Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória

Luci Maria Teston

São Paulo
2016

Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória

Luci Maria Teston

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, na forma de turma especial Doutorado Interinstitucional (Dinter) da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes.
Coorientadora: Prof[a]. Dr[a]. Cristiane de Oliveira Cardoso.

Versão original
São Paulo
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

À minha filha Manuela.

À Maria Catarina e Claudino, meus pais.

À Manoel Valdemiro.

AGRADECIMENTOS

Concluir este doutorado é resultado de um processo que contou com a colaboração direta e indireta de diversas pessoas e instituições.

Em primeiro lugar agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Áquilas Mendes. Sua experiência e entusiasmo em relação ao tema, bem como a disponibilidade, a dedicação, a confiança e a sensibilidade quanto aos desafios enfrentados ao longo dos últimos quatro anos foram fundamentais em todas as fases que levaram à concretização deste estudo. Sou grata pela oportunidade de ter sido sua orientanda.

Da mesma forma, agradeço aos(às) professores(as) doutores(as) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) pelo aprendizado adquirido: Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho, Arlindo Philippi Jr., Cláudia Maria Bógus, Cassia Maria Buchalla, Dirce Maria Zanetta, Fredi Alexander Diaz Quijano, Leandro Luiz Giatti, Marco Akerman, Maria Cristina Marques, Oswaldo Yoshimi Tanaka, Paulo Capel Narvai e Tamara Nunes de Lima Camara. Agradeço, em especial, às professoras Aurea Ianni, Marília Cristina Prado Louvison e Laura Camargo Macruz Feuerwerker pela oportunidade de discutir o tema desta tese.

Minha gratidão aos coordenadores do doutorado na FSP/USP, Prof. Dr. Júlio C. R. Pereira, Prof^{a}. Dr^{a}. Angela Maria Belloni Cuenca e Prof^{a}. Dr^{a}. Cleide Lavieri Martins, bem como à Angela Fernandez, secretária do curso. A seriedade e o compromisso assumidos foram imprescindíveis para o sucesso das atividades concernentes ao doutorado.

Agradeço à Universidade Federal do Acre (UFAC) pela oportunidade de cursar este doutorado, na pessoa do reitor, Prof. Dr. Minoru Martins Kinpara e da vice-reitora, Prof^{a}. Dr^{a}. Margarida de Aquino Cunha.

Meus agradecimentos ao Prof. Dr. Antônio Carlos Fonseca Pontes pela decisiva, dedicada e gratuita colaboração em relação a todas as análises estatísticas constantes nesta tese.

Sou grata à Prof^{a}. Dr^{a}. Cristiane de Oliveira Cardoso por ser minha coorientadora. Agradeço, igualmente, à colega Prof^{a}. Msc. Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa e à Prof^{a}. Msc. Jaçamar Aldenora dos Santos pelo auxílio na realização dos grupos focais. À Raiff Pimentel Soares, secretário do doutorado na UFAC, sou grata pela presteza.

Agradeço pelo apoio institucional do Governo do Estado do Acre que, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde (SESACRE), colaborou financeiramente para a realização deste doutorado. Em especial, ao professor doutor da UFAC, Tião Viana, governador do Estado do Acre, que juntamente com o então vice-reitor da UFAC, Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz e com o apoio da FSP/USP, concebeu, defendeu e viabilizou a criação deste doutorado interinstitucional.

Ao governador agradeço por viabilizar as condições para que fosse possível cursar este doutorado. Ao secretário adjunto da SESACRE, Irailton Lima de Sousa, sou grata pelo acesso irrestrito às informações necessárias para esta pesquisa no âmbito da Secretaria.

Meus agradecimentos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Acre (FAPAC) por financiar parte deste estudo por meio de bolsa de iniciação científica e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio recebido.

Agradeço à Secretaria de Estado de Articulação Institucional (SAI), na pessoa do secretário Francisco Afonso Nepomuceno. Sou grata também à Secretaria de Estado de Pequenos Negócios (SEPN), na pessoa do então secretário José Carlos Reis da Silva e da secretária adjunta Silvia Monteiro. Agradeço, ainda, ao Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Acre (SEBRAE/AC) na pessoa de seu superintendente, Mâncio Lima Cordeiro. Meus agradecimentos ao Prof. José Fernandes do Rêgo, secretário da SAI nos primeiros anos deste doutorado, e à Maria Sebastiana, da SEPN. Agradeço a essas pessoas e instituições pelo apoio para que tivesse as condições necessárias para a realização desta tese.

À Nara Cilene da Silva Oliveira, servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Acre e à Ericleiton Sena da Costa, servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco agradeço pelo empenho na viabilização dos grupos focais.

Gostaria de agradecer aos colegas do doutorado que, de uma forma ou de outra, chamando a atenção para um artigo, um livro ou um documento, colaboraram no desenvolvimento deste estudo.

Aos meus pais, Maria Catarina e Claudino, agradeço pelo apoio. À Manoel Valdemiro agradeço pela sugestão em cursar o doutorado, pelas conversas sobre a temática escolhida e por colaborar na infraestrutura e logística necessárias. À Manuela, minha filha, agora com cinco anos de idade, que em meio às brincadeiras acompanhou de perto os avanços e os desafios de se fazer uma tese, agradeço pela alegria de tê-la em minha vida.

Meus agradecimentos aos trabalhadores do SUS e aos gestores municipais de saúde que se disponibilizaram em participar das entrevistas e dos grupos focais. Sem a participação dessas pessoas não teria sido possível realizar este estudo.

Às demais pessoas e instituições que, por falha reconhecidamente minha, esqueci-me de mencionar, meus mais sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas **9**
Lista de Quadros **10**
Lista de Figuras **11**
Lista de Siglas **12**

RESUMO **14**

INTRODUÇÃO **16**

1 A SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO **21**
1.1 TRANSFORMAÇÕES DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO 23
1.2 A IDEOLOGIA COMO INSTRUMENTO DO CAPITAL 52
1.3 O ESTADO NA LÓGICA COMANDADA PELO CAPITAL FINANCEIRO 56
1.4 A IDEOLOGIA DO PRODUTIVISMO 64

2 UMA CRÍTICA AO PRODUTIVISMO NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE **74**
2.1 A GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA 75
2.2 BASES CONCEITUAIS: DIFERENTES VISÕES SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE 79
2.3 ENFOQUES EMERGENTES NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE 88
2.4 O CARÁTER SUBJETIVO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE 99

3 SUS NO ACRE: AVALIAÇÃO EM QUESTÃO **104**
3.1 TRAJETÓRIAS DO SUS 104
3.2 INSTRUMENTOS FORMAIS DE ESTRUTURAÇÃO DO SUS 106
3.3 A REGIONALIZAÇÃO E A DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIOS NORTEADORES DA CONFIGURAÇÃO POLÍTICO-TERRITORIAL DO SUS 110
3.4 O FINANCIAMENTO DO SUS E O GASTO PÚBLICO EM SAÚDE 116
3.5 NEGOCIAÇÕES, PACTUAÇÕES E DECISÕES NO ÂMBITO DO SUS 121
3.6 O SUS NO ESTADO DO ACRE 125
3.7 DA INTEGRAÇÃO ENTRE AS ABORDAGENS QUALITATIVA E QUANTITATIVA 142

4 AVALIAÇÃO SOB A PERSPECTIVA QUANTITATIVA: OS INDICADORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS ACREANOS 144
4.1 INTRODUÇÃO 144
4.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS 145
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO 150
4.4 CONSIDERAÇÕES GERAIS 163

5 AVALIAÇÃO SOB A PERSPECTIVA QUALITATIVA: A OPINIÃO DOS ENVOLVIDOS NO SUS DO ESTADO DO ACRE 166
5.1 INTRODUÇÃO 166
5.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS 167
5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS 176
5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCAIS 217
5.5 CONSIDERAÇÕES GERAIS 240
5.6 PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS 242

CONSIDERAÇÕES FINAIS 246

REFERÊNCIAS 255
LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS CONSULTADOS 262

APÊNDICES 265
Apêndice 1 - Rol de indicadores de saúde do SISPACTO (2012-2014). 265
Apêndice 2 - Rol de indicadores orçamentários e financeiros do SIOPS (2012-2014). 267
Apêndice 3 - Fases da análise de conteúdo. 268
Apêndice 4 - Roteiro de entrevista individual. 269
Apêndice 5 - Roteiro dos grupos focais. 271

ANEXOS 273
Anexo 1 - Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. 273
Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. 282

CURRICULO LATTES 286

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde por natureza jurídica, Acre, 2015..... 135

Tabela 2 - Internações no SUS por especialidade, Acre, 2013 a 2015.....138

Tabela 3 - Dez principais procedimentos hospitalares realizados pelo SUS, Acre, 2013 a 2015.....139

Tabela 4 - Internações no SUS por nível de complexidade, Acre, 2013 a 2015..... 139

Tabela 5 - Procedimentos ambulatoriais no SUS, Acre, 2013 a 2015.....140

Tabela 6 - Dez principais procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS, Acre, 2013 a 2015.....141

Tabela 7 - Correlações entre o indicador "despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município" com os indicadores municipais ***de resultado*** em saúde, Acre, triênio 2012-2014.....151

Tabela 8 - Correlações entre o indicador "despesa total com Saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município" com os indicadores municipais ***de gestão*** em saúde, Acre, triênio 2012-2014.....152

Tabela 9 - Correlações dos indicadores financeiros municipais, Acre, triênio 2012-2014... 153

Tabela 10 - Correlações entre os indicadores municipais de saúde considerando diretriz e objetivo, Acre, triênio 2012-2014.....155

Tabela 11 - Indicadores que não apresentam correlações estatísticas significantes considerando diretriz e objetivo, Acre, triênio 2012-2014..... .156

Tabela 12 - Matriz de indicadores municipais em saúde, Acre, triênio 2012-2014..... 160

Lista de Quadros

Quadro 1 - Instituições filantrópicas e privadas que atuam de forma complementar ao SUS, Acre, 2015. 137

Quadro 2 - Indicadores municipais de saúde classificados segundo diretriz e objetivos, Acre, 2015. 147

Quadro 3 - Entrevistas semiestruturadas: unidades temáticas, categorias e subcategorias, Acre, 2016. 174

Quadro 4 - Grupos focais: unidades temáticas, categorias e subcategorias, Acre, 2016. 175

Quadro 5 - Principais evidências a partir da abordagem quantitativa, Acre, 2016. 243

Quadro 6 - Principais evidências a partir da abordagem qualitativa, Acre, 2016. 244

Lista de Figuras

Figura 1 - Divisão político-administrativa do Estado do Acre, 2015. 130
Figura 2 - As regiões de saúde no Estado do Acre, 2015. 132

Lista de Siglas

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartites

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DCTN - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DRU - Desvinculação das Receitas da União

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

FMS – Fundo Municipal de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDS - Partido Democrático Social

PIB - Produto Interno Bruto

PPA – Plano Plurianual

PT - Partido dos Trabalhadores

SESACRE - Secretaria de Estado de Saúde do Acre

SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SISPACTO - Sistema de Pactuação dos Indicadores

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

RESUMO

Introdução: A atual fase do capitalismo é marcada por uma crise que atinge profundamente a economia em uma perspectiva global. As soluções adotadas para amenizar os seus efeitos envolvem enérgicas reduções no gasto público, impactando na saúde e, consequentemente, no processo de avaliação em saúde. Imersa nessa fase de crise do capitalismo com predomínio do capital financeiro, a avaliação em saúde tende a ser permeada pela lógica utilitarista, refletindo a ideologia do produtivismo, ao ser pautada nas leis de mercado, em que a saúde de uma população é medida por meio do consumo de serviços e produtos médico-hospitalares. O que não significa, necessariamente, melhoria das condições de saúde dessa população. **Objetivo**: Busca-se analisar a atual política de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre, no sentido de propor sua efetivação enquanto um instrumento emancipatório, de forma a promover políticas públicas com ampliação dos espaços participativos e auxiliar na democratização do Estado para enfrentar o período de fragmentação das políticas na fase contemporânea do capitalismo de predominância do capital financeiro. **Método**: Utilizou-se o recurso da triangulação de métodos e técnicas. Foram realizadas análises estatísticas do rol de indicadores municipais de saúde do SISPACTO e dos indicadores financeiros do SIOPS. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do SUS no Estado do Acre, bem como grupos focais junto aos secretários municipais de saúde nas três Regiões de Saúde. **Resultados**: As análises estatísticas dos indicadores demonstraram que estes materializam a lógica de quantificar a oferta e o consumo de serviços, os procedimentos e os resultados em um imenso rol que reforça o caráter fragmentado do processo de avaliação em saúde. Isso pode ser observado por meio da ausência de correlações entre os indicadores do SISPACTO e os indicadores do SIOPS, ou seja, não há uma aproximação entre os sistemas que apuram resultados em saúde e os sistemas que informam dados orçamentários e financeiros. Além disso, observa-se a ausência de correlações importantes, a exemplo do indicador "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" não se correlacionar aos indicadores relacionados aos procedimentos e intervenções de média e alta complexidade. Nas entrevistas e nos grupos focais foi externalizado um quadro de dificuldades e desafios para a avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre. Os sujeitos da pesquisa apontaram dificuldades, a exemplo das peculiaridades dos municípios situados na região Norte, da problemática do financiamento, fragilidades na atenção básica, no processo de gestão e na regionalização em saúde. Há o entendimento de que a avaliação é incipiente e cartorial, no sentido de ser mais uma exigência do que uma ação estratégica e um instrumento de gestão. **Conclusões**: A partir da crítica ao processo produtivista, há a reflexão no sentido de se pensar a avaliação em uma perspectiva emancipatória. Argumenta-se sobre a necessidade da avaliação em saúde se constituir em uma prática social, não se limitando a cumprir regras e normas, mas ser uma ferramenta para a consolidação da democracia, afirmação de direitos e empoderamento dos cidadãos.

Palavras-chave: Capitalismo; Política de Saúde; Avaliação em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Health evaluation at SUS in Acre state in the context of contemporary capitalism: limits and challenges to its emancipatory perspective.

Introduction: The current phase of capitalism is marked by a crisis that reaches deep into the economy in a global perspective. The solutions adopted to mitigate its effects involve energetic reductions in public spending, impacting on health and, consequently, the health assessment process. Immersed in this capitalist crisis phase with predominance of capital finance, the assessment on health tends to be permeated by utilitarian logic, reflecting the ideology of productivism, to be based on market laws, in which the health of a population is measured by consumer services and medical products. This doesn´t mean necessarily improving the health conditions of this population. **Objective**: In this way, we seek to analyze the current health evaluation policy in SUS of Acre, to propose its effectiveness as an emancipatory tool in order to promote public policies with expansion of participatory spaces and assist in democratizing State to face the fragmentation period of policies in the contemporary phase of capitalism's dominance of finance capital. **Method**: For this, we used the feature triangulation of methods and techniques. statistical analysis of the role of municipal health indicators were made of SISPACTO and financial indicators SIOPS. In addition, semi-structured interviews were conducted with the SUS workers in the state of Acre, as well as focus groups with municipal health secretaries in the three health regions. **Results**: Statistical analysis of indicators showed that they embody the logic to quantify the supply and consumption of services, procedures and results in an immense role that reinforces the fragmented nature of the health assessment process. This can be seen by the lack of correlation between the indicators of SISPACTO and SIOPS indicators, ie there is a connection between the systems that calculate health outcomes and systems that inform budget and financial data. In addition, there is the absence of significant correlations, such as the indicator "population coverage estimated by primary care teams" do not correlate to the indicators related to the procedures and operations of medium and high complexity. In interviews and focus groups it was outsourced a framework of difficulties and challenges for health evaluation in Acre SUS. The research subjects reported difficulties, the example of the peculiarities of the municipalities in the northern region, the funding problems, weaknesses in primary care in the process of management and health regionalization. There is the understanding that the evaluation is weak and notary, to be more of a requirement than a strategic action and a management tool. **Conclusions**: From the criticism of the production-process, there is the reflection in the sense of thinking about evaluation in an emancipatory perspective. It is argued on the assessment of the need for health constitute a social practice, not limited to comply with rules and regulations, but to be a tool for the consolidation of democracy, affirmation of rights and empowerment of citizens.

Keywords: Capitalism; Health Policy; Health Evaluation; Health Unic System.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por tempos difíceis. Forjado há mais de 20 anos, em um momento histórico no qual as políticas de Estado de bem-estar social perdiam espaço para o modelo neoliberal, o SUS vivencia, hoje, um processo de fragilização, em grande parte, comandado por forças aliadas ao capital financeiro. Tais forças tentam, por diversos meios, utilizar o Estado para a defesa de seus interesses, os quais não correspondem à garantia das condições de saúde da população. Atacam, dessa forma, os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde. Filiado à tradição das políticas públicas, pois foi concebido como um sistema de proteção social, o SUS sofre os impactos, desde a sua existência, da tensão permanente entre a garantia da universalidade e a contenção de gastos relacionados às políticas sociais. Essa tensão fica evidente quando se verifica a forma como tem sido conduzido o processo de gestão e, especificamente, a política de avaliação em saúde.

Em um cenário com predomínio do capital financeiro globalizado, o processo de avaliação em saúde tende a ser permeado pela lógica utilitarista, refletindo a ideologia do produtivismo. E quando isso se verifica? A partir do momento em que a saúde de uma população é medida por meio da quantidade de serviços e produtos médico-hospitalares consumidos, o que não significa, necessariamente, melhoria das condições de saúde dessa população. Conforme nos esclarece Martins et al. (2014, p. 10), essa lógica utilitarista baseada na ideologia do produtivismo se verifica quando a atividade humana é medida de forma quantitativa e os dados resultantes dessa quantificação justificam certas políticas sobre “a vida e a morte, sobre o corpo e a saúde, sobre o pensamento e a ação, sobre a razão e a emoção”.

Para estes autores, esse modo fragmentado de avaliar a situação de saúde de uma população, no qual o usuário é visto como um consumidor, aproxima-se dos princípios do modelo neoliberal, no qual o utilitarismo evidencia-se como a filosofia moral e a exploração e o consumo ilimitados são a essência da condição humana. Dessa forma, a avaliação em saúde enfrenta o desafio de se desvencilhar dessa lógica imposta pelo capital, na qual os resultados traduzidos por meio do consumo são mais importantes que a qualidade e o econômico impera sobre o social.

E não há como dissociar essa discussão do movimento do capitalismo contemporâneo e de sua crise estrutural. Essa crise de superacumulação do capital, sob a dominância do

capital financeiro, contamina a economia real em uma perspectiva global. As soluções adotadas para amenizar os seus efeitos tem envolvido, pelas políticas austeras, enérgicas reduções no gasto público, especialmente no gasto relacionado às políticas sociais, impactando a saúde. Ou seja, o contexto da crise do desenvolvimento capitalista em curso interage com a saúde pública brasileira ao constranger o Estado e, dessa forma, promover importantes desafios quanto à universalidade plena do SUS. Esses desafios se refletem no campo da avaliação em saúde, a qual passa a ser realizada com base na dominância da valorização financeira e, nesse contexto, adquire a perspectiva de produção de metas, aliando-se a uma lógica de mercado típica de sistema capitalista financeirizado.

Para discutirmos esse processo de avaliação em saúde e os movimentos que o cercam, tomamos como referência, neste estudo, o Estado do Acre. Partimos da hipótese de que a avaliação em saúde que vem sendo realizada no SUS do Estado assenta-se sob o capitalismo financeirizado e, dessa forma, reflete uma lógica utilitarista de se ver a saúde a partir da ideologia do produtivismo. Ao supormos isso, questionamos em que medida é possível tornar a política de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre um instrumento emancipatório. Emancipatório no sentido de se promover políticas públicas, com ampliação dos espaços participativos e auxiliar na democratização do Estado para enfrentar o período de fragmentação das políticas na fase contemporânea do capitalismo de predominância do capital financeiro.

Dessa forma, procuramos realizar a crítica ao processo produtivista indutor da fragmentação da avaliação e da instrumentalização de ferramentas. Isso porque entendemos que emancipar a avaliação contribuiria para a construção e a consolidação mais democrática das políticas de saúde e da política do SUS. Essa é, portanto, a nossa principal intenção. Articulamos este estudo no sentido de trazer o processo de avaliação em saúde para o centro da discussão, a partir da compreensão dos reflexos deste processo no âmbito do Estado do Acre.

Para atingirmos esse objetivo, ou seja, de analisar a atual política de avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre, no sentido de propor sua efetivação enquanto instrumento emancipatório, consideramos necessário: a) analisar o quadro referencial do capitalismo contemporâneo e dos aspectos políticos em que se insere a avaliação em saúde, destacando as dimensões mais amplas que a envolvem; b) elaborar uma avaliação quantitativa a partir dos indicadores de saúde dos municípios do Estado do Acre, destacando sua limitação para a apreensão de uma avaliação emancipatória; c) conhecer as percepções de gestores e

trabalhadores do SUS sobre o processo de avaliação em saúde que vem sendo realizado; d) refletir sobre as possibilidades de se enfrentar o processo de fragmentação da avaliação, com o propósito de torná-la um elemento emancipatório. Os cinco capítulos deste estudo refletem esses objetivos traçados.

No Capítulo 1, partimos da leitura sobre os reflexos do desenvolvimento capitalista contemporâneo no âmbito da saúde pública, realizada a partir de uma interpretação marxista do processo em curso. Para a intenção da análise desenvolvida, são destacados os apontamentos de autores como Chesnais (2005), Marx (2007), Callinicos (2010), Mészáros (2012, 2015), Carchedi e Roberts (2013), Mascaro (2013), Harvey (2014), Martins et al. (2014) e Mendes (2015a). Partimos da discussão sobre a constituição do capital portador de juros (capital financeiro), a sua forma assumida (a forma parasitária de capital fictício) e sua consequência no processo de estabelecimento da crise do capitalismo contemporâneo. Para isso, determinamos como recorte temporal o período fordista e seu declínio a partir dos anos 1970. Entendemos que o processo de acumulação flexível e de financeirização que se intensificaram a partir dos anos 1970 provocaram importantes impactos no âmbito da saúde pública, na medida em que, para amenizar a crise, a opção que vem sendo adotada relaciona-se à tentativa de redução das garantias sociais para a classe trabalhadora.

