

distintos atores no cotidiano do trabalho. Realçando que essa identificação seja respaldada pela efetiva mobilização de recursos, principalmente envolvendo o “outro” sujeito social que, em realidade, é quem tem a capacidade de tomar decisão. Portanto, no meu entender, a “transparência das informações”, “as distintas abordagens metodológicas” precisam de uma estratégia no cotidiano que vá de encontro ao fazer cotidiano do homem explicitado por Heller<sup>2</sup>. *Escolhem sempre idéias concretas, finalidades concretas, alternativas concretas, sendo a heterogeneidade da realidade, pode dificultar extraordinariamente, em alguns casos, a decisão acerca de qual é a escolha que, entre as alternativas dadas, dispõe de maior conteúdo valioso.*

Portanto se formos capazes de despertar o interesse dos distintos sujeitos sociais em tornar mais racional, por meio da utilização de informações mais objetivas, no cotidiano das escolhas, para a tomada de decisão, estaremos “institucionalizando” a avaliação como um processo extrínseco do cotidiano. A possibilidade de tornar mais objetiva e efetiva as decisões permitirá legitimar o processo de avaliação com os interessados e dessa maneira ganhar espaço e confiança dentro da organização. Como explicitado por Heller<sup>2</sup> *dado que o pensamento cotidiano é pragmático, cada uma de nossas atividades cotidianas faz-se acompanhar por uma certa fé ou uma certa confiança.* Dessa maneira, a utilização dos instrumentos, a exploração de base de dados disponíveis e a escolha de metodologias poderão se tornar as ferramentas de ação natural dos indivíduos envolvidos na construção dos SUS nos distintos níveis de gestão do sistema.

O trabalhar no cotidiano como um caminho ou tática para um acultramento da avaliação poderá ser uma alternativa que permita redirecionar o processo de capacitação e aprimoramento profissional, possibilitando uma legitimação no cotidiano em que prescindida de nova definição de atribuições ou da estrutura organizacional, e possibilite resultados concretos em curto prazo.

A alternativa apresentada neste debate está direcionada para a estratégia de avaliação interna, e respaldo as propostas do artigo original quanto à necessidade de pesquisas avaliativas realizadas por entidades acadêmicas autônomas principalmente voltadas para decisões de políticas de saúde, especificamente de investimentos de capital.

## Referências

1. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2002.
2. Heller A. O cotidiano e a história. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
3. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programa de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.

---

## Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites

Institutionalizing the practice of evaluation in health: meanings and limits

Carmen Fontes Teixeira <sup>6</sup>

O artigo de Eronildo Felisberto pontua o debate sobre a institucionalização das práticas de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde, tema extremamente relevante em um contexto no qual se enfatiza o aperfeiçoamento da gestão do sistema, objeto de recente negociação ampla entre os gestores dos diversos níveis de governo. De fato, o autor convida a uma reflexão sobre o significado (estratégico?) dos esforços desenvolvidos pelo gestor federal (Ministério da Saúde) para a incorporação de práticas de avaliação no cotidiano das instituições de saúde, ancorando-se, especificamente, nas iniciativas do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério de Saúde, órgão que tem se configurado como um “núcleo modernizante” da organização e gestão dos serviços públicos de saúde, por conta, principalmente, da adoção do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorganização desse nível de atenção.

Coerente com esse propósito, o artigo recupera debates anteriores, ocorridos em 1999 e 2002, a partir da publicação de dois artigos de pesquisadores da área<sup>1, 2</sup>, ambos defensores da institucionalização da avaliação, entendida como “fator qualificador do processo de gestão”, lembrando os principais questionamentos apresentados pelos debatedores de então. Um deles, feito por Contrandiopoulos<sup>3</sup> ao texto de Zulmira Hartz, aponta, cautelosamente, possíveis limites da avaliação, na medida em que en-

---

<sup>6</sup> Universidade Federal da Bahia. carment@ufba.br

fatiza uma “abordagem técnico-científica em decisões coletivas”, comentando a existência de outras “lógicas” (profissional, econômica e democrática) que também permeiam o processo de gestão.

