

### **Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar**

Regarding the impasses of the uses of evaluation for management: it is not necessary to invent, nor is it enough to simplify

*Eleonor Minho Conill*<sup>3</sup>

As dificuldades em incorporar os resultados da produção científica para que modifiquem o desempenho dos sistemas e serviços de saúde tem sido tema de inquietação recorrente, mas no campo da avaliação isto é mais crucial, pois promover mudanças positivas faz parte da própria essência de um processo dessa ordem. Mas o descompasso entre o que é produzido e o que é utilizado têm gerado poucas iniciativas de superação. Tampouco o estudo da dinâmica dos processos decisórios em saúde constitui objeto de investigação, ainda que análises apontem a forte influência político-partidária com grande rotatividade, descontinuidade e desqualificação técnica da gestão como barreiras ao desempenho do Sistema Único de Saúde.

Tanaka sistematiza atributos a serem respeitados para facilitar o uso das evidências obtidas nos estudos de avaliação ao processo decisório. Insiste em metodologias que priorizem oportunidade, validade operacional e adequação do conteúdo ao problema a ser resolvido. O texto reconhece a existência de processos políticos que permeiam a arena setorial, mas se esforça em caracterizar elementos que facilitem a contribuição da racionalidade técnico-científica. Afinal, embora as decisões correspondam a um jogo de interesses de atores em cada conjuntura, pesquisadores e equipes técnicas buscam formas de aumentar a influência desse tipo de racionalidade na gestão. Na verdade, sobrevivem animados pela perspectiva de certa autonomia relativa e pelo fato de que a produção de conhecimentos também se constitui numa das forças que molda a produção social.

Este debate remete à complexa relação entre o técnico e o político que a produção teórica do pla-

nejamento de saúde na América latina foi fértil em abordar. Uma das principais justificativas advinha do fato de que nossas sociedades são menos estruturadas e com instituições mais vulneráveis a interesses privados do que coletivos. É útil relembrar as análises sobre poder e legitimação de Mario Testa, a importância de acrescentar um momento político ao momento normativo no planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus<sup>1</sup>, ou mesmo o enfoque mais recente de Ernesto Báscolo que relaciona economia política e governança<sup>2</sup>.

No entanto, problemas semelhantes também ocorrem em formações sociais mais estáveis e com sistemas de saúde paradigmáticos como é o caso do Reino Unido.

A preocupação em utilizar incentivos ao desempenho tem sido crescente e um exemplo desse tipo de política foi o sistema de “*ranking*” implantado na Inglaterra, a partir do ano 2000. O sistema atribuía estrelas aos hospitais estabelecendo sanções ou benefícios conforme o cumprimento de metas, além de tornar público resultados. Apesar de ser referido na literatura com expressões fortes, tais como, “*name and shame*” ou “*targets and terror*”, é apontado como um dos poucos modelos com evidências positivas, com importante redução dos tempos de espera<sup>3</sup>. No entanto, desde 2010, uma nova reforma pretende “liberar” o *National Health Service* apostando na livre escolha e na competição<sup>4</sup>.

Alguns autores manifestam preocupações com o movimento pendular das mudanças políticas que, em geral, não considera aspectos positivos das medidas feitas por seus predecessores nem os importantes estudos de avaliação realizados, temendo por retrocessos<sup>3,5</sup>. Portanto, esse impasse é um problema mais ou menos universal, mesmo que adquira contornos mais críticos ao sul do equador.

Vou centrar minha contribuição compartilhando elementos de uma reflexão em construção que, por isso mesmo, pode ser útil aos objetivos de um debate.

Alguns trabalhos têm sugerido que os estudos de avaliação devem realizar uma separação analítica entre os níveis macro (formulação de políticas), o nível meso (gestão) e o nível micro (prestação direta de serviços). A ideia é de que a separação entre esses níveis, planos ou enfoques analíticos permite identificar melhor as distintas lógicas de interação e ação social que demandam indicadores específicos e compreendem estratégias particulares de mudança<sup>6,7</sup>.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina.  
eleonorconill@gmail.com

Em nível macrosocial ocorrem decisões políticas acerca dos direitos de acesso, financiamento, macro regulação, intervenções sobre determinantes sociais ou situações emergenciais. Nesse âmbito, as evidências técnico-científicas interagem com um número muito maior de interesses econômicos, políticos e culturais, conforme cada conjuntura e formação social. Os processos sociais envolvem muitas mediações e atores, e a produção científica se constitui num estoque com grande variabilidade de utilização e do tempo em que isso ocorre. Uma das formas de enfrentar essa situação é tornar o conhecimento mais disponível para a sociedade através de um recurso maior à comunicação social facilitando, também, sua divulgação para funções de *advocacy* junto aos movimentos sociais. A relação entre academia e mídia não é simples, mas as mudanças contemporâneas no campo das tecnologias de informação e comunicação impõem repensar a gestão da informação e do conhecimento.

