de nosso gesto de leitura, o conceito de qualidade representou uma porta de entrada para compreender o contexto discursivo no qual Donabedian esteve situado quando emergiu enquanto uma referência cuja elaboração produziu e produz efeitos de sentido para a Avaliação em Saúde. Ou seja, ainda que haja outras propriedades em seu conceito de qualidade não exploradas por nós dada a escolha em trabalhar apenas com um documento, seu artigo seminal, não foi nossa intenção capturar o conceito proposto por Donabedian e explorá-lo em sua horizontalidade. Tal exercício é comumente encontrado na literatura sobre avaliação, e certamente não teríamos contribuições mais originais além daqueles que já estão disponíveis. Não estamos aqui fazendo um julgamento de valor que desmereça tais leituras - tidas por nós como abordagens que não vão além da transparência dos enunciados; o que queremos defender é que o nosso gesto de leitura materialista é vertical, ou seja, esteve mais interessado em compreender determinantes estruturais submersos sob uma película transparente de significados do que em detalhar topograficamente o conceito de qualidade do autor.

Buscamos, assim, mostrar que as determinações anteriores que compõem o interdiscurso cujos efeitos de sentido são por nós lidos em nosso gesto de leitura merecem ser abordadas e ter o seu campo de memórias mapeados, em um esforço de ressignificar (e por isso colocar em disputas), uma discursividade que há décadas nos perpassa com sua força de evidência.

5. Por um gesto de leitura materialista para Avaliação em Saúde: implicações de uma tomada de posição crítica

Esta tese é fruto de uma inquietação compartilhada entre pesquisadores que se dedicam ao tema da Avaliação em Saúde e que convergem para criar espaços e condições que permitam abordar seu próprio campo de atuação em uma perspectiva crítica. O ponto de partida de nossa questão de pesquisa foi questionar a forma como a história da avaliação é contada, como se esta fosse uma sequência lógica evolutiva de descobertas, onde autores se sucedem no desenvolvimento de abordagens metodológicas e normas mais adequadas para avaliação, superando as limitações de seus antecessores. Vimos que esta é uma forma muito comum de contar a história não só da avaliação, mas de outros campos disciplinares e ciências, e que tal gesto de leitura não é natural ou desprezioso; a narrativa linear da história da avaliação a partir de abordagens e normas estabelecidas que evoluem ao longo do tempo, sempre de forma positiva, ou seja, melhorando a cada nova geração ou método inovador, silencia por excesso de transparência as contradições de uma área de práticas que nada tem de natural ou neutra, sendo antes determinada por relações materiais de produção e disputas intrínsecas ao modo capitalista de sociedade.

A partir do aporte da Epistemologia Histórica decidimos não ler os relatos históricos da avaliação enquanto disciplina científica a partir de seus enunciados gerais ou palavras e frases de ordem, cujas sínteses explicativas baseiam-se em uma concepção espontânea de ciência, como nos ensina Althusser (1979). Abordar a história da ciência a partir de seus conceitos é tomar uma posição que escolhe a materialidade histórica enquanto produtora das demandas e questões, que, por sua vez, determinam elaborações conceituais. Ou seja, a realidade material antecede a abstração teórica, sendo, portanto, este o *locus* de significado para a interpretação de um enunciado científico.

Ao encararmos as abordagens e normas da avaliação a partir desta problematização, mas não só; ao focarmos nosso gesto de leitura materialista nos indicadores sociais e no conceito de qualidade de Donabedian o que compreendemos a partir de nossa leitura foi o quanto as determinações históricas e a conjuntura ideológica constituem os efeitos de sentidos destes conceitos. Isto nos possibilitou estabelecer e articular as relações entre o funcionamento ideológico do discurso em torno do desenvolvimentismo e das contradições que marcaram as disputas da categoria médica em torno de sua autonomia profissional, contextos estes que nos permite uma leitura

materialista dos conceitos que investigamos. Da mesma forma, ao questionarmos a naturalidade com que a epistemologia empirista se coloca como sinônimo de ciência mais adequada para captura de uma abstração do real, estamos propondo um gesto de leitura e interpretação que delimita as filiações ideológicas de enunciados tidos como científicos. cremos que assim é possível interpretar o funcionamento ideológico dos enunciados que buscam dotar a avaliação de cientificidade, como se tal funcionamento fosse isento dos interesses antagônicos existentes em uma sociedade de classes, como já dito.