Essa discussão remete à questão relacionada às funções assumidas pelo Estado, o que é feito na sequência. Destacamos a relativa autonomia do Estado frente ao capital e as estratégias adotadas por este ente político para controlar os efeitos da crise. Nesse ponto, ressaltamos as ideologias dominantes, as quais coadunam com a lógica financeira e pressionam para a adoção de decisões políticas que geram impactos significativos na política de saúde pública. Essa leitura sobre o movimento capitalista em curso traz importantes desafios para a saúde pública.

O impacto da crise do capitalismo contemporâneo no processo de avaliação em saúde é discutido no Capítulo 2. Neste, procuramos realizar a crítica ao processo utilitarista baseado na ideologia do produtivismo, ao qual a avaliação em saúde vem sendo submetida. Para a construção dessa crítica, dialogamos com autores como Cruz (2005), Martins (2003), Gomes e Bezerra (2014a, 2014b) e Martins et al. (2014). Iniciamos o capítulo a partir de noções gerais sobre a política pública para, no momento seguinte, discutirmos bases conceituais na perspectiva de diferentes visões sobre o processo de avaliação em saúde, com destaque para a forte influência de aspectos positivistas e utilitaristas nesse processo.

A partir dessa discussão, argumentamos sobre a necessidade de sinalizarmos enfoques emergentes no processo de avaliação em saúde que, de algum modo, estejam dissociados da lógica perversa do capital. Destacamos, inclusive, o caráter subjetivo e a necessidade de incorporarmos aspectos qualitativos na avaliação em saúde. Sinalizamos passos iniciais no sentido da emancipação da avaliação, em uma perspectiva que foge à lógica utilitarista de se ver a saúde pública. Há o reconhecimento de que o Estado está sob a proteção do grande capital financeiro, mas devem ser abertos espaços de discussão na perspectiva de construirmos um diálogo visando à democratização deste Estado.

Para discutirmos o processo de avaliação em saúde no Estado do Acre partimos da compreensão sobre o SUS neste Estado, o que está presente no Capítulo 3. Iniciamos o Capítulo a partir de questões gerais envolvendo o SUS, tais como os instrumentos formais de sua estruturação; os processos de regionalização e de descentralização como princípios norteadores da configuração político-territorial do Sistema; a questão do financiamento; bem como as instâncias de pactuação e negociação, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR).

Feitas as considerações gerais, partimos para a análise do SUS no âmbito do Estado do Acre. Por meio da contribuição de autores como Klein (2010) e Silva (2011), partimos de dois aspectos: a) apresentamos, em linhas gerais, o processo histórico e político de implantação do SUS no Estado, com destaque para decisões em termos de gestão da saúde; b) fornecemos uma breve amostra do cenário atual do SUS, evidenciando a relação público-privada e os procedimentos hospitalares e ambulatoriais no âmbito do Sistema nos últimos três anos. Entendemos que a discussão sobre o SUS no Acre fornece os elementos necessários para os dois capítulos seguintes, nos quais se discute a avaliação em saúde a partir de duas abordagens: a quantitativa, relacionada ao estudo estatístico de indicadores de saúde; e a qualitativa, na qual buscamos compreender as percepções dos sujeitos da pesquisa sobre o processo de avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre.

O Capítulo 4 traz a abordagem quantitativa realizada a partir de um estudo estatístico dos indicadores municipais de saúde pactuados pelos 22 municípios do Estado do Acre entre os anos de 2012 a 2014. O indicador é considerado um instrumento comumente utilizado na avaliação em saúde, por isso optamos pela sua análise. Correlacionamos tanto indicadores financeiros provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), quanto indicadores pactuados pelos municípios por meio do Sistema de Pactuação

dos Indicadores (SISPACTO) e disponibilizados no TABNET, no site do DATASUS. Além dos coeficientes de correlação obtidos utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Pearson, também fizemos uso da Análise Fatorial.

Entendemos que correlacionar receitas e despesas com os resultados relacionados às condições de saúde de uma população é um tema de interesse tanto para os gestores e trabalhadores do SUS quanto para a população. Por meio do estudo estatístico, verificamos relações estaticamente relevantes, mas também algumas pouco informativas para o processo de avaliação em saúde no SUS do Estado. Alguns dos resultados sugerem uma tendência a um processo de fragmentação que pode estar alinhado à perspectiva reducionista em que está inserida a avaliação em saúde. O estudo, dessa forma, mostrou-se essencial para verificarmos fragilidades e inconsistências envolvendo os indicadores, as quais estariam, de certo modo, reforçando o processo de fragmentação da avaliação em saúde.

Reservamos o Capítulo 5 para a discussão qualitativa sobre o processo de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre. A partir de entrevistas com trabalhadores do SUS, bem como da realização de três grupos focais com secretários municipais de saúde, um em cada região de saúde do Estado, foi possível colher impressões sobre o atual processo de avaliação em saúde. Obtivemos comentários no sentido de se identificar um processo de avaliação incipiente e cartorial, bem como fragilidades no âmbito da atenção básica e das instâncias de pactuação e negociação no âmbito do SUS. Para além das dificuldades, foram externalizadas, pelos sujeitos da pesquisa, reflexões no sentido de se apontar caminhos no processo de construção de uma avaliação que possa, gradativamente, tornar-se menos dependente da lógica do capital e mais um elemento vital para um sistema de saúde que se propõe democrático, civilizatório e emancipatório.

Parece-nos importante, ao término dessas considerações iniciais, inspirados em Rezende e Baptista (2011), indagar: como construir estudos coesos e rigorosos metodologicamente, capazes de contribuir para o debate a respeito da avaliação em saúde no sentido de escapar desta fragmentação e, ao mesmo tempo, promover a sua emancipação? Este é o desafio proposto neste estudo. Buscamos apontar alternativas a um processo de avaliação entendido como utilitarista, e que está em sintonia com a ideologia do produtivismo. Para isso, partimos da utilização de métodos de investigação que combinam a descrição de fatos empíricos com a crítica. Só assim entendemos ser possível dar os primeiros passos rumo à emancipação da avaliação.

1 A SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

Neste capítulo buscamos compreender a natureza da crise do capitalismo contemporâneo. Partimos da compreensão de que a crise não é apenas econômica, mas é uma crise estrutural do capital. O principal aspecto considerado relaciona-se à percepção da interação entre a crise e os impactos na saúde pública e no processo de avaliação em saúde. Dessa forma, consideramos que essa reflexão deve ser realizada de forma a buscar o entendimento sobre a relação entre a crise do capitalismo contemporâneo e a saúde, apoiados na ideia mais ampla de crise estrutural do capital. Sendo assim, a discussão sobre a natureza da crise e seus efeitos sobre a saúde no Brasil constituem a nossa preocupação central. Objetivamos, portanto, contextualizar as dimensões mais amplas que norteiam a política de avaliação em saúde, destacando o processo de financeirização e a crise estrutural do capitalismo contemporâneo. Ampliamos a discussão para o sistema capitalista contemporâneo, seu processo de transformação e as consequências para o campo da avaliação em saúde.

Para ser possível contextualizar a avaliação em saúde no cenário atual de crise do capitalismo, faz-se necessário, inicialmente, compreender o poder assumido pelo capital financeiro. Este capital se manifesta na forma de capital portador de juros e, além disso, assume o aspecto parasitário de capital fictício. Desdobrado em capital fictício, o capital portador de juros procura fazer dinheiro na esfera financeira, sem passar pela produção. Isso se dá sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem sucedida. Esse processo provoca crises estruturais do capitalismo estendidas a uma escala econômica global. Para entender esse processo de crise na atualidade, partimos do sistema fordista e de seu declínio rumo à acumulação flexível.

O fordismo foi um regime que provocou mudanças que se estenderam para além das fábricas, ao promover novos padrões comportamentais e de consumo. Foi um período em que houve ganhos para os trabalhadores sindicalizados. Além disso, estabeleceu-se um processo de internacionalização no qual empresas migraram dos Estados Unidos para outros países industrializados.

Entretanto, a partir dos anos 1970, começa a se observar uma queda tendencial na taxa de lucro das empresas sinalizando, dessa forma, uma crise do modelo fordista. Em 1973, o sistema entra em colapso a partir da estagnação da produção de bens e da inflação de preços. Passa então, a ter início um período de transição rumo à acumulação flexível. Os sindicatos, antes fortes e articulados, começam a encontrar dificuldades e resistências, inclusive por parte de trabalhadores em condições de trabalho flexível. O Estado passa a ter de lidar com as pressões decorrentes dessa flexibilização do trabalho, a qual trouxe importantes impactos no que compete à perda de benefícios sociais para a classe trabalhadora.

Esse período de acumulação flexível é marcado por pressões sobre a força de trabalho, pela política de empregos flexíveis, pela subcontratação, pelo movimento flexível do capital e por um sistema financeiro globalizado. Começa, então, um período de crise do capitalismo que se estende até os dias atuais e que provoca consideráveis impactos no âmbito das políticas públicas de saúde.

A crise do sistema capitalista não é apenas financeira, mas econômica e global. Com a decorrente redução da taxa de lucro, as empresas migram para o mercado financeiro em busca de recursos para viabilizar as suas atividades. A partir disso, assistimos à proliferação de instituições financeiras e à integração de uma grande quantidade de agentes econômicos nos mercados financeiros. Dos recursos que são emprestados, decorrem juros a partir de uma lógica na qual o dinheiro transforma-se em dinheiro sem sair da esfera financeira e cujo estágio final é a constituição de um capital fictício (especulativo) representado, por exemplo, por dividendos e por juros da dívida (CHESNAIS, 2005).

Para a saída da crise a literatura aponta três soluções. Uma delas é a “queima” de capital expressa, principalmente, pela falência de empresas, tal qual vimos durante o período correspondente às duas grandes guerras. Outra solução seria a exploração de novas frentes de produção, como observamos na abertura de linhas produtivas na China e em outros países do sudeste asiático. A terceira saída relaciona-se à intensificação da exploração da classe trabalhadora expressa, por exemplo, na redução de benefícios sociais, o que incide na questão da saúde pública. Essa última tem sido a estratégia hegemonicamente utilizada, razão pela qual a crise se estende desde os anos 1970 e se mantém até os dias atuais.

Nesse processo, o Estado torna-se um interlocutor, aquele que tem o papel de intermediar as classes, sofrendo pressões de ambas. Tomado a partir de sua forma política, o Estado possui relativa autonomia, explicitada na separação entre o poder político e o poder econômico. Entretanto, essa autonomia é relativa, na medida em que está inserido no

emaranhado de relações capitalistas. Nessa intermediação, muitas vezes, os interesses do capital se sobrepõem e o Estado passa, então, a colaborar na redução de benefícios sociais, ao ser permeado pela lógica do capital financeiro. O intuito é o de dar sustentabilidade a esse sistema capitalista.

Essa lógica financeira se estabelece no campo da saúde e transita, por consequência, no processo de avaliação da política de saúde. Essa política passa a ser compreendida como positiva caso venha a alcançar determinadas metas e resultados em uma perspectiva caracterizada por um modelo capitalista de produção. Assim, o processo de avaliação deve ser estudado a partir do entendimento desses processos amplos, pois o envolvem, o impactam e o influenciam. Em outras palavras, a lógica financeira permeia todas as esferas da vida e a saúde pública acaba, dessa forma, sendo configurada em uma perspectiva mecanicista, na qual a produtividade baseada nas leis de mercado passa a ser o motor que movimenta o campo.

A compreensão das razões pelas quais a saúde pública brasileira baseia-se em metas e resultados a partir de uma lógica produtivista só pode ser assegurada se for considerada uma perspectiva ampla, abrangendo a sociedade capitalista e seus movimentos em torno da valorização financeira. Observamos, portanto, que as políticas públicas refletem um sistema baseado na lógica do capital e a avaliação em saúde, nesse cenário, submete-se e fragmenta-se a partir desse utilitarismo, refletindo uma ideologia do produtivismo, a qual estabelece a política pública como sendo uma política de resultados.

Superar a fragmentação dos serviços, entendendo a complexidade do campo da saúde, é um desafio para a realização da avaliação no âmbito do SUS. A avaliação, nesse cenário, deve ser considerada uma ferramenta para a consolidação da democracia. Nesse sentido, suplantar a visão de sociedade como uma soma de interesses individuais, que reforça o utilitarismo, tem de ser visto como um importante caminho para a emancipação da avaliação.

1.1 TRANSFORMAÇÕES DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

1.1.1 O Capital Financeiro e as suas Formas Assumidas

Para a compreensão do poder do capital financeiro, é necessário entender o movimento do capitalismo contemporâneo. Na busca por este entendimento, deparamo-nos com os escritos de Marx. Em seus estudos, Marx explica como o dinheiro se transforma em

capital, revela o conceito de valor-capital e demonstra como a mais-valia pode ser incrementada. A partir disso, expõe as formas assumidas de capital: o capital industrial, o capital comercial e o capital financeiro. O capital industrial, na concepção de Mendes (2012), apoiado em Marx, deve ser entendido como o único tipo de capital que efetua o ciclo completo, ou seja, incorpora e descarta suas sucessivas formas de função, manifestadas pelo capital-dinheiro, capital-produtivo e capital-mercadoria.

O autor destaca que o capital industrial é o único capaz de produzir a mais-valia e servir de base para as outras modalidades de capital. Este capital se opõe ao conceito de capital comercial e de capital financeiro. A função de comércio do produto (capital mercadoria) para o capital produtivo é desempenhada pelo capital comercial. Ele não produz mais-valia, pelo fato de somente trocar o bem, sem agregar valor. Dessa forma, precisa se apropriar na mais-valia do capital produtivo para poder gerar seu lucro (MENDES 2012).

Entretanto, especialmente a partir dos anos 1980, tem início um regime com dominância da valorização financeira. A partir desse período, o capital financeiro assume um papel de destaque no mundo capitalista contemporâneo, manifestando-se na forma de capital portador de juros e, parasitariamente, em capital fictício. Vejamos inicialmente o capital portador de juros.

O capital portador de juros[1] estabelece-se de forma duradoura principalmente a partir dos anos 1980, ao determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. A essência da questão envolvendo a predominância do capital portador de juros, para Mendes (2012), reside no papel principal assumido pela propriedade e pelo rentismo.

Nesse sentido, é esclarecedor o entendimento de Chesnais (2005, 2012) sobre a propriedade patrimonial. O autor entende que esta propriedade é dominada pelo acionista portador de títulos de empresas, situado em uma posição de exterioridade da produção. Esta situação proporciona a criação de direito de rendas sob a forma de alugueis, rendas do solo e de rendas provenientes de investimentos em bolsas de valores. A finalidade principal é o "rendimento", não o consumo nem a criação de riquezas que promovam a capacidade de produção[2]. Tomando a expressão utilizada pelo autor, podemos dizer que o capital patrimonial é aquele em que o "entesouramento estéril, representado pelo 'pé-de-meia', cede lugar ao mercado financeiro dotado da capacidade mágica de transformar o dinheiro em um

[1] Também designado por Chesnais (2005) como "capital financeiro" ou "finança".

[2] Com base em informações de Leda Paulani (Brasil Delivery: servidão financeira e estado de emergência econômico), Mendes (2012, p. 73) evidencia que o Produto Nacional Bruto (PNB) mundial cresceu 364% entre 1980 e 2006, ou seja, 4,6 vezes, enquanto a riqueza financeira mundial cresceu, no mesmo período, 1.525%, ou 16,2 vezes.

valor que ‘produz’” (CHESNAIS, 2005, p. 50). Ou seja, o dinheiro, nas palavras do autor, adquire a propriedade de “gerar filhotes”.

Ainda em Chesnais, observamos que o capital portador de juros, mesmo que improdutivo, não pode ser considerado parasitário, pois desempenha função útil e indispensável à circulação do capital. Mesmo se apropriando da mais-valia sem produzi-la diretamente, ele desempenha o papel de adiantar capital-dinheiro para que o capital produtivo possa executar a produção e, portanto, realizar a mais-valia. O autor sintetiza o argumento enfatizando que a posse do capital-dinheiro dá ao seu proprietário o direito ao lucro sob a forma de juros. Esses juros referem-se à dedução de lucro, que é originado na mais valia a ser alcançada pelo capital comercial ou industrial.

O papel econômico e social central ocupado pelo capital portador de juros não se deve a um movimento próprio. Para essa centralidade ser possível foi necessário que os Estados considerados mais poderosos resolvessem liberar o movimento de capitais, assim como desregulamentar e desbloquear seus sistemas financeiros. E mais do que isso, foi preciso recorrer a políticas visando favorecer e facilitar a centralização dos fundos líquidos não reinvestidos das empresas e das poupanças das famílias (CHESNAIS, 2005).

Nesse processo de análise do capital portador de juros, torna-se necessário compreender o papel desempenhado pela finança e suas expressivas consequências. O poderoso crescimento do poder das finanças é discutido por Chesnais (2005) a partir de três dimensões. A primeira refere-se ao movimento de autonomia relativa do espaço financeiro em relação à produção e, principalmente, frente à capacidade de intervenção das autoridades monetárias. Uma segunda dimensão refere-se ao caráter fetiche dos valores criados pelos mercados financeiros e, a terceira dimensão compreende o papel desempenhado pelos operadores, os quais são responsáveis por delimitar os contornos do processo de mundialização financeira e por decidirem quais agentes econômicos participarão, definindo quais países e quais tipos de transações serão executados.

Em se tratando desse processo de mundialização financeira contemporâneo, Chesnais (2005) indica que o sistema de finança mundializada, tal qual vemos hoje, nasceu das medidas de liberalização e de desregulamentação adotadas entre os anos 1979-81. Essas medidas abriram os sistemas financeiros nacionais para o exterior e promoveram, como consequência, a expansão rápida, desde a metade dos anos 1980, dos mercados de obrigações públicas interconectados internacionalmente, bem como a internacionalização do financiamento dos déficits pela emissão de títulos negociáveis.

Essa mundialização financeira é implementada a partir de três elementos constitutivos: a "desregulamentação" ou liberalização monetária e financeira, a "descompartimentalização" dos mercados financeiros nacionais e a "desintermediação", ou seja, a abertura das operações de empréstimos, antes reservadas aos bancos, a todo tipo de investidor institucional (CHESNAIS, 2005, p. 46). Esses três processos interagem e estão ligados.

O referido autor explica os três elementos. Para ele, a descompartimentalização pode ser interna e externa. A interna relaciona-se às diferentes funções financeiras e diferentes tipos de mercado, a citar o mercado de câmbio, de crédito, de ações e obrigações, a qual abre caminho para a concorrência e a liberdade de empreendimento. A descompartimentalização externa dos mercados apoia-se na liberalização dos mercados de câmbio, na abertura do mercado de títulos públicos aos operadores estrangeiros e na abertura da Bolsa às empresas estrangeiras. No que compete à desintermediação, esta permite o acesso das instituições não bancárias aos mercados na condição de emprestadoras, fator que proporcionou um crescimento vertiginoso desde o início da desregulamentação financeira.

A emergência do espaço financeiro global decorreu da abertura externa e interna dos antes fechados e compartimentados sistemas nacionais. A liberalização e a desregulamentação integraram os sistemas nacionais em um conjunto com muitas particularidades. Chesnais (2005) nos esclarece a forma como esse mercado financeiro mundial, liberalizado e desregulado, é fortemente hierarquizado a partir do domínio americano. É um mercado com pouca supervisão e controle, onde o fator da interconexão internacional é assegurado pelos operadores financeiros, os quais adquirem um poder central no interior do processo de mundialização financeira[3].

Juntamente com a mundialização da finança houve uma expansão geográfica aliada a um processo de gradativa limitação da soberania econômica dos países. As experiências, mesmo que limitadas, de soberania econômica deram lugar a políticas enérgicas de ajuste estrutural, austeridade fiscal, liberalização e privatização, tendo como pano de fundo a "dívida do Terceiro Mundo". Os operadores, representados, na expressão de Chesnais (2005), por "acionistas-proprietários", escolhem os países onde irão investir. Nesse cenário, foram

[3] Um dos fenômenos mais característicos do final do século XX, para Hobsbawn (1995), foi o da destruição dos mecanismos sociais que vinculam nossa experiência pessoal à das gerações passadas. O autor fala sobre as profundas mudanças verificadas no último século e como as instituições e crenças foram moldadas em um período de crise mundial no sentido não apenas econômico, mas também político, social e moral. Comparado o final do século XX ao seu início, Hobsbawn observou que o mundo havia deixado de ser eurocêntrico e tornara-se uma unidade operacional única, transformando-se em uma Aldeia Global, no sentido proposto por McLuhan (década de 1960).

selecionados locais onde os investimentos tivessem rentabilidade máxima agravada pelo fato de existirem diferentes situações de crescimento entre continentes e entre países.