A organização de Observatórios ou de Informes que monitoram e sistematizam indicadores de forma regular e independente tem aparecido como uma alternativa interessante. A principal função de um Observatório na área da saúde não é produzir conhecimento, mas atribuir-lhe valor ao facilitar a sua difusão e o seu uso. O Observatório Português dos Sistemas Saúde publica um trabalho anual, conhecido como Relatório da Primavera, como uma forma de monitoramento independente da situação do Sistema Nacional de Saúde<sup>8</sup>.

Na Espanha, desde 2004, a *Federación de las Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública* divulga um *Informe* intitulado *Los servicios sanitarios de las Comunidades Autonomas* (CCAA), com um sistema de pontuação que estabelece um *ranking* conforme o desempenho das CCAA, acompanhando-os ao longo dos anos<sup>9</sup>. Atualmente o *Informe* é constituído por 19 indicadores divididos em cinco critérios: financiamento, recursos e funcionamento, política farmacêutica, valoração dos cidadãos, lista de espera e privatização sanitária.

No nível meso, âmbito operativo da gestão, é que os elementos abordados no texto poderão encontrar sua maior aplicação. A partir desse plano devem surgir medidas que transformem em ações concretas as decisões da macropolítica (modelo assistencial, processos de trabalho, recursos, programas). Como o conhecimento deve ser válido e estar disponível de forma ágil e sintética, a cultura da parcimônia (poucos indicadores), a manutenção atualizada de bancos com revisões sistemáticas por áreas de interesse, as oficinas de trabalho para escuta de interessados e os estudos qualitativos ou de estimativa rápida são iniciativas

já conhecidas, mas utilizadas de modo ainda insuficiente.

Finalmente, a dinâmica do processo decisório em nível micro social, onde ocorre o cuidado e a interação entre os profissionais e os usuários, é de outra ordem. Do ponto de vista dos profissionais, principalmente dos médicos, sabemos que é forte a influência do mercado. Nesse caso, a difusão de diretrizes clínicas tem sido utilizada como uma das estratégias para maior adequação técnica dos serviços, sabendo-se que há melhores resultados com processos comunicativos “*face to face*”, entre especialistas e generalistas<sup>10</sup>. Bem, e quanto ao emprego pelos usuários do conhecimento produzido em estudos de avaliação para a gestão do seu próprio cuidado, entramos no complexo campo da socioantropologia e dos diversos aspectos que interagem na construção do modelo explicativo acerca da saúde ou da doença e das decisões dele decorrente, outro importante tema para uma agenda de debates.

## Referências

1. Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad Saude Publica* 1991; 7(1):26-44.
2. Báscolo E. Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Cien saude Colet* 2011; 16(6):2763-2772.
3. Ham C. Improving performance in the English National Health Service. *Eurohealth*. [serial on the Internet]. 2010 [cited 2011 May 5];16(3):23-25. Available from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/129436/Eurohealth16\\_3.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf)
4. National Health Service (NHS). Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS [monografia na Internet]. London (UK): TSO; 2010 Jul [cited, 2011 mai 25]. Available from: [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_117794.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf)
5. Bevan G. If neither altruism nor markets have improved NHS performance, what might? *Eurohealth*. [serial on the Internet]. 2010 [acessado 2011 may 5]; 16(3):20-23. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/129436/Eurohealth16\\_3.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf)
6. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(4):360-367.
7. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(Supl. 1):14-27.
8. Observatório Português de Sistemas de Saúde. *Relatório da Primavera 2011*. Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. Coimbra: Edições Mar da Palavra; 2011.

9. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). *Los servicios sanitarios de las Comunidades Autonomas: Informe 2010 (VII Informe)*, 2010 Sep [accesado 2011 mar 15]. Disponible em: <http://www.fadsp.org/pdf/INFORME.ccaa2010.doc>
10. Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care* (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, Oxford: Update Software; 2007.