Foi o que buscamos fazer no capítulo dois desta tese ao focarmos nossa análise no contexto histórico apontado por muitos autores como sendo determinante para a forma como a Avaliação em Saúde se insere na agenda pública brasileira e na Saúde Coletiva a partir da década de 1990. O REFORSUS nos ofereceu o ponto de partida, mas não constitui o ponto de chegada. O que queremos dizer é que definir os conceitos mobilizados para avaliação, como indicadores e qualidade, ou atos históricos, como o REFORSUS, constituem nossa porta de entrada para análise histórica em torno das relações de sentido material que determinam o funcionamento ideológico destes objetos de pesquisa que delimitamos. Em outras palavras: miramos nos conceitos, mas o que nos interessa de fato são as contradições que movem a história em que tais conceitos adquirem sentido. Da mesma forma como orienta nosso referencial teórico da Análise de Discurso (Barbosa Filho, 2023), as palavras não são meros veículos de sentidos, e se assim fossem bastaria a leitura de seus conteúdos formais; mas, antes, sintetizam por meio de seu funcionamento as redes de significados que se entrecruzam a partir de sua base material (a Língua) em sua relação com o funcionamento ideológico e suas formas de esquecimento (por isso sua característica também inconsciente) com a História.

Nos parece demasiado utilitário listar nesta última sessão desdobramentos diretos que nossa proposta de um gesto de leitura materialista pode implicar para a prática da Avaliação em Saúde no interior da Saúde Coletiva brasileira. Reflexões teóricas, sobretudo quando se propõem a delinear um caminho original a partir de uma teoria crítica, nos parece demandar tempo e necessariamente se dispor a um debate ampliado em termos de interlocuções, bem como o aprofundamento de sua consistência a amplitude teórica. Não é nossa pretensão desenvolver imediatamente a partir desta tese uma nova abordagem que supere abordagens que possam ser definidas como limitadas, seja do ponto de vista metodológico, seja do ponto de vista epistemológico. Tal presunção poderia inclusive derrapar na armadilha idealista que vimos analisando, de que bastaria

uma crítica ao discurso conceitual da avaliação para criar modelos ou abordagens mais adequadas.

Todavia, nossa intencionalidade é contribuir para criar condições em que a prática social da Avaliação em Saúde não seja instrumentalizada ideologicamente para atender aos interesses das classes dominantes que detém o poder material de definir os caminhos pelos quais a avaliação deve ser normatizada. Chamar atenção para o funcionamento ideológico da prática da Avaliação em Saúde no Brasil, como buscamos fazer ao traçar as relações de sentido deste campo de atuação e saberes com determinações históricas que conformam os espaços de memória que, por sua vez, nutrem o discurso da avaliação e se impõem como verdades, constitui nossa mais modesta contribuição.

Se nossas elaborações, cuja presente tese materializa textualmente, puderem servir como subsídios para organizar novas formas de analisar as políticas públicas no campo da Saúde no Brasil, no sentido de criar alternativas atentas ao funcionamento ideológico de aparatos repressivos que constituem os aparelhos ideológicos de Estado onde as avaliações ocorrem (subsidiando, inclusive, alternativas à própria concepção de avaliação como a conhecemos), nossos intentos terão sido não só alcançados, mais superados.

Referências bibliográficas

ALKIN, M.C. (editor). **Evaluation Roots: Tracing Theorists' View and Influences**. Thousand Oaks: SAGE; 2004.

ALMEIDA, F.A; BRITO, F.A. ESTABROOKS, P.A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **REFACS (online)** 2013; 1(1):6-16.

ALTHUSSER, L. **Apresentação**. In: Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2020.

_____. **Iniciação à filosofia para os não-filósofos**. WMF Martins Fontes; 1ª edição. 2019.

_____. **Posfácio. A filosofia da ciência de Georges Canguilhem**. Apresentação. In: Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2020.

_____. et al. **De o capital à filosofia de Marx**. In: Ler o capital, v. II. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980.