O número de países que atraem investimentos é, portanto, restrito[4]. Com exceção dos países que possuem matérias-primas necessárias aos países industrializados, nos demais, pobres e marginalizados, assistimos ao reaparecimento de problemas, como desnutrição, fome, doenças e epidemias. Flagelos estes não menos importantes do que o aumento de desempregados, de precarizados, de sem tetos. Esse processo que incide sobre os países que estão na periferia da mundialização das finanças não pode ser desprezado. Esse argumento de Chesnais é apresentado também por Harvey (2014, p. 152-154):

> A estrutura desse sistema financeiro global alcançou tal grau de complexidade que ultrapassa a compreensão da maioria das pessoas. As fronteiras entre funções distintivas como bancos, corretoras, serviços financeiros, financiamento habitacional, crédito ao consumidor etc. tornaram-se cada vez mais porosas, ao mesmo tempo que novos mercados futuros de mercadorias, de ações, de moedas ou de dívidas surgiram em toda a parte, introduzindo o tempo futuro no tempo presente de maneiras estarrecedoras.

Para este último autor, a expansão espacial é uma solução de curto prazo, pois, no longo prazo, o resultado tende a ser o aumento da competição internacional e inter-regional, pelo qual os países e as regiões com menores vantagens acabam por sofrer consequências mais severas. Observamos, portanto, que o capital portador de juros, ainda que improdutivo, é elemento indispensável à circulação do capital industrial. Entretanto, esse capital pode tornar-se parasitário na forma assumida de capital fictício. Desdobrado em capital fictício, o capital portador de juros procura "fazer dinheiro" na esfera financeira, sem passar pela produção. Isso se dá sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos[5] e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem-sucedida.

Nessa linha de entendimento, Harvey (2014) define o capital fictício como o capital que apresenta valor monetário nominal e existe no papel, mas que, no entanto, em um dado momento do tempo, não se fundamenta em termos de atividade produtiva real ou de ativos físicos. Para o autor, sua conversão em capital real ocorre na medida em que são realizados investimentos que gerem um aumento apropriado de ativos úteis (a exemplo de instalações e equipamentos que possam ser lucrativos) ou mercadorias úteis (bens e serviços que podem ser vendidos gerando lucro).

---

[4] A China e a Índia são países que interessam aos "acionistas-proprietários", pois oferecem mão de obra qualificada, bem disciplinada e barata.

[5] Entendemos por dividendos a parcela de lucro distribuída aos acionistas, na proporção da quantidade de ações detida, apurados ao fim de cada exercício social.

Na mesma linha estão os argumentos de Chesnais (2012), o qual entende que o capital fictício é representado por massas de capital-dinheiro à procura de valorização, em posse de instituições, a exemplo de bancos, sociedades de seguros e fundos de pensão, cuja finalidade é valorizar seus haveres sem sair da esfera dos mercados de títulos e de ativos fictícios derivados de títulos. A valorização não passa pela produção, concentrando-se estritamente no âmbito financeiro. O referido autor destaca o fato de a economia e a política estarem indiferentes com relação aos resultados da valorização sem limites do capital, manifestada pelas formas fictícias do dinheiro. Nesse sentido, é importante o posicionamento de Mészáros (2012, p. 40) quando diz que "um sistema incapaz de fixar limites para o imperativo de auto expansão num mundo de recursos finitos é claramente insustentável a longo prazo".

Importa considerar que o capital fictício não deve ser entendido como uma distorção, mas como um instrumento de valorização do capital, mesmo essa valorização sendo fictícia, ou seja, sem existir a contrapartida da produção de mais-valia, o que resulta de seu caráter parasitário e especulativo (MENDES, 2015a). No livro "O Capital", Marx verifica três principais formas as quais denomina de capital fictício: a dívida pública, o capital acionário e o capital bancário[6]. Entretanto, Mendes (2012, p. 65) acrescenta à forma de capital fictício o atual mercado de derivativos, extemporâneo à Marx, representado por "títulos derivados de outros títulos, por meio de um processo que desencadeia uma dívida de alguém que tomou dinheiro emprestado, a partir da emissão de um título no mercado financeiro[7]". Essas formas de capital fictício comandam o processo de acumulação em geral.

Observamos, portanto, que o capitalismo contemporâneo é caracterizado por um processo de financeirização, o qual, no entender de Callinicos (2010), apresenta três significados: corresponde à maior autonomia do setor financeiro, à proliferação de instituições e instrumentos financeiros, bem como à integração de uma ampla gama de agentes econômicos nos mercados financeiros. A expansão do mercado de crédito de risco simboliza um processo mais amplo de financeirização nas sociedades capitalistas avançadas, visto que até mesmo aos mais pobres é concedido o empréstimo de dinheiro. Isso porque as instituições

---

[6] Marques e Nakatani (2011) comentam que os títulos de dívida interna dos governos registraram, em 2005, o montante de US$ 22,2 trilhões. Em 2011, passaram para US$ 41,1 trilhões.

[7] Podemos dizer, resumidamente, que existem duas formas de derivativos, o *hedge* e o *swap*. O *hedge* se refere a um mecanismo financeiro que reduz o risco do produtor em relação ao ganho que ele poderá obter por um produto que demanda um largo prazo para a sua produção. É o caso de uma mercadoria que é vendida hoje por determinado preço e a entrega será no futuro. No *swap* existem dois devedores em moedas distintas, como o dólar e o real. O que os devedores podem realizar é a troca de suas dívidas que têm o mesmo valor total quando convertidas cambialmente. A finalidade é não perder recursos com a variedade do câmbio (MENDES, 2012).

financeiras têm procurado novas fontes de rentabilidade na renda pessoal e na mediação do mercado financeiro.

O fato de as empresas industriais e comerciais terem capacidade para financiar os seus investimentos sem recorrer aos bancos ajuda a explicar as atividades de proselitismo que levaram as instituições financeiras a incentivar os empréstimos à habitação na América considerada menos desenvolvida. Não tendo mais as taxas e os juros de empréstimos industriais como uma fonte confiável de lucros, os bancos migraram para outros lugares (CALLINICOS, 2010).

Estamos, portanto, falando de um período no qual o capital financeiro predomina, mais especificamente sob a forma de capital fictício. Esse capital especulativo, no processo de finança mundializada, tende a se estender aos países, interferindo nas relações econômicas. Estamos falando de um processo de acumulação financeira correspondendo, para Chesnais (2005), a um processo de centralização de lucros industriais não reinvestidos e de rendas não consumidas em instituições especializadas, as quais buscam valorizá-los por meio da aplicação em ativos financeiros (divisas, obrigações e ações) mantendo-os fora da produção de bens e serviços. Portanto, para o autor, com o aumento do poder do capital financeiro ressurgem os mercados especializados, a citar, os mercados de títulos de empresas ou mercados de obrigações.

Esse processo de acumulação financeira é discutido por Chesnais (2005) a partir de etapas. A primeira tem início na década de 1960, quando as famílias com rendas mais elevadas são encorajadas (tendo em vista as disposições fiscais favoráveis) a investir as rendas excedentes em títulos de seguro de vida. Nesse movimento de valorização do capital financeiro, na mesma década, os assalariados foram obrigados a abrir uma conta em um banco ou no correio para poderem receber os seus salários, agora mensais. Com isso, uma grande massa de dinheiro líquido que escapava aos bancos passa a afluir para eles refletindo, por exemplo, no aumento do número de operações de crédito.

A etapa seguinte inicia a partir de 1976 com a “reciclagem” dos petrodólares (elevadas somas resultantes do aumento temporário do preço do petróleo, aplicadas em Londres pelos ricos e influentes do golfo Pérsico). Da “reciclagem” originaram-se empréstimos e aberturas de linhas de crédito dos bancos internacionais aos governos dos países do Terceiro Mundo, em especial, da América Latina. Com isso, as bases da dívida desses países estavam lançadas. A dívida se reproduz no tempo, recriando-se sem cessar. Os juros devidos sobre o principal da dívida absorvem uma fração sempre maior do orçamento do Estado a tal ponto que a única

maneira de cumprir os compromissos de serviços da dívida é contrair um novo empréstimo. É o que Chesnais (2005) chama de efeito "bola-de-neve" da dívida.

Para o referido autor, nos países em desenvolvimento a dívida permitiu a imposição de políticas intituladas de ajuste estrutural e o início de processos de desindustrialização, levando a um forte crescimento da dominação econômica e política dos países capitalistas centrais sobre os países ditos periféricos. No entanto, se considerada a perspectiva financeira, foi nos países centrais que a dívida pública fez o capital portador de juros apresentar um crescimento quantitativo e qualitativo:

> Em termos de valores absolutos de transferências financeiras, a dívida pública decisiva não foi do Terceiro Mundo, mas a dos países avançados. A formação dos mercados de obrigações liberalizados respondeu às necessidades de dois grupos de atores: os governos e as grandes instituições que centralizavam a poupança. Ela respondeu às necessidades de financiamento dos déficits orçamentários dos grandes países industrializados. A constituição de um mercado de obrigações completamente aberto aos investidores financeiros estrangeiros permitiu o financiamento dos déficits orçamentários pela aplicação de bônus de Tesouro e outros compromissos da dívida sobre o mercado financeiro. Isso é o que se chama "titulização"[8] dos compromissos da dívida pública (CHESNAIS, 2005, p. 40).

No entendimento do autor, a dívida pública representa o pilar de poder das instituições que centralizam o capital portador de juros. No curso dos últimos anos, foi ela quem facilitou a implantação das políticas de privatização nos países em desenvolvimento. Nesse cenário, a partir dos anos 1980, abre-se uma nova etapa da acumulação financeira na qual os dividendos se tornam um importante mecanismo de transferência e de acumulação. Em paralelo aos dividendos sobre as ações e aos juros sobre os empréstimos aos Estados, observamos um crescimento do crédito ao consumo e do crédito hipotecário, os quais incidiram diretamente sobre a classe assalariada. Esse peso do capital sobre os assalariados foi exercido no ambiente de trabalho, mas também enquanto devedores aos bancos[9] (CHESNAIS, 2012).

Nesse contexto, encontramos em Harvey (2013) uma importante contribuição sobre o processo de acumulação e suas fases. Ele nos apresenta cinco fases: estagnação; recuperação; expansão baseada no crédito; febre especulativa e *crash*. A estagnação refere-se a um processo no qual ocorre uma intensa redução da produção e baixas taxas de lucro. Os produtores dispõem de estoques excedentes inferiores aos seus preços de produção. O capital, desvalorizado, pode ser comprado barato. É um período em que há taxas de juros mais baixas, além de desemprego, estagnação ou redução salarial, compensando, em parte, os preços mais

---

[8] Para Chesnais (2005, p. 40) a titulização é entendida como a "conversão de dívidas contratuais em dívidas mobiliárias negociáveis nos mercados financeiros internacionais".

[9] Para Chesnais (2005, p. 55): "Os assalariados foram às verdadeiras vítimas da chegada dos proprietários-acionistas".

baixos. A confiança no sistema de crédito é abalada, enquanto a demanda por capital de empréstimo é reduzida em função das expectativas pessimistas com relação às receitas futuras. O dinheiro é usado principalmente para medir valores e remover o capital fictício irrelevante da economia. Os produtores que resistem a esse período conseguem, em geral, alcançar uma posição forte de liquidez.

A fase de recuperação inicia quando há a liquidação de grande parte dos estoques excedentes, provocando um aumento nos preços. Esse cenário, aliado à manutenção dos salários baixos, permite um maior lucro das empresas consolidadas. Com a forte posição de liquidez das empresas que sobreviveram ao período de estagnação, há uma expansão cautelosa nos negócios. É um estágio no qual a quantidade de capital fictício aumenta, mas sem constituir ameaça à preservação de uma sólida base monetária (HARVEY, 2013).

A confiança no sistema econômico é recuperada na fase seguinte, de expansão baseada no crédito. Nesta fase, há expansão do emprego, aumento dos salários e das receitas, com expectativas positivas em relação às receitas futuras de todos os tipos. Entretanto, começam a ocorrer desequilíbrios na capacidade produtiva e os capitalistas industriais, incapazes de financiar seus próprios investimentos e estender o crédito uns aos outros (visto terem esgotado suas reservas de dinheiro vivo) são obrigados a recorrer ao sistema de crédito que, a partir de então, torna-se o coordenador geral da produção e da troca de mercadorias (HARVEY, 2013).

A quantidade de capital fictício se move consistentemente à frente da acumulação real. Ocorre o acirramento da competição por fundos de empréstimo e a taxa de juros começa a subir. É um momento onde ocorre considerável expansão do capital fixo e a abertura de novas empresas. Isso requer ainda mais capital de empréstimo e coloca a indústria ainda mais fortemente a serviço do capital monetário. Os industriais, agora, passam a competir por fundos com os especuladores imobiliários, os corretores de ações e os negociantes da dívida do governo (HARVEY, 2013).

A quarta fase do processo de acumulação apresentado por Harvey (2013) diz respeito à febre especulativa. Os altos salários começam a interferir na acumulação, ao passo que o aumento nas taxas de juros também afeta o lucro da empresa. Nesse cenário de febre especulativa, evidenciam-se profundas perturbações do equilíbrio, com gradativas desproporcionalidades entre os setores. O disfarce dos *crashes* só pode ser obtido pela acumulação de capital fictício. Dessa forma, é apenas uma questão de tempo para o estouro da bolha especulativa.

A última fase é a do *crash*. Harvey (2013) sintetiza esse processo, esclarecendo que há um excessivo aumento da taxa de juros e um abalo da confiança nas formas fictícias do capital. “A cadeia de pagamentos estendida se rompe e a circulação de capital fica momentaneamente fragmentada em milhares de peças desconexas.” (HARVEY, 2013, p. 398). Essa interrupção na circulação de capital de mercadoria faz do dinheiro a única forma segura de riqueza. Torna-se disponível, assim, uma superabundância de capital industrial, de uma forma em que ele não pode desempenhar suas funções (torna-se mercadoria invendável). Além disso, o capital fixo se torna ocioso, devido à estagnação, matérias-primas se acumulam, fábricas são fechadas. Em relação aos trabalhadores, há desemprego e forte queda da taxa salarial, conforme esclarece o autor:

> A desvalorização do capital – e do trabalhador – prossegue rapidamente. Os capitalistas procuram permanecer vivos devorando uns aos outros. O trabalhador também é sacrificado no altar da irracionalidade que está na base do capitalismo. A crise, como o racionalizador irracional do sistema econômico, abre um caminho amargo no panorama econômico da sociedade capitalista (HARVEY, 2013, p. 398).

Dessa forma, quanto maior o peso do financiamento, mais a economia será desestabilizada. Sendo assim, como devemos entender a natureza dessa instabilidade financeira?

A partir dos argumentos de Carcanholo e Nakatani (1999), podemos afirmar que o predomínio do capital fictício, entendido como um capital especulativo e parasitário, só pode prevalecer durante um período. É marcado, de um lado, por profundas e recorrentes crises financeiras e, de outro, por uma inédita polarização determinada por grandiosa riqueza material ao lado de profunda e crescente miséria em grande parte do mundo.

Assim, a partir dessas fases, compreendemos que sob o domínio do capital portador de juros o movimento do capital forçou a formação de crises produzidas pela recorrente geração de bolhas de ativos. Há a valorização do capital portador de juros, o qual assume o seu caráter de exterioridade à produção, comandando essa produção e produzindo ainda mais desigualdades (MENDES, 2012). Dessa forma, sintetizamos os argumentos a partir da compreensão de que no sistema capitalista contemporâneo impera um processo de mundialização financeira por meio da lógica da especulação, via capital portador de juros. Essa lógica afeta os sistemas econômicos nacionais e, consequentemente, provoca, como veremos, sérios desafios no âmbito da saúde pública brasileira.

Partimos da discussão sobre o capital industrial, comercial e financeiro. Este último, acrescentamos, tem reinado desde os anos 1980, quando assume a forma de capital portador

de juros e, parasitariamente, de capital fictício. Esse processo de mundialização financeira promove impactos nos países, na medida em que estes, abertos mundialmente, não encontram alternativas a não ser a de aderir à lógica financeira em um processo que culmina em sérios endividamentos e no qual os juros da dívida pública abocanham grande parte do orçamento. Esse processo associa-se umbilicalmente à dificuldade do Estado em financiar a saúde pública. As páginas seguintes deste texto destinam-se à compressão mais aprofundada desse processo de crise do capitalismo contemporâneo e seus reflexos mais fundamentais para a saúde pública.

1.1.2 A Dinâmica das Crises Financeiras Contemporâneas

A intenção na seção que se inicia é a de assegurar a compreensão do papel central desempenhado pelas finanças na dinâmica da crise do capitalismo contemporâneo. Para isso, estabelecemos como marco temporal inicial o regime fordista, período no qual se estabelece a expansão industrial, a flexibilização da produção e o processo de globalização[10]. Esse regime começa a dar sinais de crise a partir dos anos 1970, com o processo de financeirização já discutido na seção anterior. De lá pra cá, assistimos ao início de uma crise econômica mundial de longo prazo, caracterizada por um sistema financeiro global instável, desequilibrado, o qual promove um desenvolvimento econômico impulsionado por bolhas financeiras. Nas páginas seguintes, à luz da literatura marxista, veremos esse processo com o detalhamento necessário.

Inicialmente, discutimos o período fordista à luz de autores como Mascaro (2013) e Harvey (2013; 2014). Para Mascaro, o fordismo foi um período específico do capitalismo do século XX, situado entre o pós-Segunda Guerra Mundial e as crises da década de 1970, com raízes nos Estados Unidos, especialmente. O autor estabelece que algumas das características econômicas básicas do regime fordista remontam ao período anterior, mas o completo estabelecimento de seu sistema de funcionamento se dá no “calor” da Segunda Guerra Mundial. Para Harvey (2014), entretanto, a data de início do regime fordista corresponde ao ano de 1914, correspondendo ao início da Primeira Guerra Mundial. Para a análise aqui empreendida, alinhamo-nos ao pensamento de Harvey.

[10] Para Carchedi e Roberts (2013), o capitalismo tornou-se verdadeiramente global no final do século XX.

O símbolo da implantação do regime fordista é a indústria automobilística Ford. Com base no taylorismo[11], são implantados mecanismos universais para um trabalho que, gradativamente, torna-se cada vez mais indiferenciado. Nesse sentido, Mascaro (2013) entende haver uma tendência a se considerar menos necessárias a experiência prévia e a qualificação intrínseca dos trabalhadores em um universo no qual as atividades de trabalho são previamente estabelecidas e o controle intensificado.

Na visão de Henry Ford, entende Harvey (2014), a produção de massa significava consumo de massa, portanto, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada e modernista. O dia de oito horas e cinco dólares estabelecido pelo regime fordista destinava-se a dois propósitos: à disciplina necessária por parte do trabalhador para a operação do sistema de linha de montagem de alta produtividade mas, também, a dar a esses trabalhadores renda e tempo de lazer suficientes para que pudessem consumir os produtos produzidos em massa. Entretanto, para que esses trabalhadores soubessem como gastar seu dinheiro adequadamente era necessário que houvesse um processo de mudança de hábitos e atitudes.

Nesse sentido, é importante destacar a atuação dos movimentos coletivos e do Estado no contexto do regime fordista, bem como as transformações nas formas costumeiras de vida. Mascaro (2013, p. 119) esclarece essas questões:

> O regime fordista se assenta numa ampla coesão social e política interna, forjando mecanismos de negociação coletivos. Sindicatos, entidades empresariais, organizações de seguridade social e, em especial, o Estado são os agentes principais dessa dinâmica política e econômica. Além disso, o fordismo se implanta como uma nova estruturação da própria vida social. Formas costumeiras de vida são rapidamente transformadas, nichos sociais e econômicos pré-capitalistas ou na borda do sistema são alterados e inseridos no mercado de trabalho assalariado e de consumo. Mesmo o núcleo familiar passa a ser, a partir daí, uma unidade de trabalho e consumo. No plano ideológico, o fordismo estabelece uma crença no progresso dentro do próprio capitalismo, na expectativa de que, por meio da intervenção estatal, as crises e contradições do capital se apaziguassem e as classes trabalhadoras pudessem, crescentemente, galgar melhorias em sua condição econômica.

Se considerarmos o período entre guerras, a partir dos argumentos de Harvey (2014), observamos que o fordismo sofre dois impedimentos. O primeiro relaciona-se à difícil aceitação, devido ao estado das relações de classe no mundo capitalista, de um sistema de produção apoiado na familiarização do trabalhador com longas horas de trabalho rotinizado e no qual havia pouco controle sobre o projeto, o ritmo e a organização do processo produtivo. A outra dificuldade derivou dos mecanismos de intervenção do Estado. Para atender aos

[11] Concepção de produção baseada em um método científico de organização do trabalho, desenvolvida pelo engenheiro americano Frederick W. Taylor. Nessa concepção, o trabalho industrial torna-se fragmentado, pois cada trabalhador passa a exercer uma atividade específica no sistema industrial. A organização é hierarquizada e sistematizada e o tempo de produção passa a ser cronometrado.

requisitos do modo de produção fordista, foi necessário o estabelecimento de um novo modelo de regulamentação.

Nesse ponto, importa considerar que a produção por metas, a rotinização (e como veremos, a fragmentação e o produtivismo) são pré-capital financeiro, ou seja, a perspectiva mecanicista antecede ao capital financeiro. Ocorre que o capital financeiro acentua e intensifica essas questões. As condições que originam o modo de desenvolvimento fordista sofrem importantes alterações a partir dos anos 1970. A partir daquele ano, alguma coisa significativa mudou no modo de funcionamento do capitalismo. O padrão social fordista entra em crise e perde seu impulso, abalado por sua série de dinâmicas estruturais que terminaram por ocasionar específicas combinações sociais, evidenciando as contradições do tipo de capitalismo fordista (MASCARO, 2013).

No plano econômico, a década de 1970 foi marcada pela tendência de diminuição da taxa de lucros nas atividades capitalistas. Para Mascaro (2013), o modelo fordista exibia uma crise na sua própria dinâmica estrutural. Com relativa interferência estatal, a economia fordista dependia de mecanismos relacionados ao investimento, distribuição de renda, controle salarial e formação de infraestrutura. Com isso, a regulação do Estado acabava por impor ao capital redução nas taxas de lucro.

