

Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica

On regard of parsimony, dialogue and permanence for the settlement of primary care evaluation

*Eleonor Minho Conill*¹

Agradeço pela oportunidade de participar desta discussão, não só pela grande envergadura das medidas que vêm sendo empreendidas pela gestão federal na implementação de uma política que institucionalize a prática de avaliação, mas também por inferir um ambiente favorável para minhas observações pois complementam algumas das preocupações assinaladas pelo autor.

Considero interessante sua opção de inserir o atual debate no seguimento de dois outros anteriores versando sobre a mesma temática, o que demonstra a intenção de garantir continuidade na produção deste conhecimento. O interesse em fortalecer uma interface entre o “território dos serviços” e o “território do conhecimento” fica evidente, tanto pelo tema do debate em si, como em diversas afirmativas que são feitas ao longo do texto, ponto sobre o qual retornarei a seguir.

Embasadas em um sólido e atualizado referencial bibliográfico, são irrefutáveis as posições expressas quanto à importância das relações entre avaliação e democratização e quanto à necessidade de adequação das metodologias e práticas avaliativas aos contextos e necessidades dos diferentes interessados. Reconhecer a relatividade da noção de valor, que orienta escolhas políticas, programas e a avaliação, torna-se hoje central para o sucesso de qualquer iniciativa nesse campo. É admirável a abrangência do modelo lógico desenhado juntamente com o empenho de que sua implementação possa ser um indutor de uma política permanente de avaliação que extrapole os limites da atenção básica, qualifique esses serviços, capacite os profissionais e fomente uma cultura avaliativa em âmbito setorial.

Para o desafio da abrangência desses objetivos vou contrapor o desafio da simplicidade, no sentido atribuído por Paulo Freire na introdução feita ao livro *Planejamento sim e não*, de Francisco Withaker Ferreira¹, no qual o autor ressalta a diferença entre ser simples e ser simplista. No primeiro caso, é preciso percorrer

um caminho muitas vezes longo para depois tornarmos fácil, claro e compreensível um conteúdo complexo. Acho que este pode ser o caso da política de avaliação que está sendo implementada.

Conforme assinalo em trabalho anterior², considero ter havido um avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), quando comparados com as antigas práticas das instituições federais, centradas na revisão de contas médicas e no cumprimento de metas de produção ou de metas de programas verticais. Os sistemas de informações também se diversificaram disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados por meio deste instrumental, com instâncias de negociação entre os gestores e um planejamento de tipo mais comunicativo. Mas se este é um terreno fértil, os processos de mudanças organizacionais desencadeados pela política de descentralização são ainda recentes havendo não apenas fragilidades mas também resistências nas estruturas técnicas, o que deverá ser levado em conta.

Argumentamos nessa ocasião que um passo importante a ser dado seria o monitoramento de algumas das diretrizes básicas da política de saúde na prestação dos serviços conferindo às avaliações do desempenho de metas pactuadas nos municípios um sentido mais amplo de avaliação da qualidade dos sistemas municipais. Embora o enfoque fosse a avaliação da integralidade e a importância de que viesse sempre acompanhada por medidas de acesso, enfatizamos as dificuldades que se colocam diante da necessidade de diversificação do olhar para uma análise adequada da realidade, sem que haja excesso de informações.

Tenho insistido acerca desse ponto, pois considero que tanto no cotidiano da gestão como naquele das instâncias acadêmicas ocorre, às vezes, uma situação que se caracteriza por dois impasses a serem superados: o desafio da profusão (de estruturas, de formulários, de relatórios, de planos, de pactos, de dados, de pesquisas) e o desafio de comunicação (da divulgação, do retorno das informações, da implementação de mudanças). Ocorre assim um estranho paradoxo, uma demanda excessiva de

¹ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. eleonorconill@yahoo.com.br

informações (muitas vezes sobrecarregando equipes locais), com dificuldade de respostas concretas a questões práticas ou realização de mudanças facilmente executáveis.

O autor está ciente disso e cita a fragmentação, como um dos itens apontados pelo Ministério da Saúde ao situar a problemática das iniciativas realizadas no campo da avaliação. O modelo lógico por ser abrangente e integrado pretende superar esse aspecto. Mas reside aí o cuidado para não sucumbirmos a nenhuma iatrogenia do tratamento, tendo em vista a complexidade dos desenhos de pesquisa realizados e dos instrumentos que estão sendo disponibilizados³.

Penso que três princípios podem ser úteis na implementação da política de monitoramento e avaliação pretendida: a parcimônia, o diálogo e a continuidade. O primeiro deve ser lembrado na seleção consensual dos indicadores que se mostrem válidos e viáveis para os diversos níveis de gestão. Esta é uma das indicações contidas no relatório final do Projeto Desenvolvimento Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS), a partir da revisão crítica de algumas propostas e modelos internacionais⁴.

O segundo princípio poderá orientar a escolha de estratégias educacionais para facilitar as interações de ensino-aprendizado que esses processos irão propiciar. Nesse ponto retomo a discussão da interface serviço/academia, pois uma possibilidade interessante prevista na atual política é justamente a interação entre equipes técnicas de secretarias estaduais e municipais com pesquisadores das instituições responsáveis pelos estudos de linha de base. Alguns elementos para reflexão em torno dessa interação e da difusão do conhecimento científico, foram levantados num debate a partir do texto de Novaes⁵ enfocando a pesquisa em serviços de saúde. Sugerimos que a busca de validade faça parte do núcleo específico das competências profissionais das atividades de pesquisa, mas sua garantia pode dificultar o valor de uso do conhecimento produzido, em função do descompasso que se estabelece entre os tempos desses procedimentos e as necessidades mais imediatas dos gestores⁶. Como então facilitar essa interação?

