

endidos e exercitados, podem contribuir para o fortalecimento da chamada racionalidade técnico-instrumental no âmbito do processo de gestão. Pelo exposto anteriormente, entretanto, fica claro que comungo das idéias daqueles que valorizam o fortalecimento da racionalidade política, fundada numa ética da responsabilidade, que leve em conta a multiplicidade cultural que permeia não só a sociedade brasileira em sua totalidade complexa, senão que também as instituições de saúde.

O reconhecimento dessa complexidade e o esforço de construção de consensos em torno a modos de gerir e organizar o processo de trabalho podem ser, a meu ver, o ponto de partida para a transformação cultural no âmbito dos serviços de saúde, de modo que, ao lado da incorporação de métodos, técnicas e instrumentos que confirmam “cientificidade” às práticas de saúde, se leve em conta a intuição, a criatividade, a invenção do novo, para além das normas e dos modelos.

Referências

1. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):229-45.
2. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Rev C S Col* 2002; 7(3):401-12.
3. Contandriopoulos AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):253-6.
4. Putnam R. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2000.
5. Almeida MJ. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.
6. Teixeira CF. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. *Rev C S Col* 2002; 7(3):423-6.
7. Lotufo M. Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES-MT em 2001 [tese]. Salvador: ISC/UFBA; 2003.
8. Vilasboas AL. Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal [tese]. Salvador: ISC/UFBA; 2006.
9. Matus C. Los tres cinturones del gobierno. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997.
10. Matus C. O líder sem Estado-maior. São Paulo: Fundap; 2000.
11. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhry E, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde? Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 17-70.
12. Testa M. *Pensar en salud*. 3ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 240 p. 2004.

O autor responde

The author replies

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos autores que aceitaram este convite pois estou certo de que a contribuição de todos qualificou as reflexões e proposições trazidas inicialmente e colabora para que o debate permaneça aberto, aguardando novas iniciativas.

Começo esta réplica concordando com o alerta de Eleonor Minho Conill sobre os ainda recentes avanços no processo de descentralização do SUS e, firmando nossa crença de que a gestão federal está em sintonia com as preocupações da autora, quando dá importante passo para o amadurecimento desse processo definindo o Pacto de Gestão (Portaria/GM n. 399 de 22/02/2006), um dos três integrantes do Pacto pela Saúde, iniciando a construção de seu instrumento de monitoramento composto de um número reduzido de indicadores – *conferindo as avaliações de desempenho de metas pactuadas nos municípios um sentido mais amplo de avaliação da qualidade dos sistemas municipais*. No nosso caso, acreditamos também na contribuição que poderá advir do Projeto de Fortalecimento das SES em Monitoramento e Avaliação, iniciativa de descentralização “do fazer” avaliação, favorecendo a oportunidade do desenvolvimento de metodologias apropriadas.

É necessário, ainda, ressaltar e concordar com os princípios de *parcimônia*, *diálogo* e de *continuidade* abordados por Eleonor Conill. Chamamos a atenção, entretanto, para a necessidade de se estabelecer uma interlocução entre esses princípios e aqueles mais afeitos ao exercício da gestão pública, quais sejam os de 1) estar alerta às possibilidades – senso de oportunidade; 2) estar atento aos tempos políticos – eles são sempre muito curtos e; 3) apostar no conhecimento construído a partir da diversidade do coletivo – acreditando na confluência ao objeto desejado.

Luis Augusto Pisco nos traz a experiência de sua lida incansável com a busca da qualidade na Atenção Primária à Saúde em Portugal. Sua ênfase na *pós-avaliação*, em busca de mecanismos qualificadores, nos faz lembrar que a proposta apresentada, como uma política de avaliação para a atenção básica no Brasil, é por si mesma uma intervenção para mudar e oferecer qualidade à gestão. Além disso, oferece instrumentos e proposições para a mudança, o aprimoramento e a melhoria da qualidade de programas e políticas setoriais.

Uma idéia que é apresentada por Luis Pisco e já testada em seu país, e com a qual concordamos, vem não só da visão da institucionalização da avaliação a partir de um esforço conjugado dos profissionais envolvidos em todos os níveis do sistema, mas como um *incentivo à avaliação inter-pares*. Este processo avaliativo pode potencializar o efeito qualificador das práticas. Entretanto, ainda temos muito a caminhar no sentido da mudança de cultura no processo de gestão em saúde no Brasil.

Nessa perspectiva fazemos referência às pontuações de Silvia Takeda e Yves Talbot ao evocar os valores e princípios do SUS, orientadores dos “modos de fazer” em contraponto à preocupação com possíveis riscos de institucionalizar a avaliação e chamando a atenção para a avaliação “como responsabilidade” e “como forma de participação”. Suas precauções ajudam a clarificar nossas reflexões acerca da convergência dos diversos componentes da proposta em discussão quando destaca os aspectos com vistas à definição dos objetivos da avaliação, às contribuições para a equidade em saúde e à inteligência necessária à Atenção Primária em Saúde com vistas ao *aprendizado e mudanças* desejadas.