Nesse processo de desestabilização do regime fordista, os Estados Unidos desempenham um papel fundamental. A partir da ruptura do padrão ouro-dólar tem início uma nova fase no processo de acumulação fortemente centrada nas finanças. Com a nova dinâmica do dólar, ocorre um processo de desestabilização do sistema financeiro internacional, provocando especulação nas taxas de câmbio, dinâmica desenfreada do crédito monetário, inflação e estagnação produtiva, ou seja, nas palavras de Harvey (2014), “estagflação”[12]. A lucratividade financeira passa a ter um papel central e as empresas multinacionais, cada vez mais proeminentes, submetem a lógica da produção à exploração do máximo de possibilidades de lucro, desvinculando a produção e o investimento de padrões regulatórios que viessem a promover o crescimento econômico ou manter as condições salariais e de consumo suficientes. A regulação fordista, portanto, entra em crise estrutural[13].

---

[12] Harvey (2014) define a estagflação como a estagnação da produção de bens e alta da inflação de preços, que tem como consequência uma combinação maligna de aceleração da inflação e desemprego em massa.

[13] No entendimento de Mascaro (2013), crises estruturais são aquelas que comprometem a própria reprodução econômica geral do capitalismo. Elas envolvem descontinuidades no regime de acumulação e insuficiências nos modos de regulação, bem como contradições profundas entre acumulação e regulação, de tal sorte que não haja dinâmica econômica que ocasione transformações políticas, institucionais e sociais, tampouco peso estatal e social suficiente para alterar o modelo econômico.

Dessa forma, depreendemos que a crise começa nos Estados Unidos. Através da política do dólar, o país começa, a partir dos anos 1980, a exportar a crise para outros países. Ou seja, a crise começa forte no final dos anos 1970 e a solução encontrada foi a de estabelecer uma política monetária que a exportasse, subindo a taxa de juros. A gravidade dessa crise é ressaltada por Mészáros (2012, p. 16):

> Assim, a época da *crise estrutural* do sistema do capital, ao contrário das *crises conjunturais do capitalismo* antes enfrentadas e mais facilmente superadas, traz consigo as consequências mais radicais para nosso presente e futuro. Assim, diante do fato de que está em jogo nada menos do que a viabilidade continuada (ou não) das *forças sistêmicas* hoje dominantes, mas crescentemente destrutivas, somente uma *mudança* verdadeiramente *fundamental* resolverá a crescente crise estrutural do modo atual de reprodução sociometabólica.

Como consequência desse processo, ocorre maior fragilidade da condição econômica dos indivíduos, os quais passam a ser submetidos a uma situação mais acentuada de concorrência nas condições de trabalho. Paralelo a isso, a política estatal passa a favorecer a facilitação da entrada de capitais financeiros. Assim, entende Mascaro (2013, p. 122), o "planejamento de tipo fordista cede lugar a políticas neoliberais de redução da taxação dos fluxos especulativos". Nesse contexto, os estados nacionais começam a apresentar dificuldades em sustentar uma reprodução econômica de bem-estar social.

Sobre esse tema, consideramos oportuno apresentar algumas impressões trazidas por Castel (2010). Em referência aos anos 1970, o autor nos traz uma importante contribuição relacionada à insegurança frente às grandes transformações contemporâneas. Para ele, o advento do novo regime capitalista pós-industrial traz consigo um processo de descoletivização ou de re-individualização. Tem-se, a partir de então, processos relacionados à individualização de tarefas, ampliação de contratos temporários e terceirização em larga escala[14]. Os antigos coletivos de trabalho não funcionam e os trabalhadores passam a competir uns com os outros, o que traz efeitos profundamente desestruturantes sobre a solidariedade. As carreiras profissionais se tornam descontínuas e deixam de estar inseridas nos regulamentos coletivos de emprego estável.

Estabelecem-se, ainda, dois tipos de indivíduos: um indivíduo negativo, a que Castel chama de "indivíduo por defeito", para o qual são destinadas formas inferiores de proteção. Não possui trabalho, proteção e bens, além de não dispor dos apoios necessários para o mínimo de interdependência social. Por outro lado, temos um indivíduo positivo, o "indivíduo

[14] Essa política se estende até os dias atuais. Como exemplo, no Brasil, podemos citar o Projeto de Lei 4.330/2004, que regulamenta os contratos de terceirização na perspectiva de haver a permissão para terceirizar qualquer atividade.

por excesso" com perda de uma noção de vida em sociedade, tendendo a aderir à racionalidade do individualismo. Constrói-se, então, uma "sociedade dos indivíduos" na expressão utilizada por Norbert Elias, na qual ambos os indivíduos são problemáticos na sua relação com a sociedade[15].

Sobre esses aspectos, Harvey (2014) acrescenta as desigualdades proporcionadas pelo sistema fordista, impulsionadoras de um processo de insatisfação por parte de segmentos sociais. Essas desigualdades, entende o autor, provocaram fortes tensões e movimentos sociais representados pelas camadas da população que não possuíam acesso ao emprego privilegiado da produção de massa fordista e, consequentemente, ao consumo de massa[16]. Isso produziu insatisfação e encadeou um processo de descoberta de uma terrível pobreza e de consolidação de importantes movimentos de descontentamento com os supostos benefícios do regime fordista.

No que se refere a esse entendimento, Mészáros (2012, p. 17) esclarece que os anos 1970 estavam submersos em um desenvolvimento perigoso no mundo do trabalho, pouco tempo depois caracterizado como "desemprego estrutural". O autor acrescenta: "Desde aqueles dias, que hoje estão a não menos de três ou quatro décadas, esse problema foi ainda mais agravado, em vez de solucionado, conforme repetidas promessas e expectativas".

Mesmo com os descontentamentos e tensões, o regime fordista manteve-se firme até o início dos anos 1970. Para Harvey (2014) foi a partir da aguda recessão de 1973 que tem início um processo de transição para um regime de acumulação. Agravada pelo choque do petróleo[17], a recessão de 1973 retirou o mundo capitalista da inércia da "estagflação", no dizer de Harvey, pondo em movimento um processo que abalou os fundamentos do compromisso fordista. O resultado desse cenário foi um processo de reestruturação econômica e de reajustamento social e político nas décadas de 1970 e 1980, os quais provocaram uma série de novas experiências no campo da organização industrial e da vida social e política. Para Harvey (2014), essas experiências podem sinalizar os primeiros movimentos da passagem para um regime de acumulação totalmente novo, relacionado com um distinto sistema de regulamentação política e social gerador de impactos na saúde.

---

[15] Para Castel (2010), vê-se uma zona híbrida da vida social entre trabalho e não-trabalho, seguridade e assistência, integração e desfiliação, onde estão faltando as condições para construir a independência econômica e social.

[16] A raça, o gênero e a origem étnica eram determinantes dessa exclusão.

[17] O choque do petróleo ocorre quando os países do Oriente Médio descobrem, em 1973, que o petróleo é um bem não renovável. Os produtores, então, diminuíram a produção, elevando consideravelmente o preço do barril.

As dificuldades do fordismo de conter as contradições inerentes ao capitalismo durante o período de 1965 a 1973 podem ser compreendidas a partir da rigidez do regime. Todas as tentativas realizadas para superar os problemas decorrentes da rigidez colidiam com o poder da classe trabalhadora, como observamos em Harvey (2014, p.135-136):

> A rigidez dos compromissos do Estado foi se intensificando à medida que programas de assistência (seguridade social, direitos de pensão etc.) aumentavam sob pressão para manter a legitimidade num momento em que a rigidez na produção restringia expansões da base fiscal para gastos públicos. O único instrumento de resposta flexível estava na política monetária, na capacidade de imprimir moeda em qualquer montante que parecesse necessário para manter a economia estável. E, assim, começou a onda inflacionária que acabaria por afundar a expansão do pós-guerra.

Portanto, a partir dos anos 1960, em especial, assistimos a uma crise estrutural do capitalismo com base em duas tendências principais articuladas entre si: a primeira refere-se à tendência de declínio da taxa de lucro nas economias capitalistas, ressaltando-se a norte-americana. A segunda relaciona-se ao caminho adotado pelo sistema capitalista para responder à queda da taxa de lucro, representado pela financeirização, na qual o capital financeiro, na sua forma de capital fictício, ocupa a liderança na dinâmica do capitalismo contemporâneo (MENDES, 2015a). Parte-se da ideia de que, com a queda constante na taxa de lucro ocorre uma crise de superacumulação explicada pela ausência de lucros (e não pela insuficiência da demanda efetiva)[18]. A solução encontrada, nesse sentido, relaciona-se à migração para o mercado financeiro.

A posição de que a crise eclodiu a partir do declínio na taxa de lucro é defendida, na literatura marxista, por expoentes como Alex Callinicos e Andrew Kliman. Ou seja, para essa corrente de pensamento, a taxa de lucro é a variável-chave para a compreensão do movimento da economia capitalista moderna. Nesse quadro, Carchedi e Roberts (2013) analisam os movimentos da queda das taxas de lucros a partir da Segunda Guerra Mundial. Ao tomarem como referência os Estados Unidos, demonstram que a taxa de lucro vem caindo desde meados dos anos 1950. Essa taxa de lucro não se moveu em uma linha reta. Depois da guerra, ela subiu, mas voltou a diminuir na chamada Idade de Ouro (1948 a 1965). A rentabilidade continuou a cair, também de 1965 a 1982.

Nessa mesma linha estão os argumentos de Kliman, os quais são explicitados por Prado (2012) em suas notas. Seus estudos corroboram com o entendimento de Carchedi e

---

[18] Para Harvey (2014, p. 170), a "tendência de superacumulação nunca pode ser eliminada sob o capitalismo. Trata-se de um interminável e eterno problema de todo o modo capitalista de produção. A única questão, portanto, é como exprimir, conter, absorver ou administrar essa tendência de maneiras que não ameacem a ordem social capitalista".

Roberts (2013), no sentido de que houve na economia dos Estados Unidos, em todo o pós-guerra, uma tendência persistente de queda da taxa de lucro[19]. Para Kliman, depois da Segunda Guerra Mundial houve um processo de recuperação da lucratividade. Presenciou-se um *boom* de acumulação e crescimento econômico que durou em torno de 25 anos, resultado da enorme destruição de ativos ocorrida antes e durante os anos de guerra. Entretanto, no curso dos anos pós-confronto, observou-se que, conforme o capital era acumulado, a taxa de juros declinava.

Como consequência, houve perda progressiva do crescimento econômico. Para que a taxa de lucro não caísse de forma persistente, seria necessário haver uma destruição maciça do capital acumulado durante os períodos de crescimento e de *boom*. Uma destruição que envolveria o capital na forma de ativo fixo, mas, também, em sua forma financeira. Como isso não ocorreu, a queda persistente da taxa de lucro produziu uma queda persistente da taxa de acumulação de capital.

Reforçam esse argumento Marques e Nakatani (2011), ao afirmarem que, com o esgotamento da capacidade do sistema fordista em assegurar uma taxa de lucro crescente, o capital começa a utilizar diversas estratégias para recompô-la. A precarização do trabalho, a redução dos salários, a introdução acelerada de novas tecnologias, a transferência de plantas para onde os salários são menores são algumas das estratégias utilizadas.

Essa crise capitalista, explica Callinicos (2010), pode ser analisada a partir de três perspectivas alternativas: a keynesiana, a liberal clássica e a marxista. Comum às abordagens keynesiana e marxista é a compreensão de que o dinheiro é importante. Isso, para o autor, é fundamentalmente diferente do tratamento de dinheiro tanto na economia política clássica de David Ricardo, quanto na ortodoxia neoclássica, que se expressa por Joseph Schumpeter. A perspectiva keynesiana[20] em crises financeiras é apresentada por Callinicos a partir da obra de Hyman Minsky. Assim como Marx, Keynes e Minsky veem a acumulação de capital como uma das características definidoras de uma economia capitalista moderna.

---

[19] Para Carchedi e Roberts (2013), o movimento do capitalismo é sujeito a ciclos recorrentes de *booms* e recessões que destroem grande parte do valor criado anteriormente. Portanto, a chave para entender a sequência de altos e baixos é o movimento da taxa de lucro.

[20] Nessa perspectiva, Carchedi e Roberts (2013) esclarecem que os keynesianos não reconhecem o lucro, e muito menos a taxa média de lucro na economia capitalista como a variável-chave. Como a teoria neoclássica, eles começam com o conceito de que a produção capitalista é para o consumo e não o lucro. Consumo leva ao investimento na produção. Assim, as variáveis-chave para os keynesianos são o consumo e os investimentos. Nessa mesma linha, os autores analisam que a crise não ocorreu devido a uma falta de demanda efetiva, mas seguiu a lei marxista de rentabilidade, mesmo se o estopim para a queda foi no setor financeiro. Dessa forma, entendem que a resposta keynesiana para solucionar a crise é falha porque assume que a dinâmica do sistema depende do consumo e não da rentabilidade.

Para Callinicos (2010), Minsky argumenta que a incerteza é, em grande parte, uma questão de lidar hoje com um futuro que, por sua própria natureza, é altamente conjectural. A forma fundamental de incerteza decorre do fato de a instabilidade ser uma falha inerente e inevitável do capitalismo e ser a causa da maneira com que as empresas se tornaram vulneráveis através de como arrecadam dinheiro para financiar seus investimentos. Desse modo, Misnky distingue três formas de financiamento: o financiamento de *hedge*, no qual o empréstimo pode ser coberto pelo lucro real ou esperado; a finança especulativa, em que as dívidas não são pagas, mas são roladas; e finanças ponzi[21], em que é necessário um endividamento adicional para cobrir as dívidas existentes. Cada forma de financiamento é, respectivamente, mais vulnerável que a anterior.

A segunda perspectiva sobre as crises capitalistas apresentada por Callinicos (2010) é oferecida na análise liberal clássica fornecida por Friedrich Von Hayek, a partir da relação entre investimento e crédito. Hayek rejeita a ortodoxia neoclássica que o dinheiro não importa. Assim, ele entende que, sob as condições existentes, o dinheiro vai sempre exercer uma influência determinante sobre o curso dos acontecimentos econômicos e que, portanto, nenhuma análise dos fenômenos econômicos real é completa se o papel desempenhado pelo dinheiro é negligenciado. Entende que o processo de expansão puxado por crédito, eventualmente, torna-se insustentável, mesmo que apenas por causa da "ascensão rápida e contínua dos preços" que ele gera. Assim, como Keynes e Minsky, Hayek acredita que o sistema de crédito gera *booms* desestabilizadores. Porém, ao contrário deles, acha que o Estado não deve fazer nada para impedir os *boons*, além de moderar a expansão do crédito (CALLINICOS, 2010).

A perspectiva marxista de análise da crise capitalista enfatizada por Callinicos desenvolve-se a partir dos argumentos de David Harvey[22]. Callinicos explicita a ideia de Marx, para a qual o capitalismo é impulsionado por um processo de acumulação competitiva. Capitais individuais buscam realizar expressivos lucros, investindo em inovações tecnológicas que reduzam seus custos de produção abaixo da média e, assim, como consequência, acabam por prejudicar os concorrentes. Como efeito, há o aumento da composição orgânica do

[21] A condição Ponzi é de insolvência: o devedor não tem recursos sequer para financiar os juros da sua dívida. Através do aumento da fragilidade financeira o devedor passa da condição de “hedge”, para “especulativa” e, finalmente, para “ponzi”.

[22] Neste estudo, os argumentos de Harvey (2013, 2014) são referências para a discussão sobre a crise do capitalismo contemporâneo.

capital, ou seja, a relação entre o capital constante e capital variável[23]. A crescente composição orgânica do capital significa que o investimento total está crescendo mais rapidamente do que a parcela variável dedicada ao salário/trabalho. Por isso, a taxa de lucro cai, aqui entendida como a proporção de mais-valia ao capital total (capital variável, além de constante). Se, por exemplo, a taxa de exploração sobe, aumentando, assim, a quantidade total de mais-valia, ou se o capital é reduzido em valor ou preço ou uma parte dele está fisicamente destruída, então, o efeito de uma composição orgânica crescente de capital será parcial ou totalmente neutralizado e a taxa de lucro não vai cair ou pode até aumentar.

Este argumento sublinha que as crises econômicas representam, para Marx, não o colapso final do capitalismo, mas episódios que são, em algum grau, funcionais para o sistema. O aumento do desemprego facilita que se force a taxa de exploração, enquanto falências representam a destruição do capital, aumentando as oportunidades lucrativas para as firmas sobreviventes. Daí, as crises acabam por desencadear as forças que permitem a restauração da rentabilidade e do crescimento (CALLINICOS, 2010). Dessa forma, a economia política marxista oferece a possibilidade de integrar esta análise, que se baseia em uma teoria das contradições inerentes ao processo de produção capitalista, com as instabilidades introduzidas pelos mercados financeiros.

Se Callinicos (2010) nos apresenta essas três perspectivas é para mostrar que a atual crise econômica e financeira é o resultado de uma crise muito mais profunda. O que começou como a crise relacionada ao crédito de risco se transformou em algo que vai muito além dos mercados financeiros, uma vez que tem gerado uma crise econômica mundial.

Mas se os efeitos da crise se espalharam profundamente na economia real, quais foram as suas causas? No espírito de Marx e Harvey, Callinicos (2010) defende que estamos confrontados com uma crise econômica que expõe as profundezas das contradições em todo o processo de acumulação de capital e não apenas, como Keynes e Minsky afirmam, as disfunções dos mercados financeiros. Este argumento exige, como Harvey sugere, uma visão mais integrada das relações entre os fenômenos financeiros e as dinâmicas de produção. Portanto, para Callinicos, uma análise aprofundada da atual crise nos obriga a distinguir três dimensões: uma crise de longo prazo de superacumulação e rentabilidade; um sistema financeiro global que é cronicamente instável e estruturalmente desequilibrado; e uma

[23] O capital constante é o que se investe na compra de máquinas e matérias primas. É chamado de constante porque nem as máquinas nem as matérias primas criam, sozinhas, um valor novo. O capital variável, por sua vez, é o que é investido na contratação de mão de obra, nos salários dos trabalhadores.

crescente dependência de bolhas de crédito para sustentar a expansão econômica. Vamos explorar cada uma dessas dimensões.

Primeiramente, convém destacar ser uma crise de longo prazo de superacumulação e de rentabilidade. Para Callinicos (2010), os níveis muito elevados de despesas militares que tanto os Estados Unidos quanto a União Soviética mantiveram no auge da Guerra Fria, entre os anos 1950 e 1960, garantiram a rentabilidade alta até o momento em que a administração Nixon passa a cortar gastos com armas, no final da década de 1960. Após 1973, temos visto padrões crônicos de instabilidade econômica e financeira, refletindo o fracasso do capital para superar a crise de superacumulação e de rentabilidade.

Para resolver uma crise como essa, seria necessário forçar o aumento da taxa de exploração (com os trabalhadores se submetendo a salários mais baixos, mais horas de trabalho e a piores condições) e eliminar capital relativamente inútil (destruição dos bens físicos, bem como a redução do seu valor monetário). Os efeitos destes processos seriam tanto para aumentar a massa de lucros, quanto para reduzir a quantidade de capital, fazendo com que a taxa de lucro subisse. Eles implicam considerável reestruturação e reorganização do capital. Para uma extensão maior, o neoliberalismo representou o quadro político e ideológico no qual tal reestruturação ocorreu. Este correspondeu a uma tentativa de resposta da classe dominante para a crise.

Sobre o modelo neoliberal, o seu conceito e o seu modo de funcionamento podem ser obtidos por meio de autores como Mascaro (2013) e Carchedi e Roberts (2013). Mascaro entende o neoliberalismo como a manifestação de um modo de regulação que toma forma a partir da década de 1980, no mesmo momento em que há um regime massisso de acumulação de capitais financeiros internacionalizados. Na era neoliberal, destacam Carchedi e Roberts, o capitalismo conseguiu obter ampla exploração da força de trabalho em escala global, bem como realizar a especulação em setores improdutivos (particularmente o imobiliário e o de capital financeiro). Essas políticas econômicas neoliberais, entende Mendes (2015a), obtiveram várias conquistas, entretanto, não conseguiram recuperar a taxa de lucro, mantendo-a limitada.

Nesse quadro neoliberal é que se encontram as políticas econômicas promotoras de desregulamentação e de abertura financeira de Margaret Thatcher e de Ronald Reagan. Nelas, a massa de riqueza à procura de valorização e que não passa pelo circuito da produção encontra espaço. É justamente nesses países (Inglaterra e Estados Unidos, respectivamente) que as políticas neoliberais começam a se consolidar, promovidas por uma ideologia das

classes rentistas em defesa dos espaços do mercado livre para o ganho fácil da finança especulativa (MENDES, 2015a).

Ainda nesse aspecto, Prado (2012) nos esclarece que a burguesia passa a culpar o keynesianismo pelo fracasso da política econômica em restaurar o crescimento econômico. Para restaurar esse crescimento, se lança em uma ofensiva de classe com o propósito de mudar o regime de acumulação. Como resultado, consegue tanto revitalizar a sua hegemonia ideológica, quanto impor perdas econômicas aos trabalhadores por meio do modelo neoliberal.