Ainda que partindo de um outro referencial teórico, podemos constatar que a redução da avaliação aos aspectos técnicos das intervenções sanitárias, sejam relativos a processos e/ou a resultados obtidos com a prestação de ações e serviços de saúde, é também a preocupação subjacente ao texto de Regina Bodstein<sup>2</sup>, ressaltando os desafios de ordem metodológica a serem enfrentados para a delimitação do objeto da avaliação, proposto pela autora como sendo o “desempenho institucional” como visto por Putnam<sup>4</sup>.

Ao participar de debate proposto pelo artigo de Regina, enfatizei a importância de se diversificar os objetos e níveis de avaliação do processo de implementação de políticas, a exemplo da política de descentralização da gestão do SUS, tomando como exemplo a possibilidade de se recortar “planos de profundidade”<sup>5</sup> das mudanças induzidas por essa política, os quais *podem ser referidos à gestão do sistema de saúde, a organização das ações e serviços, a infra-estrutura de recursos, ao perfil de oferta de ações e serviços, aos resultados clínico-epidemiológicos e aos efeitos sobre a percepção e as representações da população acerca da saúde e dos serviços de saúde*<sup>6</sup>.

Como se pode perceber, compartilho com esses autores a crença (porque disso se trata, obviamente) de que a incorporação da avaliação como uma dimensão da gestão dos sistemas e serviços pode contribuir para o aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões, planejamento, programação e organização dos serviços, na medida em que estes venham a tomar como referência resultados de pesquisas avaliativas que apontem fragilidades políticas, debilidades organizacionais e lacunas no conhecimento acerca dos problemas que se apresentam em vários níveis e planos da realidade do SUS.

Refletindo sobre a minha experiência na área de planejamento e tendo em conta estudos recentes de pesquisadores da área, gostaria de sublinhar, entretanto, a preocupação com o risco tecnocrático implícita no processo de incorporação da avaliação nas instituições e serviços de saúde. Ou seja, com a possibilidade de as práticas avaliativas se transformarem em um mero ritual, como acontece, em larga medida, com o processo de planejamento e programa-

ção das ações de saúde nas várias instâncias de gestão do SUS.

Nesse sentido, já apontava, em 2002, a importância de se levar em conta *os sujeitos desses processos, quer os dirigentes e a burocracia governamental, quer os profissionais e trabalhadores de saúde, quer a população, vista não apenas enquanto usuários, consumidores dos serviços produzidos, senão enquanto sujeitos, cujo protagonismo, na tomada de decisão e no controle e avaliação da gestão do sistema, vem sendo, inclusive, estimulado no processo de construção do SUS*<sup>6</sup>.

De fato, pesquisas como a realizada por Márcia Lotufo, sobre a gestão estadual do SUS, a partir de um estudo do caso da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso<sup>7</sup>, ou o estudo recente de Ana Luisa Vilasboas, sobre o processo de planejamento em uma Secretaria Municipal de Saúde da Bahia<sup>8</sup>, revelam que o elemento diferenciador da qualidade da gestão, mais do que a perícia técnica é o compromisso ético e político dos sujeitos que compõem a equipe dirigente.

Esses achados corroboram as inquietações e propostas presentes na produção madura de autores da área de planejamento em saúde, notadamente Carlos Matus<sup>9, 10</sup> e Mário Testa<sup>11, 12</sup>. O primeiro enfatiza que a crise atual é uma crise do “estilo de fazer política” e sua causa principal é a “ausência de formação moral e intelectual dos líderes políticos”. O segundo indica a necessidade de constituição de sujeitos epistêmicos (capazes de produzir conhecimentos) avaliadores (capazes de avaliar políticas e práticas) e públicos (imbuídos da responsabilidade por exercer uma militância política em prol da transformação social, respaldada por valores éticos que enfatizem a valorização da vida e da dignidade humana).

No caso brasileiro, talvez a “ausência de formação intelectual e moral dos dirigentes” não seja o principal problema, ou melhor, o principal determinante dos problemas da gestão do sistema público de saúde, mas, sem dúvida, a escassez de quadros qualificados para o exercício da gestão, do governo do sistema, é uma das principais limitações, o que tem gerado, inclusive, a elaboração de propostas de formação e capacitação de gestores, através de cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, nos últimos anos.

O aprendizado de conceitos, métodos e técnicas de avaliação em saúde, sem dúvida, deve ser incorporado ao programa desses cursos, fazendo parte dos conteúdos que, uma vez apre-

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.