_____. **Aparelhos ideológicos de Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

_____. **Filosofia e filosofia espontânea dos cientistas**. Lisboa: Editorial Presença, 1979.

_____. **Por Marx**. Campinas, SP: Unicamp, 2015.

_____. **Sobre A Reprodução**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

_____. **Sobre o trabalho teórico: dificuldades e recursos**. In: BARISON, Thiago (Org.). Teoria marxista e análise concreta. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **The “Minimum Standard” Document**. Disponível em: <https://www.facs.org/about-ac/archives/past-highlights/minimumhighlight/>

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **The Joint Commission History Timeline**. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/who-we-are/facts-about-the-joint-commission/tjc-history-timeline-through-2023.pdf>

AMERICAN EVALUATION ASSOCIATION – AEA. **Principles for Evaluators**. Acessado em 25 de setembro de 2023, disponível em: https://www.eval.org/Portals/0/Docs/AEA_289398-18_GuidingPrinciples_Brochure_2.pdf

ANDERSON, J. A. M.D., J.D. (2010) Evolution of the Health Care Quality Journey. **Journal of Legal Medicine**, 31:1, 59-72, DOI: 10.1080/01947641003598252

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Ed. UNESP/Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003, 142.

AYRES, J. R. C. M. “Georges Canguilhem e a construção do campo da saúde coletiva brasileira”. **Intelligere, Revista de História Intelectual**, São Paulo, v. 2, n. 1 [2], p. 139-155. 2016.

BARBOSA FILHO, F. R. **Língua, arquivo, acontecimento: trabalho de rua e revolta negra na Salvador oitocentista**. 1 recurso online (213 p.) Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem, Campinas, SP. 2016. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1629621>.

_____. SOBRE O ACONTECIMENTO. **Revista Conexão Letras**, [S. l.], v. 18, n. 29, 2023. DOI: 10.22456/2594-8962.136255. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/conexaoletras/article/view/136255>. Acesso em: 6 abr. 2024.

_____. Ler o arquivo em análise de discurso. **Cadernos De Estudos Linguísticos**., v. 64, p. e022007-22, 2022.

BATISTA, P. N. **O consenso de Washington: A visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. In: Sobrinho, B. L. (et al). Em Defesa do Interesse Nacional: Desinformação e Alienação do Patrimônio Público, São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BOADEN, R.; HARVEY, G. ; MOXHAM, C. et al. / **Quality Improvement: theory and practice in healthcare**. Coventry, UK : NHS Institute for Innovation and Improvement, . (NHS Institute for Innovation and Improvement). 2008.

BORYSOW, I. C, FURTADO, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. - **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2014.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Brasília, DF. 1995.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável**. Saúde Legis, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>.

_____. Tribunal de Contas da União. **Projeto Reforsus: análise das causas da baixa execução financeira do projeto. Relatório de auditoria de desempenho**. Ministro relator Humberto Guimarães Souto. Tribunal de Contas da União. 2000.

_____/BIRD. **Contrato de Empréstimo N° 4047-BR: Projeto de Reforma do Setor de Saúde**. REFORSUS. Brasília, set. 1996

BRESSER PEREIRA, L.C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova [Internet]**. 1998;(45):49–95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A-P; HARTZ, Z.M.A (organizadores). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, fev./abr. 1990.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2020.

CANGUILHEM, G. **Estudos de História e Filosofia das Ciências: Concernentes aos Vivos e à Vida**. Forense Universitária; 1ª edição. 2012.

CARNUT, L.; NARVAI, P.C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.2, p.290-305, 2016

CARVALHO, C.O.M; SANDENBERG, C.; MATOS, A.C. et al. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. **J Bras Nefrol**. Volume XXVI - nº 4 - dezembro de 2004.

CARVALHO, A.P; FURTADO, JP. Moradia assistida para pessoas em situação de rua no contexto da política de drogas brasileira: avaliação de implantação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310116, 2021.

CENEVIVA, R.; FARAH, M.F.S. **O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública**. In: Guedes AM, Fonseca F, organizadores. O controle social da administração pública. São Paulo: Editora Unesp; 2007. p. 129-56.

CENEVIVA, R. **Democracia, Accountability e Avaliação: a avaliação de políticas públicas como instrumento de controle democrático**. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. 2005 151 f.

CHRISTIE, C.A. What Guides Evaluation? A Study of How Evaluation Practice Maps onto Evaluation Theory. **New Directions for Evaluation**, no. 97, Spring 2003.

COMITÊ MISTO DE PADRÕES PARA AVALIAÇÃO EDUCACIONAL (JCSEE), (2014). **Declarações de padrões de avaliação do programa**. Disponível em site <https://jcsee.org/program/>

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a Filosofia?** Trad. de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. São Paulo: Editora 34, 1992.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 1966, 44: 166–206.

_____. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: **Health Administration Press**; 1980.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, 114:1115-1119. 1990.

_____. La Calidad de la Atención Médica. In: Calidad Asistencial. **Revista de órgano de la sociedade española de calidad asistencial**. Suplemento nº 12001. V. 16. p.29-38. 2001.