As subidas das taxas de juro e do aumento associado nas taxas de câmbio do dólar e da libra esterlina tiveram um impacto global profundo. Externamente, os estados do Terceiro Mundo que haviam sido incentivados por bancos ocidentais para emprestar durante a década de 1970 foram confrontados com crescentes dívidas e pagamentos de juros. Esse cenário criou condições favoráveis para a exportação de políticas neoliberais. O Consenso de Washington começou a se cristalizar[24]. Internamente, nos Estados Unidos, a virada para o neoliberalismo, em meio à recessão global de 1979-82, ajudou a forçar uma contração e uma reorganização da indústria de transformação, em especial, envolvendo confrontos com grupos de trabalhadores organizados, que sofreram uma série de derrotas devastadoras. Na Grã-Bretanha este processo culminou com a greve dos mineradores de 1984-5. Apesar da pressão sobre a produtividade e os salários reais, a taxa de lucro não retornou aos níveis de 1950 e 1960 (CALLINICOS, 2010).

Para driblar a crise, o capital procurou deslocá-la por meio de um ajuste espacial na busca por novos locais para investimentos. Como exemplo dessa reorganização espacial da economia mundial, verificamos o surgimento da Ásia Oriental como a zona mais dinâmica do capitalismo global[25]. Nesse intenso processo de reestruturação capitalista ao longo do período neoliberal, criou-se uma nova reconfiguração sócio-espacial do capital e uma nova, desigual e volátil onda de expansão capitalista, sobretudo na Ásia. Dessa forma, temos a segunda dimensão da atual crise, representada por um sistema financeiro global instável e

---

[24] O “Consenso de Washington” foi um documento aprovado na reunião de cúpula de alto-nível, realizada em Washington por iniciativa do pesquisador sênior do *Institute for International Economics*, John Williamson, em novembro de 1989. Como resultado da reunião, foram aprovadas medidas defendidas pelo Tesouro Americano, o FMI e o Banco Mundial. Pelo documento foi proposta a adoção de novo modelo econômico, correspondendo às Reformas do Estado, Fiscal e Econômica, incluindo, ainda, ampla política de privatização e flexibilização da Previdência (GADELHA, 2010).

[25] Entre 1970 e 1980, o Japão juntou-se a grupo dos "Quatro tigres" (Coréia do Sul, Taiwan, Hong Kong e Cingapura) como novos centros de acumulação de capital. Mais recentemente, verificamos a ascensão da China como uma grande plataforma para a produção e exportação de bens manufaturados (CALLINICOS, 2010).

desequilibrado. Nesta, há a sujeição das economias nacionais à disciplina dos mercados financeiros globais (CALLINICOS, 2010).

Nesse sentido, Callinicos (2010) nos alerta sobre a importância geopolítica da liberalização financeira. O autor parte da quebra do vínculo com o ouro em agosto de 1971 pela administração Nixon, para esclarecer que essa ruptura com o ouro não representou o abandono da hegemonia financeira global. Pelo contrário, confrontado com empresas industriais rivais no Japão e na Alemanha Ocidental, a administração Nixon desenvolveu uma nova estratégia baseada na exploração da posição do dólar como a principal moeda de reserva internacional em um mundo de taxas de câmbio flutuantes, na perspectiva de manter a competitividade das empresas americanas, mas também de consolidar a supremacia financeira.

No curto prazo, os Estados Unidos viram nos movimentos especulativos de capitais um instrumento central na estratégia do país em incentivar a absorção, por parte dos países estrangeiros, da carga de ajustamento necessário para corrigir os grandes déficits em conta corrente do país. A posição do dólar como moeda mundial, por exemplo, seria preservada e reforçada em um sistema financeiro aberto, porque o mercado financeiro dos Estados Unidos ainda seria o mais atraente para os investidores privados e públicos. Esse processo foi fundamental para que se chegasse ao que Callinicos chama de última dimensão na crise, representada pelo crescimento econômico cada vez mais impulsionado por bolhas financeiras.

A crise, que era financeira, transforma-se em uma crise econômica geral. Inicialmente, pensa-se que a China e o resto da Ásia podem, de alguma forma, manter a economia mundial em crescimento, apesar da crise. Isto provou ser mera fantasia, na medida em que a recessão americana, que começou no final de 2007, afetou as grandes economias industriais e comerciais do mundo, a exemplo da Alemanha, Japão e China (CALLINICOS, 2010).

As alternativas construídas para superar essa crise em longo prazo envolveram o aumento da taxa de exploração do trabalho e uma desvalorização maciça de capital. A primeira alternativa não restaurou a taxa de lucro aos seus níveis de 1950 e 1960. Já a segunda, de desvalorização maciça de capital, foi bloqueada pela decisão de resgate aos bancos. Callinicos (2010) nos informa que os salvamentos dos bancos envolveram uma variedade de medidas diferentes, a exemplo das aplicações de capital para reconstruir o capital próprio, bem como a compra de bancos com problemas[26].

---

[26] Sobre isso, o autor nos informa que a administração Obama comprou cerca de US$ 1 ½ trilhão em títulos lastreados em hipotecas, em um esforço determinado para reduzir as taxas de hipoteca e, assim, ajudar a reverter a queda contínua dos preços das casas. Há o entendimento de que o presidente americano acabará por ser forçado

Alia-se a essas duas escolhas uma terceira estratégia para a saída da crise. Como vimos, a primeira refere-se à espoliação da classe trabalhadora, aumentando a taxa de exploração e obrigando os trabalhadores a aceitarem uma diminuição dos salários, promovendo condições mais precárias de trabalho. Outra forma do capitalismo se reerguer seria a de promover a desvalorização ou destruição de parte do estoque de capital, a ser realizada por meio de falências[27]. Aliada a essas estratégias temos uma terceira saída, na qual o capital busca novas linhas de produção[28].

No entendimento de autores marxistas, a principal estratégia para a economia sair da crise envolveria a desvalorização ou a destruição de estoques de capital, as quais promoveriam a elevação da taxa de lucro[29]. Entretanto, observamos a dificuldade de se tomar decisões nesse sentido. A crise se mantém e não há enfrentamentos diretos a ela. Geralmente, estes se concentram no aumento da taxa de exploração da classe trabalhadora[30].

Pelos argumentos apresentados por Carchedi e Roberts (2013), a causa da crise, em primeiro lugar, encontra-se no fracasso da produção capitalista para gerar lucro suficiente em relação ao capital investido. Então, o capital deve autodestruir-se para restaurar a lucratividade e começar tudo de novo. Isso significa que uma massa suficiente de capitais mais fracos não rentáveis deve ir à falência, tecnologias antigas devem ser substituídas por outras novas, mais eficientes e o desemprego suficiente deve ser gerado.

A crise em si deve criar a condição de sua própria solução, ou seja, a destruição de capital. Somente quando suficientes quantidades de capitais forem destruídas (por meio de falências), as unidades produtivas mais eficientes podem começar a produzir novamente em escala ampliada. Disso resulta que, se o impacto da crise for adiado, também se adia a sua recuperação. Nesse cenário, observamos que, apesar do aumento do número de empregos, a

---

a uma nacionalização muito mais extensa dos bancos para que possam ser devidamente reorganizados e recapitalizados. Dessa forma, ao se fazer o resgate dos bancos, estará se perdendo uma grande oportunidade para destruir uma expressiva quantidade de capital inútil.

[27] Essa "queima" de capital, que pode ser traduzida por falências, encontrou espaço durante os períodos da Primeira e Segunda Guerra Mundial. No Brasil, podemos citar como exemplo a queima do café brasileiro nos anos 1930.

[28] É o caso, por exemplo, da busca de novas linhas produtivas na China e em outros países do sudeste asiático.

[29] Ao raciocinar a partir dos argumentos de Andrew Kliman, Mendes (2015a) enfatiza que a economia dos Estados Unidos manteve-se instável e não se recuperou da crise dos anos 1970 pelo fato da destruição de capital ocorrida no início dos anos 1980 não ter sido suficiente para recuperar a lucratividade e o dinamismo econômico da economia capitalista norte americana.

[30] Pela corrente econômica keynesiana, o termo "saída da crise" corresponde ao momento no qual o emprego e o investimento são retomados. Entretanto, em termos marxistas, refere-se ao momento em que a produção de valor e de mais valia (via contratações e venda de mercadorias) permitem ao capital realizar sua apropriação. Apropriação esta que se assenta novamente sobre uma acumulação de equipamentos novos, sobre a criação de novas capacidades de produção. Dessa forma, são poucas as economias que, inseridas em relações de interdependência continuam, como a China, a usufruir de certa autonomia e onde a saída da crise é concebível ao nível da economia do estado-nação (CHESNAIS, 2012).

taxa de exploração também sobe muito. No cômputo geral, a melhora de curto prazo na produção, no emprego, no PIB e na balança comercial esconde os salários reais mais baixos e maior taxa de exploração do trabalho. Apesar das aparências, as consequências da desvalorização competitiva são negativas tanto para o capital como para o trabalho; se não imediatamente, em longo prazo (CARCHEDI e ROBERTS, 2013).

A crise segue deste então. Para Mendes (2015a), as políticas neoliberais não dão conta de restaurar a lucratividade. Entende que essas políticas promoveram uma pequena recuperação da taxa de lucro após a década de 1980, mas também reduziram os salários dos trabalhadores, impondo condições de trabalho mais precárias a se dar, principalmente, a partir da redução de gastos públicos sociais.

Nesse cenário, torna-se importante ao capital frear qualquer forma de organização trabalhista, visto que o acúmulo de trabalhadores em fábricas de larga escala sempre trouxe a ameaça de uma organização trabalhista mais forte. Portanto, fazia-se necessário o ataque político a elementos radicais do movimento operário. No fordismo, entende Harvey (2014), havia um controle do trabalho. As corporações aceitaram com relutância o poder sindical, na medida em que os sindicatos buscaram controlar seus membros e colaboraram com a administração em planos de aumento da produtividade em troca de ganhos de salário que estimulassem a demanda efetiva da maneira concebida por Ford. No entanto, nunca pode ser completamente superado o problema de acostumar o trabalhador a sistemas de trabalho rotinizados, inexpressivos e degradantes.

No fordismo, a partir do momento em que os sindicatos passam a servir interesses exclusivos de seus membros, eles começam a correr o risco de serem reduzidos por parte da opinião pública a grupos de interesses fragmentados, que visavam servir a si mesmos e não a objetivos gerais[31]. Havia problemas de divisão entre uma força de trabalho predominantemente branca, masculina e fortemente sindicalizada e “o resto”. Dessa forma, os sindicatos também passam a ser mais atacados a partir de fora, pelas minorias excluídas (HARVEY, 2014).

Com a passagem do fordismo para o que Harvey (2014) chama de regime de acumulação “flexível”, os poderes dos empregadores aumentam, na medida em que estes passam a exercer pressões mais fortes de controle do trabalho sobre uma força de trabalho enfraquecida, em grande parte, em função do aumento do desemprego.

[31] Para mais informações sobre o processo de fragmentação dos coletivos, ver Castel (2010).

Diante de um cenário de volatilidade do mercado, do enfraquecimento do poder sindical, do crescente número de desempregados e subempregados, os empregadores puderam impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. Esse processo de flexibilização do trabalho, entende Harvey (2014), pelo fato de ser, em algumas situações, mutuamente benéfico, não cria por si só uma insatisfação trabalhista forte. Entretanto, se considerados seus efeitos agregados, representados pela cobertura de seguro, direitos de pensão, níveis salariais, segurança no emprego, de modo algum podem ser positivos para a população trabalhadora como um todo. Esse arranjo de empregos flexíveis tem importantes efeitos sobre a saúde da população.

Para o referido autor, houve um esforço no sentido de "fabricar" um trabalhador adequado a um novo tipo de trabalho e de processo produtivo. Entende que foi longo o processo histórico de disciplinação dos assalariados para fins de acumulação do capital. Esse "controle do trabalho", na expressão do autor, tem se renovado a cada nova geração de trabalhadores que se incorporam à força de trabalho. Esse processo de disciplinação envolve elementos como repressão, familiarização, cooptação e cooperação, os quais devem se estender para além do trabalhador e atingir a sociedade como um todo. Isso porque "os novos métodos de trabalho 'são inseparáveis de um modo específico de viver e de pensar e sentir a vida'" (HARVEY 2014, p. 121). Como tendência dos mercados de trabalho, o autor nos alerta para a redução do número de trabalhadores "centrais" e para a utilização cada vez maior de uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos quando as coisas não estão boas para o capital.

No âmbito dos países do Terceiro Mundo, Harvey (2014) nos dá uma importante contribuição ao afirmar que o prometido processo de modernização que garantiria desenvolvimento e emancipação das necessidades, na prática, promoveu a destruição de culturas locais, opressão e numerosas formas de domínio capitalista em troca de ganhos sem importância em termos de padrão de vida e de serviços públicos, a não ser para uma elite que decidiu colaborar ativamente com o capital internacional.

O desenvolvimento capitalista pós anos 1930 e o processo de acumulação no Brasil são motivo de discussão por Oliveira (2013), na medida em que o autor argumenta que a Revolução de 1930 representa o fim de um ciclo marcado pela hegemonia agrário-exportadora e o início do predomínio da estrutura produtiva de base urbano-industrial. A partir de então, passa a ser introduzido no país um novo modelo de acumulação, distinto de forma qualitativa e quantitativa. Nesse contexto, as leis trabalhistas são parte de um conjunto

de medidas destinadas a instaurar esse novo modo de acumulação. Para isso, são convertidos enormes contingentes populacionais em "exército de reserva" adequado à reprodução do capital, tendo em vista duas razões em especial: de proporcionar, nas palavras de Oliveira (2013, p. 38), "o horizonte médio para o cálculo econômico empresarial, liberto do pesadelo de um mercado de concorrência perfeita". A outra razão consistia no fato da legislação trabalhista reduzir o preço da força de trabalho.

Nessa linha, Marques e Nakatani (2011) nos apontam o risco que permeia a economia brasileira devido a sua posição subordinada e dependente do sistema capitalista mundial. Por ser um dos maiores fornecedores de insumos produzidos ou extraídos dos fartos recursos naturais de que dispõe, o Brasil acaba por se tornar um grande receptor de capitais estrangeiros, seja na esfera produtiva ou em capitais especulativos. Nesse cenário, o país acaba por se tornar um grande produtor de juros, lucros e ganhos de capital para investimentos estrangeiros ou para capitais especulativos. Quando ocorre uma crise, adota-se o aumento da exploração da força de trabalho necessária para se manter o envio de excedentes para o exterior e, dessa forma, amenizar os efeitos da crise sobre a rentabilidade do capital. Para os referidos autores, a adoção e a manutenção dessa solução dependerá da capacidade que os trabalhadores terão de resistir. Esse processo tem ocasionado consideráveis impactos na política de saúde que não podem ser menosprezados, como veremos na seção seguinte.

1.1.2.1 A Saúde no Contexto da Crise

A discussão até agora realizada concentrou-se nas transformações do capitalismo contemporâneo. Vimos que a dimensão financeira foi fundamental para que o capitalismo conseguisse, de maneira fictícia, se reproduzir e impor o processo de acumulação. Observamos, ainda, que a atual fase do capitalismo é marcada por uma crise que atinge profundamente a economia em uma perspectiva global, estendendo-se para além do campo das finanças. Essa crise, que tem como ponto de partida a queda tendencial da taxa de lucros da produção, atinge as bases da acumulação do capital. Ela inicia pelo fim dos anos 1970 e afeta, inicialmente, os Estados Unidos, estendendo-se, posteriormente, em função da mundialização das finanças, para todas as partes do mundo. Desde então, há períodos de *booms* e recessões. É uma crise que causa reflexos em todas as áreas, inclusive a social.

Com base nessas considerações pretendemos, nesta seção, assegurar a compreensão dos movimentos relacionados à saúde pública frente a esse cenário de crise estrutural do capitalismo. Se nas seções anteriores discutimos a natureza da crise – realizada a partir da perspectiva da literatura marxista -, com destaque para a queda tendencial da taxa de lucro e a dominância do capital portador de juros, nesta seção e nas seguintes, o foco direciona-se para os impactos dessa crise no âmbito do direito à saúde pública e universal.

Torna-se importante nesse processo referenciar, incialmente, o Estado de bem-estar social, entendido como um modo de organização no qual o Estado se encarrega da promoção social e da economia, atuando no sentido de garantir serviços públicos e proteção à população. Os países europeus foram os primeiros e principais incorporadores desse modelo. Entretanto, foi a Inglaterra, no governo de Margareth Thatcher (1979-1990), o primeiro país a abandonar esse modelo sob o argumento de que não dispunha mais de recursos suficientes para sustentá-lo. A partir de então, foram retirados os direitos que os cidadãos haviam conquistado no decorrer das décadas. Nascia, assim, o Estado neoliberal[32].

No Brasil, houve uma tentativa de implantação do Estado de bem-estar social nas décadas de 1970 e 1980. A experiência europeia influenciou as forças políticas e sociais que defenderam a implementação do SUS no país. Entretanto, Mendes (2015a) observa que o padrão de proteção social brasileiro, que assegurou o direito de universalidade da saúde pública no país, desenvolveu-se de forma tardia em relação aos países desenvolvidos, tanto em relação ao tempo quanto ao momento histórico em que se inseriu, momento este marcado pela dominância do capital financeiro (MENDES, 2015a).

Dessa forma, o Estado de bem-estar social passa a ser impactado pelo domínio do capital portador de juros. O Estado, pouco a pouco, foi se afastando de suas antigas funções relacionadas à proteção social, na medida em que passou a priorizar a contenção do gasto público, dirigida tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário fiscal. É nesse momento em que o Brasil sentia os efeitos dos fortes conflitos decorrentes dessa nova situação econômica que os constituintes redigem a Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2012).

Portanto, para Mendes (2012), a Constituição Federal de 1988 introduz o conceito de seguridade social em um cenário no qual são apresentados novos constrangimentos à

[32] Informações obtidas a partir da contribuição de Antonio Gasparetto Junior no endereço eletrônico: <http://www.infoescola.com/sociedade/estado-de-bem-estar-social/>. Acesso em: 14 out. 2015. Para um aprofundamento do tema, sugere-se a contribuição de José Luís Fiori a partir de artigo que pode ser consultado no endereço eletrônico: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/fioribemestarsocial.pdf/at_download/file>. Acesso em: 14 out. 2015.

economia e ao Estado brasileiro[33]. Diferentemente do sucedido nos países desenvolvidos europeus, a universalização da saúde no Brasil foi implantada em um momento no qual o país não crescia de forma duradoura. Nesse cenário, o desenvolvimento do SUS entre os anos 1990 e 2000 se dá de forma contraditória, com avanços e retrocessos.

Os efeitos da crise do capitalismo contemporâneo na saúde pública brasileira são sentidos em função de um movimento de financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público por parte do capital em busca de valorização. O capitalismo contemporâneo, sob a tutela do capital portador de juros e de sua forma assumida de capital fictício, acabou por intensificar as disputas de recursos do fundo público[34], constrangendo o incremento das despesas com juros da dívida no orçamento federal[35]. Há, portanto, uma forte presença do capital portador de juros no orçamento público federal e no orçamento da Seguridade Social.

Utilizando-se do fundo público, o capital portador de juros acaba por se apropriar de parte da receita pública, remunerando os títulos públicos emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro do país. Esses títulos são fontes de rendimento aos investidores, visto serem compostos por mercadorias que podem ser vendidas e reconvertidas em capital-dinheiro, alavancado o processo de valorização do capital. Dessa forma, o fundo público passa a participar, mesmo de forma indireta, da reprodução geral do capital, manifestada em subsídios, negócios de títulos e contribuições em forma de financiamento dos investimentos do capital, além de ser um importante instrumento na reprodução da força de trabalho (MENDES, 2012).

Disso decorre a insuficiência e a indefinição dos montantes destinados ao financiamento da saúde no nosso país[36]. As políticas macroeconômicas adotadas acabam por levar, segundo Mendes (2015a), à redução dos gastos públicos relacionados aos direitos sociais, incluso o direito à saúde e o consequente aumento dos riscos inerentes ao que o autor

---

[33] Os constituintes tiveram o cuidado de definir que as contribuições sociais e os recursos dos entes governamentais seriam de uso exclusivo da Seguridade Social. Entretanto, constata Mendes (2012, p. 116), que "nenhum governo que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988 cumpriu essa disposição".

[34] Sobre o fundo público, Mendes (2012, p. 109), esclarece: "[...] o fundo público tem sido responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros, encargos e amortização da dívida pública para os rentistas".

[35] Nesse aspecto, Mendes (2015a) ressalta que em 2014 o Orçamento do Governo Federal foi de R$ 2,4 trilhões, sendo que o pagamento para juros e amortizações da dívida correspondeu a 42,0% do seu total, enquanto que a saúde fez jus a apenas 4,1%.

[36] Aqui é importante a contribuição de Mendes (2015a) sobre o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar da Pessoa Física ou Jurídica, bem como às renúncias fiscais para a indústria farmacêutica. Para o autor, o aumento desses incentivos fiscais ao capital privado responde à necessidade de valorização desse capital no contexto do capitalismo financeirizado e sua crise.

denomina de “desuniversalização” e de “desassistencialização” das políticas sociais[37]. Essa tem sido a saída mais imediata adotada para o enfrentamento da crise e encontra menor resistência junto às classes dominantes.

Dessa forma, entende Mendes (2012), a crise do financiamento do SUS verificada nas últimas décadas é reflexo do cenário de dominância do capital portador de juros. Para o autor, as razões para os problemas do financiamento devem ser buscadas levando em consideração o cenário geral, mas, também, sob a ótica das políticas econômicas restritivas adotadas pelos últimos governos. Esses governos adotaram políticas que priorizaram o cumprimento de metas de inflação e de superávit primário. Como resultado, o montante destinado aos gastos sociais em geral foi insuficiente e indefinido, além de serem realizadas tentativas de diminuição dos gastos na saúde e de participação reduzida dos recursos fiscais no financiamento da saúde. Esse cenário traz um quadro pouco promissor para o financiamento do SUS[38].