A reflexão teórica explicitada por Oswaldo Yoshimi Tanaka, apoiada principalmente na percepção de Heller sobre o “cotidiano”, nos obriga, também, a recorrer ao Aurélio¹ na busca por firmar nosso entendimento do termo, como: *o que se faz ou sucede todos os dias, que se pratica habitualmente, que aparece todos os dias, diário*. Não temos aqui a intenção de nos deter no significado dos termos, mas de lembrar que há uma diferença importante entre “institucionalizar” e “instituir”.

Fomentar, oferecer condições, recursos de várias ordens para a *institucionalização* não é o mesmo que determinar a forma, estabelecer, criar, ou seja, *instituir* na organização/instituição uma prática diária. Enfim, trata-se na nossa perspectiva, de – entendendo a complexidade das relações intergovernamentais – propor o desenho institucional de uma política capaz de incentivar e/ou induzir sua adoção pelos diversos tomadores de decisão². Como nos lembra Celina Souza, citando Marta Arretche, *a transferência de responsabilidade pela implementação depende de “estratégias indutivas”, desenhadas para delegar a implementação de uma dada política a outro nível de governo, de forma a superar os obstáculos à descentralização, que derivam de fatores estruturais e institucionais*².

Essa indução do processo de institucionalização da avaliação, como discutimos anteriormente, vem delineando um programa que compartilha os princípios da descentralização e da autonomia, tendo em vista a diversidade de atores e interesses envolvidos. No entanto, assume a responsabilidade de pautar a discussão, mobilizando recursos e motivando os diversos atores – gestores, profissionais, academia e usuários –, disponibilizando ainda um conjunto de estratégias a serem discutidas e aperfeiçoadas pelos chamados tomadores de decisão nos diversos níveis do sistema, em que frequentemente estão presentes valores e interesses conflitantes.

Além dessas características do processo de descentralização do SUS, temos clareza que os Termos de Referência – os chamados TDRs – com os quais trabalhamos e os modelos que desenhamos são e devem ser, de fato, apenas referências a serem utilizadas pelos atores sociais mencionados.

A concepção admitida por Oswaldo Tanaka sobre “decisão” e a identificação de que esta “está sob a governabilidade de outro ator social”, sugerindo uma “alternativa” para “dar começo” ao processo de institucionalização, nos remete, a todos, à necessária reflexão sobre “poder”, em sua característica de assimetria nas relações que se estabelecem em um dado espaço social ou em suas muitas e variadas direções como observadas por Foucault³. Além disso, há a necessidade de se considerar as diversas perspectivas possíveis e conseqüentes à escolha e adoção de um ou outro paradigma de Organização⁴, que apontará a existência de condições que favoreçam ou não a um processo cultural de alteração de valores.

Nessa linha de argumentação, fazemos referência às considerações de Carmen Teixeira quanto à preocupação com o “risco tecnocrático” sublinhado pela autora e, à necessidade identificada do “compromisso ético e político dos sujeitos”, [...] *de modo que ao lado da incorporação de métodos, técnicas e instrumentos que confirmem “cientificidade” às práticas de saúde, se leve em conta a intuição, a criatividade, a invenção do novo, para além das normas e dos modelos*. Estas dimensões podem, a nosso ver, ser integradas a partir de uma análise cuidadosa do modo como a proposta que trazemos se apresenta aos gestores e profissionais à luz dos princípios da descentralização do SUS.

Por outro lado, se a “escassez de quadros qualificados para o exercício da gestão” consti-

tui-se um dos problemas-chave, como bem frisa a autora, a qualificação continuada e progressiva não deixa de ser outro aspecto a ser considerado no desenvolvimento das estratégias de institucionalização da avaliação. Mesmo no que diz respeito ao necessário embasamento em pesquisas avaliativas, há sem dúvida, uma necessidade de qualificação com vistas à pertinência e à objetividade das perguntas a serem formuladas.

Outro aspecto importante e desafiador diz respeito à sustentabilidade da proposta. Sem dúvida, os debatedores, assim como os leitores expressarão, de alguma forma, exclamações e interrogações a respeito dos passos seguintes, da incorporação ou padronização de rotinas avaliativas nos diversificados contextos. Nesse sentido, acreditando na força das idéias e na ca-

pacidade de construção coletiva dos atores envolvidos, desejamos que o debate permaneça aberto pois, cremos na pluralidade como força motriz de mudanças desejadas e no compromisso social como capital maior dos que se dispõem a perseguir a qualidade desejada para o Sistema de Saúde Brasileiro.

Referências

1. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2000.
2. Souza C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo em Perspectiva 2004; 18(2):27-41.
3. Foucault M. *Vigiar e punir*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
4. Cecílio LC. O. A avaliação transdisciplinar e poder: levantando algumas questões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2000; 4(7):122-5.