O debate epistemológico acerca dos impasses da ciência é amplo e diverso com novas configurações do saber científico que aproximariam senso comum e ciência, impondo limites ao rigor científico, o que me parece particu-

larmente importante no âmbito dos sistemas de serviços de saúde. A maneira de encontrar tais limites e novos horizontes seria dada exatamente pelo diálogo entre as diversas razões, com processos sistemáticos que traduzam e articulem lógicas diferentes⁶.

Esta linha de argumento foi também desenvolvida por Camargo Jr⁷, ao sugerir que se tenha cuidado com intervenções que possam ser interpretadas como tecnicistas, as quais podem desencadear resistências em sua aplicação. Segundo esse autor, ainda que bem intencionadas, as iniciativas que desconheçam como os profissionais operam seus próprios processos de produção e validação de conhecimentos correm riscos de rejeição. É preciso precaução nesse sentido, para que os atores da atenção à saúde não se sintam pólos passivos da observação de pesquisadores, mas como parceiros no reencontro do conhecimento científico com o senso comum, na direção do que Santos⁸ denomina “um conhecimento decente para uma vida prudente”. Um referencial relativamente novo em nosso meio mas que oferece um conjunto de instrumentos práticos nesse sentido poderia ser explorado a partir da metodologia de avaliação participativa (*participatory monitoring and evaluation*)⁹. Desenvolvida na década de 1980 por Chambers¹⁰ para projetos rurais de países em desenvolvimento, vem sendo aplicada em diversas áreas, incluindo a de saúde em contextos urbanos de países centrais, como é o caso da Inglaterra

Do terceiro princípio sugerido depende a sustentabilidade da proposta e nesse sentido, a criação de legitimidade com adesão dos profissionais parece-me também ser central. Conforme ressaltai no início, estas considerações complementam aspectos já apontados pelo autor e visam colaborar no sentido da construção em nosso meio da cultura avaliativa “ideal” a ser perseguida no século vinte e um, conforme assinalado por Felisberto em sua conclusão. Essa cultura, se não for “ideal”, certamente tenderá a ser compartilhada tendo em vista que estamos empenhados em debatê-la para que frutifique.

Referências

1. Ferreira FW. Planejamento, sim e não, um modo de agir num mundo em permanente mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
2. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos de programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(5):1417-23.

3. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia da saúde da família. Documento técnico, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Secretaria de Atenção Básica Departamento de Atenção Básica/MS; 2005.
4. Fundação Oswaldo Cruz. Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro/PROADESS. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em www.proadess.cict.fiocruz.br
5. Novaes MDH. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl 2):147-57.
6. Conill EM. Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Supl 2):164-6.
7. Camargo Jr KR. Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Supl 2):161-9.
8. Santos BS, organizador. Conhecimento prudente para uma vida decente, um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Editora Cortez; 2004.
9. Institut of Development Studies(IDS). El seguimien-to y evaluación participativos: como aprender del cambio. IDS Policy Briefings Síntesis Informativo [periódico na Internet] 1998 nov. [acessado 2006 abril 12]; número 12. Disponível em: <http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/briefs/brief12sp.html>
10. Chambers R. Participatory rural appraisal (PRA): analysis of experience. *World Development* 1994; 22:1253-68.

A avaliação como instrumento de mudança

Assessment as a tool for change

Luis Augusto Pisco ²

*Actuar sem dispor de informação é perigoso;
Dispor de informação e não actuar é trágico.*
David Cottle

O artigo “Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate”, de Eronildo Felisberto, é uma excelente oportunidade para refletir sobre o extraordinário desenvolvimento do SUS no Brasil assim como o papel do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, na conceptualização das questões ligadas à avaliação na Atenção Básica.

A proposta de institucionalizar a avaliação e de induzir uma cultura de avaliação, na rotina da atenção básica, merece toda a minha simpatia e são questões com que é de todo impossível não concordar.

Penso ser consensual a necessidade de criar uma cultura de avaliação, criar o hábito de medir, substituir uma gestão baseada em opiniões por uma gestão baseada em fatos. É necessário estimular o hábito de identificar o que pode ser melhorado, promovendo e cultivando uma cultura de responsabilidade, não culpabilizante.

Os meus comentários têm de ser vistos à luz de duas circunstâncias particulares:

1) Ser um observador europeu, de algum modo distante, mas muito atento à realidade do que se passa no Brasil na área de saúde, e um entusiasta confesso dos sucessos obtidos com o programa de saúde da família.

2) Sendo Médico de Família, há cerca de 20 anos o meu trabalho se desenvolve na área da qualidade em saúde.

No contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Não se trata apenas de conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação. Diagnosticar é fundamental, mas é só o primeiro passo, o mais importante vem depois, com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando o seu aperfeiçoamento. Um dos principais problemas é que os maiores esforços vão habitualmente para a medição e não para a ação.

A avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça mas sim como um incentivo, para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. A finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não pode ser apenas demonstrar os problemas nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.

Como facilmente se compreenderá esta metodologia é de uma importância extraordinária para se obterem melhorias efetivas na prestação de cuidados¹.

Os conceitos da qualidade deixaram já de ser do uso exclusivo de setores económicos e fazem parte, cada vez mais, do conjunto de idéias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos.

² Ministério da Saúde de Portugal.
luispisco@mail.telepac.pt