Como mecanismo típico dessa apropriação, Mendes (2012) cita a Desvinculação das Receitas da União (DRU), criada em 1994 e ainda em vigor[39], a qual retira recursos do orçamento da seguridade social para favorecer a manutenção do superávit primário, assegurando o pagamento dos juros da dívida pública. Dessa forma, nesse contexto de crise do capitalismo contemporâneo é que se pode compreender que faz parte da própria lógica do desenvolvimento do capital a redução e apropriação de recursos financeiros destinados à saúde.

Podemos resumir o argumento a partir da compreensão de que, conforme vai se desenvolvendo a crise do capitalismo contemporâneo, a saúde pública brasileira entra em processo de desvalorização, especialmente no que compete aos recursos destinados ao seu financiamento. A política econômica de governo tem se mantido alinhada às demandas do capital financeiro internacional, destinando-se, especialmente, ao cumprimento de metas de inflação e de superávits primários. Como resultado, têm-se decisões relacionadas à forte

---

[37] Para Ianni (2007, p. 46) a saúde pública se vê totalmente comprometida e enveredada na sociedade de risco global. Vive-se um momento em que “está posta em xeque a própria estrutura sobre a qual a sociedade se movimenta”.

[38] Mendes (2015a) assinala que uma medida concebida pelas entidades vinculadas ao Movimento da Reforma Sanitária (Abrasco, Cebes, Abres, Associação Paulista de Saúde Pública, Conselho Nacional de Saúde, CNBB e outras) para enfrentar o subfinanciamento crônico do SUS que vem desde a sua criação é um Projeto de Iniciativa Popular, conhecido como *Saúde +10*, que tramita no Congresso, desde junho de 2013, assinado por mais de 2 milhões de brasileiros.

[39] Em 2015 o Executivo enviou ao Legislativo a PEC 87/2015 que amplia e prorroga a vigência da Desvinculação de Receitas da União (DRU) até 31 de dezembro de 2023.

redução de despesas direcionadas às políticas de direitos sociais. Para a saúde pública, isso é representado por montantes insuficientes e inseguros.

Nesse contexto, como a saúde pública (e não só ela, mas todas as políticas que primam por direitos sociais) pode encontrar alternativas para não ser afetada tão fortemente por esse cenário de crise do capitalismo contemporâneo?

Algumas alternativas são apontadas por Mendes (2015a)[40]. Para implementá-las, entretanto, entende que terá de ser feito um enfrentamento árduo da crise. Para o autor, se a opção para o enfrentamento for a de adotar políticas econômicas restritivas (aqui entendidas como neoliberais), a exemplo do que vem acontecendo atualmente, tudo indica que essa crise irá se arrastar por um longo tempo. Nesse sentido, torna-se importante e necessário o crescimento da resistência dos trabalhadores, pelo menos quanto à reivindicação de alternativas de financiamento destinados à saúde universal. Mendes ressalta ser necessário o combate da política econômica com base no tripé: juros altos/metas de inflação, superávit primário e supervalorização da moeda, os quais restringem a possibilidade de gastos públicos, inclusive os sociais e atingem, consequentemente, os da saúde.

A compreensão da forma como o capital e seus representantes (aqui entendidos como as classes sociais situadas em posições privilegiadas na sociedade) impõem essa ideologia da precarização dos direitos sociais como um importante elemento de manutenção do capitalismo diante de sua crise constitui um dos elementos chave para se discutir a saúde pública brasileira. Reservamos a seção seguinte para esta discussão.

1.2 A IDEOLOGIA COMO INSTRUMENTO DO CAPITAL

Começamos a seção a partir de alguns questionamentos: qual a importância de se discutir a ideologia no contexto da crise do capitalismo contemporâneo? Quais seriam os seus impactos no âmbito da avaliação em saúde?

---

[40] Para o financiamento da saúde universal Mendes (2015a) propõe algumas alternativas: a ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para instituições financeiras; o aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao orçamento da Seguridade Social; o estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social; a rejeição da permanência da DRU, como forma de não prejudicar a "saúde" financeira do Orçamento da Seguridade Social; a busca de um entendimento sobre o fim das isenções de Imposto de Renda das Pessoas Físicas com despesas médicas e do Imposto de Renda das pessoas jurídicas das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários.

Se considerarmos o pensamento marxista, podemos dizer que a ideologia é um conjunto de proposições elaborado pela sociedade burguesa para a construção de uma hegemonia de classe, na medida em que essa burguesia, representada pela classe dominante, procura fazer crer que seus interesses são coletivos (MARX, 2007). Esse postulado do interesse coletivo acaba por reduzir os conflitos de interesse existentes na sociedade, seja em nome do princípio de funcionamento do mercado, seja como um determinante da ação do Estado.

Dessa forma, a ideologia estabelece-se como um instrumento de manutenção do estado atual das coisas na sociedade, ou seja, da ordem estabelecida. Assim, são construídas soluções racionais a problemas de ordem econômica fundamentadas em soluções técnicas e eficazes. Trazendo para a nossa discussão, podemos dizer que, no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, a classe hegemônica apresenta a sua visão de mundo para a saída da crise. Em geral, relacionada à redução de benefícios sociais para a classe trabalhadora, exposta como sendo a única forma possível de combate à crise, fazendo aparentar que esse seu interesse é um interesse coletivo. Esse é o ponto central na discussão desenvolvida nesta seção.

No contexto das transformações contemporâneas entende-se que o principal crescimento a ser perseguido é o da expansão do capital, independentemente de suas consequências. Esse entendimento é confirmado a partir do raciocínio de autores que adotam uma linha de pensamento marxista. Para Chesnais (2012), a incapacidade de conceber qualquer outro regime de crescimento reflete a força econômica e política quase intacta da finança e da oligarquia política-financeira representada pelos dirigentes capitalistas. Ao capital, cabe a exploração do tempo do indivíduo para alcançar o objetivo de garantir a acumulação. Na mesma linha, Harvey (2013) ressalta a posição estratégica ocupada na sociedade capitalista por aqueles que controlam o fluxo do dinheiro. Para Poulantzas (1980) não se poderia falar de uma natureza de classe, mas da "utilização de classe ao Estado".

Se partirmos da visão de Mészáros (2012), podemos compreender que, ao longo de sua história, o capital atingiu um estágio para o qual acabou por extinguir, com a ajuda da legislação parlamentar, antigas concessões por não poder cumprir sua função expansionista[41]. É uma tendência desanimadora, entende o autor, reflexo de um Estado de bem-estar social

[41] Para o referido autor, na fase atual, o capital não pode garantir nem mesmo a conquista das demandas mais limitadas dos trabalhadores, dado o impacto insustentável nos custos do sistema global estruturalmente problemático.

que, como vimos, ao invés da difusão, acabou por entrar em decadência até mesmo em países capitalistas mais avançados. Dessa forma, o autor argumenta que enquanto os antagonismos sociais atormentarem a nossa época, não será possível esperar a solução das questões em disputa por meio da exclusão das concepções ideológico-políticas rivais:

> [...] a ideologia da ordem estabelecida se tornou a ideologia dominante precisamente por demonstrar sua capacidade de defender os interesses materiais e políticos prevalecentes contra aqueles que questionam sua viabilidade em relação às exigências essenciais do metabolismo social total e tentam apresentar uma alternativa radical (MÉSZÁROS, 2012, p. 232).

Dessa forma, as ideologias dominantes desfrutam de uma posição privilegiada e, alinhadas às relações de produção dominantes e aos mecanismos auto reprodutivos fundamentais da sociedade, podem contar com o apoio das principais instituições econômicas, culturais e políticas em suas conformações ideológicas, conforme nos demonstra Mészáros:

> [...] dada a posição privilegiada na ordem social prevalecente, elas [ideologias dominantes] podem ditar as condições e regras gerais do próprio discurso ideológico. Isso acaba trazendo sérias consequências para os intelectuais que tentam articular alguma forma de *contraconsciência*, pois são obrigados a reagir às condições impostas, em um terreno escolhido por seus adversários. Compreensivelmente, portanto, muitas vezes sofrem o impacto negativo do fato de se acharem presos pela estrutura e pela problemática do discurso ideológico dominante, como vimos em mais de uma ocasião (MÉSZÁROS, 2012, p. 233).

Esses argumentos convergem ao pensamento de Marx. Em a Ideologia Alemã, o autor afirma que aquilo que os indivíduos são "coincide com sua produção, tanto com o *que* eles produzem, quanto com o *como* eles o produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de sua produção" (MARX, 2007, p. 42). Dessa forma, em Marx temos o argumento no qual as ideias da classe dominante tonam-se as ideias dominantes de cada época:

> A classe que tem à sua disposição os meios para a produção material dispõe ao mesmo tempo, com isso, dos meios para a produção espiritual, o que faz com que lhe sejam submetidas, da mesma forma e em média, as idéias daqueles que carecem dos meios necessários para produzir espiritualmente. As idéias dominantes não são outra coisa a não ser a expressão ideal das relações materiais dominantes, as mesmas relações materiais dominantes concebidas como idéias; portanto, as relações que fazem de uma determinada classe a classe dominante, ou seja, as idéias de sua dominação. Os indivíduos que formam a classe dominante têm, também, entre outras coisas, a consciência disso, e pensam a partir disso; por isso enquanto dominam como classe e enquanto determinam todo o alcance de uma época histórica, compreende-se por si mesmo que o façam em toda a sua extensão e, portanto, entre outras coisas também como pensadores, como produtores de idéias sejam, por isso mesmo, as idéias dominantes da época (MARX, 2007, p. 71).

Cada classe que almeja alcançar o poder tem a consciência da necessidade de apresentar os seus interesses como sendo de interesse geral, para poder alcançar os fins pelos

quais persegue. Portanto, deve procurar incutir às suas ideias o caráter de universalidade, além de apresentá-las como sendo as únicas dotadas de racionalidade e validade universais[42], conforme nos esclarece novamente Marx:

> Disso se deduz que todas as lutas no interior do Estado, a luta entre democracia, aristocracia e monarquia, a luta pelo direito ao voto etc. etc. não são mais do que formas ilusórias nas quais as lutas reais das diferentes classes são conduzidas [...] e mais do que isso, de que toda classe que aspire implantar sua dominação, ainda que esta, como ocorre no caso do proletariado, condicione em absoluto a supra-sunção (*Aufhebunh)* de toda a forma da sociedade existente até agora e de toda a dominação em geral, tem de começar conquistando o poder político, para poder apresentar, de sua parte, seu interesse como sendo o interesse geral, coisa que em um primeiro momento se vê obrigada a fazer. Justamente porque os indivíduos *apenas* buscam seu interesse particular, que para eles não coincide com seu interesse geral, e porque o universal é sempre a forma ilusória da comunidade, este torna-se algo "alheio" a eles e "independente" deles, um interesse "geral" mais uma vez peculiar e especial, ou eles mesmos têm necessariamente de se mover nessa cisão, como na democracia (MARX, 2007, p. 56-57).

Esse entendimento de Marx é corroborado por Mészáros (2012) na seguinte perspectiva: se as ideologias estão mescladas com a política, operando dentro dos limites do Estado, elas são parciais e unilaterais, a menos que seja oferecida uma alternativa hegemônica viável. Diante desse cenário, como negação radical à ordem estabelecida, entende que a ideologia socialista assume o importante papel de identificar e ajudar a ativar, por meio de uma ampla orientação, as mediações que permanecem "adormecidas e dominadas pelo poder do isolamento da imediaticidade, gerenciada e manipulada pela ideologia dominante" (MÉSZÁROS, 2012, p. 239).

Nas últimas décadas, observa Mészáros (2012), tomam forma contra as forças repressivas da ordem dominante alguns movimentos geralmente espontâneos, os quais expressam nas ruas sua condenação às desigualdades sociais, pondo-se contra as imposições da ordem estabelecida de forma corajosa e desafiadora. Contudo, é grande a dificuldade quanto ao enfrentamento do capital e de seu colaborador mais disposto, o Estado. Para que essas lutas tenham sucesso, o autor entende que o maior desafio é o de desenvolver e aprofundar a solidariedade entre as forças produtivas que lutam pela concretização de uma nova ordem alternativa.

---

[42] Nesse ponto Marx (2007, p. 80) afirma: "Quando a burguesia francesa derrubou o poder da aristocracia, ela tornou possível, com isso, que muitos proletários se elevassem acima do proletariado, mas apenas os que puderam chegar a se transformar em burgueses. Por isso, cada nova classe instaura sua dominação sempre sobre uma base mais extensa do que a classe dominante que é anterior a ela, o que, de sua parte, faz com que mais tarde se aprofunde e se agudize ainda mais o antagonismo entre a classe não dominante e aquela que ora domina. E ambos os fatores fazem com que a luta que há de ser encaminhada contra essa nova classe dominante tenda, por sua vez, a uma negação mais resoluta, mais radical dos estados sociais anteriores, bem mais do que todas as classes em busca do poder até agora foram capazes de fazer".

Nesse sentido, destaca que a aparente neutralidade ideológica só viria a agravar os problemas, pois a ideologia torna-se inevitável hoje e em um futuro previsível. Para ele, será inevitável enquanto continuar sendo preciso "'vencer os conflitos que continuam a surgir dos interesses inconciliáveis das forças hegemônicas alternativas que se enfrentam na nossa atual ordem social de dominação e subordinação estrutural" (MÉSZÁROS, 2012, p. 13).

Desse modo, deve ser travada uma luta contra os esforços de imposição no Estado de uma ideologia única, mesmo que se mostre aparentemente racional e digna de louvor. Nesse sentido, há de se ressaltar o papel desempenhado pelo Estado enquanto interventor e regulador das relações de classe. Sendo uma manifestação capitalista, o Estado assume um poder central na economia, regulando e intermediando as relações entre o capital e o trabalho em uma ordem marcada pela hegemonia do capital financeiro. A forma como vem se dando essa atuação contribui para gerar sérios reflexos no âmbito da saúde universal. Esse processo será esclarecido mais detalhadamente na seção seguinte.

1.3 O ESTADO NA LÓGICA COMANDADA PELO CAPITAL FINANCEIRO

O Estado, da forma como se apresenta na atualidade, não foi visto em sociedades anteriores. É uma manifestação moderna, ou seja, um fenômeno especificamente capitalista. Nas sociedades pré-capitalistas, o poder econômico e o poder político eram, quase sempre, indistintos, ou seja, não existia uma separação estrutural entre aqueles que dominavam economicamente e aqueles que dominavam politicamente. No modo de produção capitalista, por outro lado, observamos que o domínio econômico e o político, em muitas ocasiões, não coincidem em questões específicas.

Para Mascaro (2013), os motivos dessa condição peculiar do Estado podem ser esclarecidos a partir do próprio capitalismo. Neste, a extração do produto da força de trabalho e dos bens não mais se realiza a partir de uma posse com violência. As mercadorias passam a ser intermediadas universalmente pelo Estado enquanto uma instância apartada da burguesia. O Estado, portanto, mostra-se como um instrumento necessário para a reprodução capitalista ao assegurar a troca de mercadorias e a própria exploração da força de trabalho assalariada. Ele passa a criar mecanismos que separam explorados e exploradores por meio da consolidação das instituições jurídicas.

Esse poder político estatal criou suas bases na Idade Moderna, como base na assunção do sistema geral de trabalho assalariado. Entretanto, é na fase contemporânea que assume proeminências ainda maiores, em especial, no fordismo. Percebemos, portanto, um Estado atuante durante o período fordista, regulando relações de trabalho em uma complexa estrutura composta por organizações coletivas (MASCARO, 2013).

No período fordista observamos um aumento quantitativo, mas também qualitativo do Estado, na medida em que este se estende por diferentes setores, estabelecendo-se como o núcleo da organização política, econômica e social. No entanto, salienta Harvey (2014), passou a suportar um crescente descontentamento por parte dos excluídos. Sua legitimação começou a passar pela capacidade de lidar com a questão da ampliação dos benefícios do fordismo a todos, na tentativa de encontrar formas de oferecer assistência médica, habitação e serviços educacionais adequados em larga escala. Para o autor, os fracassos qualitativos eram alvo de críticas, mas eram os fracassos quantitativos que representavam, muito provavelmente, um dilema mais sério.

No período pós-fordista, o Estado não se mantém alheio à economia. Entretanto, passou a adotar uma posição de submissão em relação a esta. Nesse ponto, é esclarecedora a afirmação de Mascaro (2013, p. 124), na qual o "neoliberalismo não é uma política dos capitais contra os Estados, é uma política dos capitais passando pelos Estados". Esse entendimento está presente em Harvey (2014), na medida em que o autor ressalta o fortalecimento do capital financeiro a partir do colapso do fordismo, intensificando o desequilíbrio entre o poder financeiro e o poder do Estado[43].

Nesse sentido, diferentes graus de liberalização são postos em execução por meio das políticas econômicas estatais e, nesse aspecto, em um processo de crise do capital adotam-se políticas que reforçam o capital especulativo, como nos demonstra Mascaro (2013, p. 124):

> O favorecimento aos capitais especulativos em desfavor do planejamento da produção é uma política constante e sistemática dos Estados nacionais, num tenso concerto de movimentação internacional dos capitais. Mesmo a troca da regulação de bem-estar social pela regulação de repressão à criminalidade da pobreza não é uma retirada do Estado do cenário econômico, político, social e cultural de

[43] No aspecto da política liberal, importante destacar a contribuição de Harvey (2014, p. 157/158) sobre o poder dos governos. Para ele, as vitórias eleitorais de Thatcher (1979) e Reagan (1980) representam a consolidação do que vinha acontecendo a partir dos anos 1970. A redução do crescimento (ocasionada, em especial, pelo crescimento das despesas públicas e pela estagnação da capacidade fiscal) significava problemas para o Estado de bem-estar social. Dessa forma, a gradual retirada de apoio ao Estado de bem-estar social e o ataque ao salário real e ao poder sindical organizado, que começaram como necessidades econômicas, foram transformados numa virtude de governo. "Disseminou-se a imagem de governos fortes administrando fortes doses de remédios não-palatáveis para restaurar a saúde de economias moribundas".

> hegemonia, mas, sim, é uma presença massiva da forma política estatal, variando no caso os meios e os horizontes de sua atuação.

Para este último autor, o período pós-fordista é marcado por um arranjo específico do capital permeado, necessariamente, pela forma política estatal. E essa reprodução capitalista não se dá às avessas dos Estados nacionais.

Dessa forma, a real exterioridade do Estado frente à economia é questionada por Poulantzas (1980, p. 23). Para ele, "esta separação é a forma precisa que encobre, sob o capitalismo, a presença constitutiva do político nas relações de produção e, dessa maneira, em sua produção". Esse Estado, complementa Harvey (2013), estabelece a estrutura legal e institucional que serve como canal por meio do qual o capital portador de juros circula nas diferentes atividades, a exemplo da dívida do consumidor e no financiamento de moradias. Esse mesmo Estado acaba por absorver parte do fluxo desse capital que rende juros na forma de dívida pública.

Ao tratar da urgência de se elaborar uma crítica do Estado, Mészáros (2015) alerta para o fato da necessidade de compreendê-lo a partir da visão combinada de suas relações com o capital e com o trabalho. São três pilares (Estado, capital e trabalho) interligados e que, para o autor, não podem ser simplesmente abolidos ou derrubados.

> A verdade sóbria a ser lembrada é que tudo o que pode ser derrubado também pode ser restaurado. E isso foi feito. A materialidade do Estado está profundamente enraizada na base sociometabólica antagônica sobre a qual todas as formações de Estado do capital são erguidas. Ela é inseparável da materialidade substantiva tanto do capital quanto do trabalho. Só uma visão combinada de sua *inter-relação tríplice* torna inteligíveis as funções legitimadoras do Estado do sistema do capital (MÉSZÁROS, 2015, p. 29).

Dessa forma, em Mészáros (2015) é possível compreender o papel do Estado no processo de crise estrutural do sistema do capital. Para o autor, o Estado tornou-se a expressão política do capital. A este cabe corrigir e auxiliar a coesão social. Entretanto, acaba por reproduzir um círculo vicioso historicamente insustentável. Dessa forma, são cada vez maiores os problemas do Estado no processo de aprofundamento da crise estrutural do sistema do capital. Isso porque o Estado não consegue oferecer a solução para os problemas que perturbam o cenário atual, acabando por realizar tentativas de medidas corretivas que parecem agravar os problemas, apesar das garantias em contrário. Mészáros nos traz como exemplos as perigosas intervenções militares para enfrentar colapsos financeiros graves em enorme escala, inclusas aqui as operações de resgate do capitalismo provado pela crescente dívida pública da ordem de trilhões de dólares.

Nesse processo, os movimentos revolucionários do século XVIII e do início do século XIX foram portadores, no entender de Mészáros (2015), não apenas de uma crescente consciência de classe e de antagonismos de classe, mas, também, da crise da política e do reconhecimento de que as antigas formas de resolver essas crises já não funcionavam mais. Isso fez com que pensadores da época se deparassem com o problema de se tratar a *legitimidade* ou não da *própria lei,* o que externaliza, para o autor, a questão da *igualdade substantiva*[44]. Esses problemas foram expostos ainda no período da Revolução Francesa e da Revolução Americana:

> Os partidos militantes da igualdade substantiva não poderiam ter sido mais explícitos ao condenarem com absoluto desprezo as evasivas políticas passadas e presentes dessa questão decisiva com estas palavras: "Desde tempos imemoriais, eles hipocritamente repetem: todos os homens são iguais, e desde tempos imemoriais a desigualdade mais degradante e monstruosa pesa insolentemente na raça humana". E eles também puderam esclarecer sua preocupação vital de uma forma sumamente tangível, acrescentando-se que "precisamos da igualdade de direitos não só inscrita na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão; nós a queremos em nosso meio, sob os telhados das nossas casas". Dessa forma, a rejeição das medidas puramente *legais/formais* de toda a solução projetada – que assolaram não apenas naqueles tempos, mas continuam a assolar até os nossos dias, as abordagens tradicionais legitimadoras do Estado para esses problemas – foi combinada com os requisitos necessários de qualquer solução praticamente viável, ao procurar pelas respostas na esfera econômica e social. Naturalmente, ao focar a atenção na dimensão tradicionalmente ausente de tomada de decisões políticas, o papel do próprio Estado foi submetido a um exame crítico, ainda que apenas de forma embrionária na época da Revolução Francesa (MÉSZÁROS, 2015, p. 22-23).