DONNANGELO, M.C.; PEREIRA, L. Saúde e sociedade São Paulo: **Duas Cidades**; 1976.

DRAIBE, S.M. BRASIL 1980-2000: proteção e insegurança social em tempos difíceis. **Cadernos de Pesquisa NEPP**. Campinas: UNICAMP; 2005.

ESTEVAN, G. **Development**. In: Sachs, Wolfgang. The Development Dictionary. A Guide to Knowledge as Power. 2ed. 2010.

FARIA, J. H. Foi e não se sabe se volta: O sumiço progressivo da teoria original. **Revista de Administração Contemporânea**, 27(1). 2023.

FLEXNER A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching (Bulletin number four). 1910

FONSECA, P.C.D. **Desenvolvimentismo: a construção do conceito**. In: DATHEIN, R., org. **Desenvolvimentismo: o conceito, as bases teóricas e as políticas** [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

FRENK, J. In Memoriam: Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. **Salud pública de México** / vol.42, no.6, noviembre-diciembre de 2000.

FRENK, J. Perspectives. **Bull World Health Organ**. 2000;78(6):857.

FURTADO, J.P. **A avaliação de programas e serviços**. In: Campos GWS, Minayo MC, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva* São Paulo: Hucitec; 2006.

_____. Por uma meta-avaliação sem metafísica. **Revista Brasileira de Avaliação**, 11(2). (2022)

_____; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da Avaliação em Saúde no Brasil**. In AKERMAN, M.; FURTADO, J. P (Orgs.). **Práticas de Avaliação em Saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida. 2015.

_____ Um método construtivista para a Avaliação em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 165-181, 2001.

_____. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006.

_____.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2643–2655, 2014.

_____.; et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**. 34 (7) 23 Jul 2018.

GALLO, E.; PINTO, L.F.; CASTRO, J.D.; FERLA, A.A. **Políticas de investimento do Ministério da Saúde do Brasil (1997-2004): uma análise do projeto Reforsus e seus efeitos no complexo produtivo da saúde**. In MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (orgs). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea, 2011

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde Debate**. jan/mar;43(120):30-42. 2019.

GASPARINI, M. F. V. Bases filosóficas e epistemológicas da avaliação: caminhos a serem trilhados. **Revista AVAL**, 3(17). 2020.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**. 2019.

GLASGOW, R.E. ; VOGT, T.M. ; BOLES, S.M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **Am J Public Health**. 89(9):1322-7. 1999.

GRAHAM, N. O. **Quality in health: theory, application, and evolution**. Aspen Publishers; Illustrated. 1995.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos e de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p. (Cadernos CEFOR – Textos ,1)

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

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

IACABO, P.; FURTADO, J.P. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. **Saúde em Debate**, 2020

KARAN, R. A. S. **Modernização gerencial: um caminho obrigatório para a consolidação e o fortalecimento do sistema único de saúde - a experiência de projeto REFORSUS**. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, 2002.

MALDIDIER, D. **A inquietação do discurso: (re)ler Michel Pêcheux hoje**. Campinas: Pontes; 2017.

MARQUES, M.C da C., IANNI, Á.M.Z.; MENDES, Á.; MANTOVANI, R. A importância da perspectiva histórica para o pensamento social em saúde: a contribuição de Madel Luz e MERHY, Emerson. **Hist cienc saude-Manguinhos** [Internet]. 2018Apr;25(2):353–69. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000200004>

MARX, Karl. **O Capital, Livro I**. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25260. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 25 mar. 2024.

MENEGHETTI, F. K. O que é um Ensaio-Teórico? **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 2, pp. 320-332, Mar./abr. 2011.

MERHY, E. **Capitalismo e saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. Porto Alegre: Rede Unida. 2014.

NARZETTI, C. Para uma história epistemológica do conceito de formação discursiva. **Linguagem em (Dis)curso**. 2018;18(3):647–63.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública** [Internet]. 2000Oct;34(5):547–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>

NUNES, E.D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saude soc** [Internet]. 1994;3(2):5–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>

OECD. **Applying Evaluation Criteria Thoughtfully**. OECD Publishing, Paris, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/543e84ed-en>.

ONOCKO-CAMPOS, R. **O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional**. Dissertação de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP. 1998.

ONOCKO-CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. 210p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2001.

OMS, UNICEF. **Declaração de Alma Ata**. 1978.

ORLANDI, E. P. (org) [et. al.]. **Gestos de leitura: da história no discurso**. Tradução: Bethânia S. C. Mariani [et. al]. Campinas: Editora da Unicamp, 1994, p.55-66.)

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (4): 492 – 499 ; 2008.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

- PATTON, M.Q. Evaluation Science. **American Journal of Evaluation** XX(X). 2018.
- PÊCHEUX M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. 7. ed. Campinas: Pontes; 2015.
- _____. **Ler o arquivo hoje**. In: ORLANDI, Eni P. (org) [et. al.]. Gestos de leitura: da história no discurso. Tradução: Bethânia S. C. Mariani [et. al]. Campinas: Editora da Unicamp, 1994, p.55-66.
- _____. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução Eni Pulcinelli Orlandi et al. 5ª ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2014.
- PEÑA-GUZMAN DM. French epistemology: discourse, concepts, and the norms of rationality. **Stud Hist Philos Sci**. 2020;79:68–76. *Philos Sci*. 2020;79:68–76.
- PÉREZ, P.R. Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos. **Arbor** CLXX, 670 (Octubre 2001), 371-381 pp.
- PORTELA, M.C. PORTELA, MC. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8.
- PRADO, F C. **A ideologia do desenvolvimento e a controvérsia da dependência no Brasil contemporâneo**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Economia Política Internacional, 2015. 167 f.
- REIS, E.J.F.B et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ 6(1): 50-61, jan/mar, 1990
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS** / Maria Lucia Frizon Rizzotto. Campinas, SP : [s.n.], 2000
- SACHS, W. **The Development Dictionary. A Guide to Knowledge as Power**. 2ed. 2010.
- SANCHO, K.A; PFEIFFER, C.R.C; CORREA, C.R.S. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. **Interface** (Botucatu). 2019;23:e170633.
- SANTOS, E. M. **Aprendendo Avaliação: modelos e métodos aplicados**. / Elizabeth Moreira dos Santos, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Egléubia Andrade de Oliveira. – Rio de Janeiro: Cebes, 2023.
- SARAIVA, LAS; GONÇALVES, NR. A Contribuição da Efetividade para a Análise do Desempenho de Programas Sociais. **Revista de Administração da Fead-Minas**, Belo Horizonte, v.1, n.2, p.99-120, dez. 2004.
- SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Vol. XXXI, 2016, pág. 59-80.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. 85. 2009, 65-82.

SHADISH, W.R ; COOK, T.D ; LEVITON, L.C. **Foundations of program evaluation: theories of practice**. Newbury Park: Sage Publications; 1995.

SCHRAIBER, L. B. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. **Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro**, 11 (1): 57-64, jan/mar, 1995.

SILVA, L.M.V; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública [Internet]**. 1994. Jan;10(1):80–91. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>

SILVA, F. O. **A racionalização de gastos: uma abordagem discursiva da diretriz que ameaça o SUS**. Monografia. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Departamento de Saúde Coletiva Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Recife. 2007.

SILVA, M. M. **Seguridade social brasileira: a assistência social mitificada sob o predomínio da transferência condicionada da renda**. In: 13 Congresso BIEN 2010 - Renda básica como instrumento de justiça e paz., São Paulo, 2010.

SILVA, R. R.; JOPPERT, M. P.; GASPARINI, M. F. V. (orgS.) **Diretrizes para a prática de avaliação no Brasil (livro eletrônico) / – 1. ed. – Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação, 2020.**

RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas**. *Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. 162 p.*

RODRIGUEZ B. P. D. et al. **Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe** / Rodríguez Bilella, Pablo D.; Sergio Martinic Valencia; Luis Soberón Alvarez; Sarah D. Klier; Ana L. Guzmán Hernández; Esteban Tapella. 1ª ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires 36 p.; 27.94 x 21.59 cm. 2021

STAKE, R. E. **Evaluación comprensiva y evaluación basada en estándares**. Barcelona: Graó; 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VEDUNG, E. **Four Waves of Evaluation Diffusion**. *Evaluation*, 16(3), 263–277. 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M; FURTADO, J.P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cad Saúde Pública [Internet]**. 2020;36(9):e00237219. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237219>.

_____. **Avaliação de políticas e programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110p.

_____. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, EA., org. **Vigilância Sanitária: temas para debate [online]**. Salvador: EDUFBA, 2009.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Revista divulgação em saúde para debate**. Londrina: CEBES, n.3, p. 17-25. fev. 1991.

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