Para Mészáros (2015, p. 15), o liberalismo "nunca poderia defender uma sociedade *equitativa,* apenas uma '*mais equitativa',* o que sempre significou *muito menos do que equitativa".* Ao prosseguir a discussão, o autor alerta para o fato do liberalismo não considerar que uma manifesta melhoria em direção a uma sociedade equitativa só será possível caso haja uma mudança fundamental na estrutura da produção. Sob os olhos do capital, entende o autor, a crise estrutural do capital exige o envolvimento do Estado para que o sistema sobreviva, mesmo que vá de encontro ao culto da iniciativa privada:

> Pelo lado do capital, a crise estrutural de nossa época ativa a demanda por um envolvimento cada vez mais direto do Estado na sobrevivência contínua do sistema, mesmo que isso seja contrário à automitologia da "iniciativa privada" superior. "Salvem o sistema", como o jornal semanal apologético-capitalista, com sede em Londres, *The Economist,* exigiu em sua primeira página, em 2009, no momento da

[44] Mészáros aponta caminhos no sentido de eliminar a exploração do trabalho e instaurar o que chama de *igualdade substantiva*: "[...] o grande desafio para a realização de uma ordem social equitativa que irrompeu o cenário histórico no período da agitação revolucionária em direção ao fim do século XVIII assombra nosso tempo histórico. Isso ocorre porque não há solução viável para os nossos problemas cada vez mais agravados sem a adoção do princípio orientador vital da *igualdade substantiva* como regulador fundamental do processo sociometabólico em um mundo verdadeiramente globalizado." (MÉSZÁROS, 2015, p. 27).

> erupção da crise financeira global. Naturalmente, os principais Estados capitalistas foram todos devidamente forçados a destinar trilhões às operações de resgate (MÉSZÁROS, 2015, p. 27).

Entretanto, para o autor, a questão vai muito além das intervenções emergenciais periódicas. Envolve políticas liberais que afetam os direitos dos trabalhadores conquistados na era de ouro do capitalismo. O Estado torna-se um defensor da ordem estabelecida, independentemente dos perigos para o futuro da sobrevivência da humanidade. E isso representa, para o autor, um obstáculo do tamanho de uma montanha, que não deve ser menosprezado caso se queira transformar a ordem estabelecida. Isso porque, "sob as circunstâncias que se desdobram da crise estrutural irreversível do capital, o Estado se afirma e se impõe como a montanha que *devemos* escalar e conquistar" (MÉSZÁROS, 2015, p. 28-29).

Para este autor, os pilares Estado, capital e trabalho estruturam uma montanha em relação à qual, em geral, as lutas são para escalá-la. Mas não é suficiente escalar, é preciso dominar a montanha.

> A crítica radical da formação do Estado no capital em nossa época está diretamente relacionada com o seu – cada vez mais perigoso – *fracasso histórico* em cumprir suas *funções corretivas* vitais que são requisitadas pelo próprio processo reprodutivo material antagônico (…) o Estado é *parte integral* das determinações estruturais do sistema do capital, e suas necessárias funções corretivas/solucionadoras só podem ser *internas* a ele. Assim, o Estado não pode *eximir-se* da *crise estrutural* em desdobramento do sistema do capital como um todo (MÉSZÁROS, 2015, p. 94).

Um problema para o futuro seria alçar vitória sobre o Estado em sua totalidade, o que exigirá processos de tomada de decisão equitativos correspondentes a um "metabolismo social" radicalmente diferente. Essa montanha, para o autor, só pode ser conquistada caso os "antagonismos estruturais profundos nas raízes das contradições insolúveis do Estado forem colocados sob o controle historicamente sustentável" (MÉSZÁROS, 2015, p. 30).

Se nos ativermos à leitura de Mendes (2015a), observamos o argumento de que o Estado não se retira da economia nos tempos de vigência do neoliberalismo, mas assistimos a uma forma particular de atuação na economia. Na atual crise do capitalismo contemporâneo, sob a dominância do capital financeiro, o Estado passa a adotar rígidas políticas promotoras da redução dos direitos sociais, provocando consequências importantes na política de saúde não só no Brasil, mas também no mundo[45].

---

[45] Para Hochman, as estratégias em saúde utilizadas pelos Estados Nacionais apresentam configurações diferentes, envolvendo questões políticas, sociais e econômicas específicas. A experiência com as epidemias de cólera na Europa e EUA no século XIX explicitou para as elites os problemas da interdependência social e a necessidade de criação de organizações e políticas permanentes, amplas, compulsórias e supralocais. "Os elos de

Como uma consequência, observamos a permissão do Estado à apropriação, pelo capital, do fundo público. No Brasil, vemos um Estado concessor de incentivos à iniciativa privada, infringindo riscos à saúde universal. Isso pode ser verificado por meio das crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSS), as quais têm regime de gestão privada. Também, no aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do SUS.

Esse entrelaçamento do Estado com a economia não pode ser compreendido simplesmente como a dominação política desta em relação àquele. Ou seja, o Estado apresenta uma estrutura material própria que não pode ser reduzida à simples dominação política. Para Castel (2010), o Estado não é um árbitro neutro entre os interlocutores sociais. E tampouco é um instrumento exclusivo da dominação de uma classe. Na maioria das vezes, ele estabelece compromissos em nome da manutenção da coesão social que, em qualquer caso, são ratificados e a eles dado força de lei.

Sobre esse aspecto, Poulantzas (1980) acrescenta que o Estado não é integralmente produzido pelas classes dominantes nem monopolizado por elas. A dominação política (a partir do poder da burguesia, pois estamos falando de Estado capitalista) está inscrita no que ele chama de "materialidade institucional do Estado". Outra contribuição importante é a de Kliman (2012),[46] referente ao objetivo das intervenções estatais. Para este autor, essas intervenções não têm o objetivo de enriquecer os já ricos ou mesmo proteger a sua riqueza, mas têm o propósito de salvar o sistema capitalista como tal.

O autor não vê, portanto, o neoliberalismo com uma simples ideologia de uma classe (burguesa) para aprimorar a opressão da classe trabalhadora, mas como uma orientação geral e como um programa de governo em favor do mercado, que se dirige a dar um suporte estatal mais adequado e eficiente para fazer seguir o sistema capitalista[47]. Dessa forma, conclui

---

interdependência que fundariam a necessidade da 'coletivização' do cuidado com os pobres, destituídos, desnutridos, doentes, iletrados ou quaisquer outros indivíduos que sofram adversidades temporárias ou permanentes, são os efeitos externos ou externalidades. Isto é, as consequências indiretas das deficiências e adversidades de uns indivíduos sobre outros que são imediatamente atingidos, apesar de não sofrerem desses problemas (HOCHMAN, 1993, p. 4)".

[46] Os argumentos estão presentes nas notas de Prado (2012).

[47] Para Prado (2012), o governo norte-americano tem se comportado de modo pragmático (e não programático), agindo, às vezes, sob inspiração keynesiana e, às vezes, sob o mandamento neoliberal. Tem feito o que deve (ou acha que deve) fazer para impedir o colapso do sistema capitalista. É por essa perspectiva, entende o autor, que passa a compreensão acerca do aparecimento da norma de que o Estado deve salvar as empresas gigantes, visto estas manterem profundos encadeamentos produtivos e financeiros com o sistema econômico como um todo, os quais não podem ser quebrados sem vastos riscos para a sua sobrevivência.

Mendes (2015a), a autonomia do Estado é relativa, pois reflete a própria reprodução capitalista, ou seja, esta autonomia está fixada na dependência estrutural e existencial da reprodução capitalista. Em síntese, o Estado, por meio de sua violência, desempenha um importante papel na reprodução econômica do sistema capitalista.

Nessa linha, Mészáros (2012, p. 19) observa que o Estado é uma "estrutura hierárquica de comando", o qual garante sua legitimidade pela capacidade de impor as demandas apresentadas a ele. O autor ainda lembra que a formação das nações modernas ocorreu sob a liderança da burguesia, com características socioeconômicas ligadas à autoexpansão da multiplicidade de capitais em busca de crescente controle territorial, eclodindo em conflitos cada vez mais intensos.

Se trouxermos essas questões para o campo da gestão em saúde, podemos nos apoiar em Campos, Merhy e Nunes (1994, p. 12). Para eles, da forma como são geridos, os serviços de saúde são subordinados aos projetos globais de consolidação do poder das classes dominantes. Portanto, utilizados como um instrumento necessário e útil à manutenção e reprodução do acordo que "legitima a hegemonia de classes ou grupos sociais, quer através da pura e simples utilização clientelística do aparelho médico-sanitário, quer por meio da distribuição de benefícios via extensão da cobertura populacional".

Em Singer, Campos e Oliveira (1978), vemos que os serviços de saúde se originam da oficialização da medicina universitária, sob a forma de polícia médica, com a função de impor normas coletivas de conduta visando à saúde pública[48]. O poder médico controla o indivíduo para assegurar a força do trabalho e a continuidade do sistema. Para que a população cresça, dentro da perspectiva da oferta de mão de obra em um mundo capitalista, é necessário reduzir a mortalidade, tarefa incumbida à medicina devidamente amparada pelo Estado[49]. Esse poder médico, entendido como a utilização do poder coercitivo do Estado pelos serviços de saúde para a imposição de condutas com o objetivo de preservação ou restauração da saúde, já estava fortemente estabelecido na segunda metade do século XIX. Ao se produzir saúde, os serviços de saúde estariam, de fato, produzindo "condições materiais psicológicas

[48] Para os autores, no século XX há um grande avanço biomédico e o conhecimento é impulsionado por uma demanda histórico-social: a de que precisamos de pessoas saudáveis. Dessa forma, entendem Singer, Campos e Oliveira (1978), a saúde só se torna pública sob a forma de controle, sendo apresentada como um "serviço de controle" com a finalidade de evitar que contradições venham a perturbar a produção ou o consumo dos bens, dentro da ordem constituída.

[49] A densidade urbana e as crescentes conexões econômicas entre ricos "saudáveis" e pobres "doentes" intensificaram e ampliaram os efeitos externos da adversidade individual a ponto de ser quase impossível o simples isolamento das ameaças à vida urbana. Seria, nas palavras de Hochman (1993), o "paradigma da interdependência", isto é, o paradigma dos efeitos externos das adversidades individuais que alcançam toda a sociedade e da incerteza quanto à eficácia de qualquer solução individual e localizada. Com isso, o Estado se constitui como a solução para a incapacidade da sociedade em superar os dilemas da ação coletiva.

indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes" (SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA, 1978, p. 37)[50].

Por ser um elemento fundamental da reprodução da dinâmica capitalista, o Estado passa, portanto, a ser um dos elos da própria crise. Ele mantém a lógica do valor, mesmo quando aumenta impostos ou quando concede aumento de direitos sociais. Evidentemente, dentro dessa dinâmica, devemos destacar o papel da política, das classes burguesas e das classes trabalhadoras, em função das possibilidades de resistência e confronto diante da reprodução do capital.

Nesse aspecto, Mascaro (2013, p. 45) entende que "não é o domínio do Estado por uma classe que revela sua razão estrutural de ser; é a forma que revela a natureza da reprodução social". Nesse sentido, para dar conta das relações no interior da sociedade capitalista, o autor atenta para a necessidade de se compreender o processo de luta de classes, necessária para revelar a situação específica da política e da economia dentro da estrutura do capitalismo. Esse argumento ganha a adesão de Mendes (2015a), o qual ressalta a existência de um espaço de disputa e de correlação de forças dentro do Estado que não necessariamente reveste-se da forma econômica. Isso porque, ao se colocar separada dos agentes econômicos, a forma política estatal pode até mesmo ser contrária aos interesses da valorização do valor.

Entretanto, em Mészáros (2012) observamos que não podemos nos enganar em relação às dificuldades de enfrentar o capital e o Estado, enquanto este for colaborador do primeiro. O autor cita como exemplo o papel desempenhado pelo governo de Margaret Thatcher diante da greve dos mineiros, em adotar políticas neoliberais, as quais ocasionaram a retirada de direitos sociais:

> O papel do governo britânico na greve dos mineiros de 1984 oferece um exemplo muito claro de como o Estado pode interferir a favor do capital. Contrariamente às regras elementares da boa prática nos negócios elogiadas pelo ex-presidente da General Motors, o Estado capitalista na Grã-Bretanha planejou sua ação antitrabalhista na forma de uma '*acumulação* cuidadosamente controlada e coordenada de *estoques excessivos'* com o objetivo mal disfarçado de provocar e levar os mineiros a uma greve em que – dado o total de recursos à disposição do Estado – eles nunca poderiam vencer [...] As autoridades do Estado, com *total cooperação do Judiciário,* também intervieram de todas as formas na disputa, negando aos grevistas suas legítimas reivindicações e privando o Sindicato Nacional de Mineiros de todos os seus recursos. [...] E, o que talvez seja o mais importante, ao mobilizar as forças do capital internacional bem como as ligações internacionais do

[50] A formação do sistema capitalista coincidiu com a ideia da separação entre corpo e alma, onde os corpos tenderiam a serem funcional e simbolicamente máquinas. Em "O nascimento da Medicina Social", Foucault (1993, p. 80) assume a hipótese de que o capitalismo socializa o corpo enquanto força de trabalho. "Com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho [...]. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo".

> Estado britânico (inclusive sua capacidade de assegurar o fornecimento de carvão da Polônia), a confrontação foi organizada de forma a pôr fim ao '*sindicalismo intransigente'* em geral, e não simplesmente a uma disputa industrial particular (MÉSZÁROS, 2012, p. 53).

Dessa forma, a greve dos mineiros ingleses pode ser considerada uma vitória do capital sobre o poder de resistência dos trabalhadores, com reflexos mundiais.

Portanto, nesse contexto de crise do desenvolvimento capitalista são estabelecidos importantes desafios quanto à universalidade plena do SUS. Esses desafios se refletem no campo da avaliação em saúde, a qual passa a ser realizada com base no capital. E, nesse contexto, vem sendo submetida e fragmentada pela lógica utilitarista e individualista, refletindo uma ideologia do produtivismo, a qual estabelece a política pública como sendo uma política de resultados, baseada nas leis de mercado.

Nas seções seguintes discutimos a avaliação em saúde à luz dos questionamentos apontados. Como veremos, a lógica do capital portador de juros ameaça o caráter universal do SUS, na medida em que este acaba por seguir as regras de mercado, o que implica avaliar a saúde de uma população a partir da quantidade de serviços e produtos médico-hospitalares consumidos. Por meio da contribuição de autores como Campos, Merhy e Nunes (1994), Martins et al. (2014) e Gomes e Bezerra (2014b), veremos que esse modo de avaliar a situação de saúde da população, no qual o usuário é visto como um consumidor de serviços, aproxima-se dos princípios do modelo neoliberal, no qual o utilitarismo apresenta-se como a filosofia moral e a exploração e o consumo ilimitados são a essência da condição humana. Nesse contexto, a avaliação em saúde tende a seguir um modelo normativo, em que a realidade é considerada de forma objetiva e quantificável[51].

1.4 A IDEOLOGIA DO PRODUTIVISMO

Da discussão até então realizada, identificamos que o processo de transformação do capitalismo tem, na sua atual fase, a marca da dominância do capital financeiro. Discutimos como esse processo de financeirização vem provocando uma crise que afeta, em especial, a

[51] Como exemplo de um modelo normativo objetivo e quantificável, Gomes e Bezerra (2014a, p. 85) trazem o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Para calcular o IDSUS, os municípios brasileiros foram agrupados em relação às semelhanças socioeconômicas, do perfil de mortalidade infantil e da estrutura do sistema de saúde existente no território municipal, formando, assim, grupos. Entendem que a proposta para a criação do IDSUS foi bastante criticada por pesquisadores da área, a exemplo de Mendes e Tanaka (Considerações sobre o IDSUS - <http://www.fsp.usp.br/site/noticias/mostrar/1986>. Acesso em: 11 abr. 2015) que, "mesmo reconhecendo a importância da avaliação de desempenho do SUS, discordam do ranqueamento dos municípios e da escolha de seus indicadores, alegando que os mesmos são fragmentados e extensos".

garantia de direitos sociais, incluído o direito à saúde. Vimos que o processo em curso interage com a saúde pública brasileira, ao constranger o Estado a promover importantes desafios quanto à universalidade plena do SUS.

A partir desta seção, o foco concentra-se na discussão sobre o processo de avaliação em saúde. As seções anteriores foram fundamentais para o debate que aqui se inicia, pois permitiram assegurar a compreensão das dimensões mais amplas que norteiam o processo de avaliação em saúde e nele interferem. Nesta seção e nas seguintes, concentramo-nos na discussão sobre os desafios no campo da avaliação em saúde. Partimos de questões envolvendo a fragilidade das políticas públicas e o seu entrelaçamento com o capital financeiro, o papel das políticas de proteção social, a ideologia do produtivismo e as alternativas para se emancipar a avaliação. Iniciamos o debate a partir da ideologia do produtivismo presente na saúde, apoiados nos argumentos apresentados por Campos, Merhy e Nunes (1994).

Para os referidos autores, os acontecimentos registrados no campo da saúde demonstram constantes disputas em torno de objetivos corporativos, nos quais dificilmente tem predominado a preocupação com a saúde da maioria das pessoas. A saúde, nesse sentido, passa a ser realizada com base no capital e, nesse contexto, adquire a perspectiva de produção de metas.

Essa lógica de produção de metas (produtivista) no campo da saúde pública se alinha ao processo de fortalecimento do capital financeiro em escala global, processo já discutido nas seções anteriores. Essa lógica produtivista também é objeto de análise por Martins et al. (2014). Em pesquisa realizada a partir de grupos de pesquisa, os autores demonstram preocupação com relação às incertezas pelas quais passa a saúde pública brasileira perante o avanço de uma lógica produtivista própria do capitalismo contemporâneo, entendida pelos autores como capitalismo biomédico[52]. Este, por sua vez, ameaça de privatização os ganhos atingidos pelo movimento sanitarista.

Para avançar na crítica, realizaram uma discussão sobre os fundamentos morais da teoria utilitarista do produtivismo biomédico, a partir do entendimento do utilitarismo enquanto uma filosofia moral fundamentada na pretensão de que toda atividade humana é

[52] O capitalismo biomédico corresponde a uma lógica mecanicista e que adquire uma hegemonia na medicina atual. Martins et al. (2014, p. 11) fazem uso dos argumentos de Pierre Bourdieu para entender o termo capitalismo biomédico como um “modelo de gestão da saúde que se inspira no neoliberalismo e nos valores utilitaristas, apresentando uma tendência fortemente especulativa. Esse modelo legitima-se em alguns pontos, que Pierre Bourdieu relaciona na seguinte ordem: enfraquecimento do Estado, desregulamentação das políticas sociais, exaltação do ‘espírito do capitalismo’, culto ao individualismo e flexibilização do trabalho”.

quantificável e comensurável e que “os dados produzidos por esta operação de quantificação justificam certas políticas sobre a vida e a morte, sobre o corpo e a saúde, sobre o pensamento e a ação, sobre a razão e a emoção” (MARTINS et al., 2014, p. 10). Esse pensamento alinha-se a uma lógica de fortalecimento do capital financeiro, o qual acaba por apresentar importantes consequências para a saúde pública.

Os referidos autores trazem o argumento do sociólogo e economista francês Alain Caillé para ressaltar que o utilitarismo contribui para afastar os vínculos sociais e enfraquecer os mecanismos de solidariedade espontâneos, fundamentais para se afirmar a responsabilidade compartilhada e a participação ativa na gestão dos bens comuns e, em particular, nos da saúde.

Outra autora que traz importantes contribuições sobre a corrente utilitarista é Porto (1997). Para ela, sob a perspectiva dessa corrente de pensamento, a sociedade torna-se ordenada (e justa), quando consegue obter a maior quantidade de satisfação, sem levar em consideração a distribuição desta satisfação entre os indivíduos. Portanto, nessa linha de pensamento, a penalização e a exclusão dos indivíduos são justificadas pela lógica da obtenção da satisfação, a ser conquistada por aqueles em melhor situação, como se observa:

> A maximização da satisfação é produto natural do livre atuar dos indivíduos e dos mercados. Desse modo, pode-se afirmar que, para os utilitaristas, a igualdade decorre exclusivamente da liberdade e portanto adquire dimensão estritamente formal nas suas formulações (PORTO, 1997, p. 20-21).
> [...] com base no binômio liberdade/igualdade, parece mais adequado distinguir, no pensamento liberal, duas linhas teóricas: as que tratam a igualdade como subordinada e decorrente das liberdades individuais – os clássicos, em geral, e os utilitaristas – e as que centram suas análises, para além da preservação das liberdades individuais, no atingimento de um patamar mais igualitário a partir de intervenções redistributivas a cargo do Estado (PORTO, 1997, p. 31).

Essa lógica utilitarista é aplicada em determinados campos, especialmente no das organizações formais, por permitir acertos na tomada de decisão dentro de prazos fixos, recursos limitados e metas a atingir. O problema, segundo Martins et al. (2014) é quando se tenta generalizar o utilitarismo para todo e espaço da vida social.

> [...] a redução da política a uma ação calculada empobrece a condição humana; no campo da saúde e da clínica médica esta leitura da vida contribui para se forjar uma imagem do humano como coisa: consomem-se regras, ordens, mercadorias e humilhações. Neste caso, a medicalização na saúde não é voltada para a promoção do humano, mas para a sua coisificação (MARTINS et al., 2014, p. 11).

Essa generalização do utilitarismo para todas as esferas da vida social acaba por ameaçar o SUS. A lógica produtivista está presente no campo da saúde quando se observa que a saúde de uma população é medida por meio da quantidade de serviços e produtos médico-

hospitalares consumidos, ao contrário de priorizar sua qualidade de vida. Nesse padrão consumista, o usuário do Sistema é tratado como um consumidor de serviços (GOMES e BEZERRA, 2014b).

A expansão da lógica utilitarista com base na ideologia produtivista no campo da saúde pública apressa mudanças de padrões e de crenças culturais, com efeitos no capital médico e na lógica mercantil. No capital médico, temos como consequência a busca pelo monopólio das decisões sobre as pesquisas científicas, a produção de medicamentos e os processos de diagnóstico e prescrição médica, sendo estabelecidos como núcleos de poder os laboratórios farmacêuticos, as firmas produtoras de equipamentos médico-hospitalares, as empresas de seguro privado e os grandes grupos hospitalares privados. Em se tratando da lógica mercantil, esta, de forma especulativa, se apropria dos recursos públicos destinados à saúde pública por meio de transferências ratificadas por projetos governamentais (MARTINS et al., 2014).

Na compreensão de Martins et al. (2014), essa lógica médico-mercantil favorece que as práticas médicas sejam reduzidas a um jogo de interesses econômicos e utilitários entre "médicos-capitalistas" e "doentes-consumidores". Nesse contexto, a saúde acaba por seguir as regras do mercado, consumindo cada vez mais tecnologias médicas, consultas, exames e medicamentos. E isso não significa, necessariamente, melhoria das condições de saúde da população:

> De um lado, há uma importante acumulação do capitalismo médico (empresas produtoras de equipamentos, laboratórios médicos, hospitais privados, corporações de profissionais, empresas de seguro de saúde) e, de outro, os serviços desse capitalismo são destinados prioritariamente aos que podem pagar mais dinheiro pelos mesmos (MARTINS et al., 2014, p. 11-12).
> [...]
> Como se vê, existe a necessidade de um trabalho sério de desconstrução do discurso utilitarista hegemônico na bio*medicina* para demonstrar que ele se edifica sobre uma camada de argumentos e suposições mais comprometidas com o lucro que com o social (MARTINS et al., 2014, p. 12).

Portanto, essa lógica do lucro, baseada no avanço de uma concepção utilitarista e produtivista na gestão do sistema de saúde contribui para ameaçar a saúde pública brasileira. Para Gomes e Bezerra (2014a), a doença não deve ser combatida de forma isolada, tal como preconiza a visão utilitarista, mas deve-se identificar o que está determinando o adoecimento das pessoas:

> Essa visão utilitarista da saúde leva a um entendimento da doença como algo que deve ser combatido de maneira isolada, sem relacioná-la com o contexto cultural, social, ambiental ou mesmo psicológico no qual está inserida. Assim, é incessante a busca por novas tecnologias e terapêuticas de cura, sem procurar resolver o que está

> determinando o adoecimento da população, muito menos promovendo efetivamente a saúde (GOMES e BEZERRA, 2014a, p. 12/13).

Nesse contexto, devemos buscar a defesa de um modelo pautado na integralidade, na qual a saúde é concebida como consequência de fatos políticos, econômicos e ideológicos, ou seja, é resultado de um produto social (GOMES e BEZERRA, 2014a)[53]. Os princípios do sistema capitalista em que o SUS está inserido refletem a lógica produtivista da avaliação em saúde. Há, aqui, portanto, uma contradição entre os princípios do capital e os princípios do SUS, estes assentados na integralidade na atenção de forma equânime, onde o centro das atenções seria o usuário e suas necessidades. Portanto, "o SUS, com seus princípios, se constitui como um espaço de resistência dentro do sistema, o que justifica os muitos ataques sofridos" (GOMES e BEZERRA, 2014b, p. 92)[54].

Iniciado há quase duas décadas, o processo de reforma neoliberal do Estado tem como característica não assumir como responsabilidade os direitos sociais conquistados, centrando-se em um modelo gerencialista, no qual escolhe e segue, para o setor público, os princípios e métodos de gestão do setor privado[55]. Esse modelo neoliberal trouxe importantes impactos para a saúde pública. Como observamos, para amenizar os efeitos da crise do capitalismo contemporâneo, movida pela predominância do capital financeiro (e sua forma especulativa de capital fictício) foram adotadas políticas estatais no sentido de reduzir direitos mediante cortes de gastos sociais. Assim, influenciando diretamente sobre o montante de recursos públicos destinados ao financiamento da saúde pública.

Sob os efeitos do modelo liberal clássico, entendem Campos, Merhy e Nunes (1994), na história houve um processo de ocultamento do caráter mercantil da assistência médica tradicional ao se conservar, no nível da aparência, o caráter humanitário e neutro da medicina, o que entendem ser uma hipocrisia:

> Mais do que discurso hipocrático, este véu estendido, que procurava velar a visão da doença transformada em mercadoria, é uma hipocrisia. Uma falsa consciência, apresentada à sociedade como imagem real da prática médica, mas que só dificulta a

---

[53] A integralidade defendida por Gomes e Bezerra (2014a, p. 13) fundamenta-se na "crítica a toda orientação teórica instrumental e adota a compreensão da integralidade como constitutiva do direito humano à saúde e, por isso mesmo, fundamentada no cuidado como valor ontológico e universal".

[54] Nessa lógica, não raro os profissionais da saúde acabam por improvisar para assegurar o funcionamento dos serviços, ou mesmo articular ações voluntárias visando garantir o atendimento aos usuários. Nesse ponto, Martins et al. (2014, p. 28) falam sobre o *Duplo Registro* que, resumidamente, refere-se à dupla prática que vive o agente de saúde, "como membro da comunidade onde vive e como profissional da saúde remunerado pelo serviço estatal".

[55] Posto em prática na Inglaterra no governo de Margaret Thatcher, no início da década de 1980, o modelo gerencial da administração pública surgiu como resposta à limitação do modelo burocrático weberiano em responder às necessidades dos administradores públicos e dos cidadãos. Dessa forma, o setor público passa a adotar práticas gerenciais privadas, objetivando a produtividade (MARTINS et al., 2014).

> percepção dos mecanismos que regem essa prática nas economias de mercado (CAMPOS, MERHY e NUNES, 1994, p. 13).

O argumento dos autores é no sentido da prática médica estar alinhada à ideia de um mercado capaz de assegurar os interesses dos produtores e dos consumidores, mesmo que o discurso médico procure diminuir ou mesmo descaracterizar as evidências dessa identidade em funcionamento. Com base nessa ideia, o melhor gestor do sistema de saúde seria o próprio mercado. Nessa concepção, há a predominância da livre escolha e os problemas de saúde seriam resolvidos pelas normas do mercado:

> [...] desde que se assegurem a livre escolha e a "autonomia do exercício profissional" estariam também asseguradas uma adequada produtividade dos serviços de saúde, bem como uma salutar e dinâmica incorporação de tecnologia e de novos conhecimentos médicos. Não deveriam, portanto, ocorrer "disfunções" entre os problemas de saúde prevalecentes em uma população e uma política de investimentos em recursos humanos ou em equipamentos orientada pelas normas de mercado, uma vez que o mercado funcionaria sempre em função das expectativas e da capacidade de consumo da maioria. A aparente ingenuidade dessa linha de análise não lhe tem diminuído a eficácia ideológica e nem a influência que esse tipo de pensamento tem tido em países tão dispares como EUA e Brasil (CAMPOS, MERHY e NUNES, 1994, p. 14).

Esse entendimento alinha-se a uma compreensão da gestão dos serviços de saúde em uma perspectiva funcionalista. Está alinhado, também, com a percepção de Mészáros (2012), segundo a qual o capital busca explorar o tempo do indivíduo para o propósito único e exclusivo de garantir a sua acumulação. Tudo o que foge a isso acaba sendo considerado como tempo inútil ou, nas palavras do autor, "lazer ocioso".

Nesse sentido, Campos, Merhy e Nunes (1994) alertam sobre as limitações do que eles chamam de modelo de "gerência dos sistemas de saúde". Ao seguir uma racionalidade caracteristicamente capitalista, o modelo atual, entendem, alinha-se aos princípios da administração empresarial. Ou seja, organiza os meios de produção de serviços de saúde tendo por base os requisitos da demanda por consumo de ações médicas, revestida pela categoria da eficiência, a qual é entendida como a relação positiva entre produção de atividades, investimentos e custos.

É sobre essas questões que Mészáros (2012) propõe que haja um esforço no sentido de se transformar a ordem estabelecida em outra, da qual sejam removidos, segundo ele, "os perigos de autodestruição da humanidade". Para isso, considera necessária a crítica diante da auto expansão e do crescimento ilimitados do sistema do capital, causadores de sérias iniquidades, bem como questiona o tipo de crescimento que queremos: se desejamos, de fato, um crescimento baseado na expansão do capital. Em suas palavras:

> Defender e idealizar acriticamente como universalmente elogiável o imperativo de auto-expansão e crescimento ilimitado do sistema de capital, apesar de suas implicações e consequências destrutivas, levam à recusa persistente em retificar a iniquidade insustentável de nossa ordem mundial. Esse sistema incorrigivelmente explorador é movido por seus *antagonismos internos* tanto em suas menores partes constituintes, como em seu todo globalmente articulado... Propor a pergunta embaraçosa: *"que tipo de crescimento?"*, é absolutamente incompatível com os princípios orientadores do sistema, pois o único "crescimento" que importava e poderia ser perseguido era o da *expansão do capital*, quaisquer que fossem as consequências (MÉSZÁROS, 2012, p. 40).

Para este autor, um sistema incapaz de fixar limites para a auto expansão do capital em um mundo no qual os recursos são finitos é, evidentemente, insustentável em longo prazo. Sendo assim, "[...] não pode haver progresso sem crescimento qualitativamente definido, empreendido para corrigir radicalmente as profundas desigualdades do sistema do capital" (MÉSZÁROS, 2012, p.41). O autor cita a ação dos movimentos espontâneos que vão às ruas contra a ordem estabelecida:

> Durante a última década vimos algumas conformações dramáticas de um movimento predominantemente espontâneo contra as forças repressivas da ordem dominante. Uma grande variedade de grupos tomou as ruas, expressando energicamente sua condenação às evidentes desigualdades de nossa sociedade, protestando desafiadora e corajosamente contra as imposições paralisantes da ordem estabelecida (MÉSZÁROS, 2012, p. 50-51).

Observamos alguns avanços no que se refere à luta política frente a esse modo de produção de serviços de saúde. No entendimento de Campos, Merhy e Nunes (1994, p. 30): "apesar de, em suas linhas principais, predominar o antigo modo de produção de serviços de saúde, houve avanços no que se refere à luta política, o que pode vir a alterar a curto prazo a correlação de forças na sociedade".

Esse é um caminho que perpassa a política pública. Inserida na lógica do capital financeiro, podemos enxergar a natureza contraditória da política pública: de um lado busca fazer saúde, mas, de outro, necessita do capital para manter o processo de acumulação. Estamos, portanto, vivendo um processo no qual a lógica da política e dos direitos está, cada vez mais, inserida em um processo mecanicista.

Nesse contexto, toma forma o debate sobre a fragilidade das políticas públicas e sua relação com a saúde. Torna-se necessário problematizar a contradição que existe entre, por um lado, as conquistas democráticas inclinadas a ampliar e incluir as pessoas e, por outro, a dinâmica de um modelo econômico historicamente produtor de grande desigualdade, condutor do aprofundamento da exclusão. Nesse sentido, alinhando-se ao pensamento de Gadelha (2010), podemos problematizar a partir do seguinte questionamento: o Estado, enquanto

agente orientador das estratégias de planejamento de políticas públicas, encontra-se ou não articulado em arranjos institucionais condizentes com as aspirações democráticas do país?

Se forem analisadas as transformações das três últimas décadas, Gadelha (2010, p. 21) releva que os estudos convergem no sentido de afirmar a existência de perdas significativas nas conquistas sociais. Essas perdas acompanham, em especial, a precarização dos níveis de emprego, aumento do emprego informal, queda dos salários nominais e aumento da desigualdade na renda. Nesse cenário, o trabalho encontra-se controlado por grandes grupos, nacionais ou transnacionais, não mais fixado no Estado (em um sistema político-econômico particular), mas "marcado por rearranjos espaciais articulados em um mercado de economias monetárias móveis (capital financeiro), economicamente disperso, politicamente dominante e globalmente desigual"[56].

O capitalismo financeirizado possui um modo de operar que envolve os campos da política, da economia e das instituições sociais, estendendo a dimensão dos conflitos e dependências pelas quais a humanidade está subordinada a uma escala planetária, como parte de um mundo sem fronteiras. As acomodações do capitalismo acabam por provocar ondas de desigualdade e a naturalização da pobreza. Dessa forma, revela-se o lugar da ação política, a qual não se dissocia dos conceitos de classe ou de partidos políticos (GADELHA, 2010)[57].

Como se depreende dessa discussão, a fragilidade das políticas públicas, em especial, daquelas voltadas para a saúde pública, resulta da lógica perversa que permeia a atual fase capitalista. Decorre, portanto, da forma como o capital financeiro permeia a saúde. Para amenizar os efeitos da crise do capitalismo contemporâneo, utiliza-se, com o aval do Estado, parte dos recursos destinados à saúde pública para o financiamento da dívida sob a dominância do capital portador de juros, ao mesmo tempo em que há uma perda dos direitos sociais decorrente da degradação nas relações de trabalho, o que causa importantes impactos no âmbito da saúde da população.

Dessa forma, torna-se possível observar como o campo da avaliação em saúde é permeado pela lógica utilitarista, na medida em que há o enfoque no impacto de um programa sobre o conjunto de seus usuários, havendo a defesa de que, quanto maior o número de

---

[56] Nesse ponto, Gadelha exemplifica: "Na América Latina, o golpe do Chile de 11 de setembro de 1973, que assassinou o presidente Salvador Allende e conduziu Augusto Pinochet ao poder, marca o início do triunfo institucional desse novo arranjo econômico estrutural, denominado globalização, nova interdependência, neoliberalismo [...]. O Golpe do Chile repercutiu ainda, profundamente, na reengenharia do próprio pensamento latino-americano, levando instituições como a CEPAL a reformular seu pensamento original, conformado às exigências da hegemonia norteamericana e à realidade das práticas dependentistas em um mundo globalizado" (GADELHA, 2010, p. 22).

[57] Para Gadelha (2010, p. 46), as ONGs são um exemplo importante para compreender o quadro das ações assistenciais quanto ao acesso aos equipamentos sociais público-estatais institucionalizados.

pessoas beneficiadas, melhor (GOMES e BEZERRA, 2014a). Diante desse cenário, é possível propor algumas questões: Como garantir uma proteção social para toda a sociedade brasileira em um cenário em que predomina a lógica financeira? Como assegurar fontes de recursos suficientes e seguras para a saúde pública brasileira, no âmbito de um Estado atado e constrangido pela dinâmica do movimento do capital? Como livrar o campo da saúde de um processo de fragmentação baseado na lógica produtivista?

Para fugirmos desse processo de fragmentação, Wagner Campos e Rosana Campos (2000) propõem como desafio a construção de métodos de investigação que combinem a descrição de fatos empíricos com a crítica, entendida como o poder de análise de categorias e conceitos fundados em valores e em teorias. Alinhamo-nos a essa forma de pensamento.

Na mesma linha, Martins et al. (2014, p. 16) entendem que o caminho a ser trilhado é o de superar a visão de sociedade como uma "soma aritmética de interesses individuais" (que reforça o utilitarismo), mas compreendê-la como "redes de pertencimento e de solidariedade", existentes fora da esfera de ação do Estado e do mercado e que foram intensivamente submetidas e fragmentadas pela lógica utilitarista e individualista. Para enfrentar esses desafios que perpassam a sociedade, torna-se cada vez mais essencial o diálogo entre os vários campos do saber.

Nessa linha, posiciona-se Mészáros (2012, p. 39):

> Se quisermos transformar a ordem estabelecida em outra, da qual serão removidos os perigos de autodestruição da humanidade – uma ordem que seja ao mesmo tempo positivamente sustentável, de modo a prevenir a reprodução no futuro desses perigos sob uma ou outra forma -, é necessário identificar as determinações centrais do sistema atual que causaram nossas dificuldades perigosamente incontroláveis. Sobretudo porque as determinações em questão geralmente são idealizadas, erigindo assim obstáculos aparentemente insuperáveis no caminho que leva à mudança necessária.

Nesse sentido, a saúde pública e, especificamente, a avaliação em saúde deve perpassar a intervenção e se constituir em uma prática social, não se limitando a cumprir regras e normas, mas de ser uma ferramenta para a consolidação da democracia, afirmação de direitos e empoderamento dos cidadãos, conforme entendem Gomes e Bezerra (2014a, p. 68): "Superar a fragmentação dos serviços e a dicotomização da atenção à saúde, entendendo a complexidade presente no território da saúde, são alguns dos desafios que devem estar presentes nos programas que se propõem realizar uma avaliação do SUS".

A avaliação deve ser entendida como um importante elemento de autorreflexão por parte daqueles que atuam na política, não apenas ser vista como um processo de atribuir valor a uma determinada política, simplesmente para decidir sobre sua continuidade ou não

(REZENDE e BAPTISTA, 2011). Portanto, a avaliação em saúde deve ser percebida como uma democrática ferramenta no sentido de contribuir para o empoderamento dos cidadãos quanto à afirmação de seus direitos. Para isso ocorrer, a avaliação deve consistir em prática social, não se limitando ao cumprimento de regras e normas (GOMES e BEZERRA, 2014b).

Com esses desafios finalizamos o presente capítulo. Neste, ressaltamos a crise do capitalismo contemporâneo, compreendida como consequência das tendências de longo prazo na acumulação do capital, a partir da perseverante queda da taxa de lucro nas décadas do pós-guerra e que, posteriormente, não foi invertida totalmente. À explicação dessa crise apresentamos o processo da financeirização em que o capital financeiro, particularmente na forma de capital fictício, procura assegurar lucros mais imediatos, passando a desempenhar a dominação na dinâmica do capitalismo na atualidade. Como resultado dessa lógica, há a fragilidade das políticas públicas, com a perda de direitos sociais, destacando-se o campo da saúde.

Expusemos, ainda, o argumento de que a avaliação em saúde vem sendo ameaçada pelo avanço da lógica utilitarista com base na ideologia do produtivismo na gestão. Por meio da literatura crítica sobre o campo, argumentamos sobre a necessidade de que a avaliação em saúde seja utilizada como uma ferramenta importante no sentido de contribuir para a garantia do direito à saúde da população, especialmente em termos qualitativos. Para isso, ressaltamos, não deve se limitar ao cumprimento de regras e normas, como frequentemente ocorre. Com a compreensão desse processo e da necessidade de criarmos alternativas a ele é que iniciamos o próximo capítulo, no qual a avaliação em saúde é colocada em relevo.

2 UMA CRÍTICA AO PRODUTIVISMO NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No capítulo anterior concentramo-nos na discussão do processo de crise do capitalismo contemporâneo e seus impactos na avaliação em saúde. Sintetizamos a discussão a partir dos seguintes argumentos: a atual fase do capitalismo é marcada por uma crise que atinge profundamente a economia em uma perspectiva global, estendendo-se para além do campo das finanças. Essa crise tem como ponto de partida a queda tendencial da taxa de lucros da produção, atingindo as bases da acumulação do capital. Ela se inicia pelo fim dos anos 1970 e afeta, inicialmente, os Estados Unidos estendendo-se, posteriormente, em função da mundialização das finanças, para todas as partes do mundo. Desde então, há períodos de "booms" e recessões.

Entre as saídas encontradas para o aumento das margens de lucro por parte do capital, a que vem sendo utilizada relaciona-se à precarização das relações de trabalho, com a consequente fragmentação das organizações sindicais, provocando insegurança e redução de benefícios sociais, o que acarreta impactos importantes no campo da avaliação em saúde. Conforme a crise vai se desenvolvendo, a saúde pública brasileira entra em processo de desvalorização, especialmente no que compete aos recursos destinados ao seu financiamento. Observamos que a política econômica de governo tem se mantido alinhada às demandas do capital financeiro internacional voltando-se, especialmente, ao cumprimento de metas de inflação e de superávits primários. Como resultado, têm-se decisões relacionadas à forte redução de despesas no âmbito das políticas públicas relacionadas aos direitos sociais. A fragilidade dessas políticas, em especial daquelas voltadas para a saúde pública, resulta dessa lógica que permeia a atual fase capitalista.

Argumentamos sobre a necessidade de analisarmos esse movimento para compreendermos sua interação e seu impacto no âmbito da saúde pública e, especificamente, no processo de avaliação em saúde. Isso porque entendemos que há uma contradição entre os princípios do capital e os princípios do SUS, estes assentados na integralidade na atenção de forma equânime, no qual o centro seria o usuário e suas necessidades e, aquele, baseado em cumprimento de metas e resultados, refletindo uma lógica utilitarista com base na ideologia do produtivismo.

Com a compreensão dessas questões iniciamos o capítulo. Pretendemos realizar uma crítica ao processo utilitarista da avaliação em saúde, na tentativa de a pensarmos em uma

perspectiva emancipatória, pois entendemos que isso contribuiria para uma construção mais democrática das políticas de saúde e da política do SUS. Reconhecemos que o Estado está sob a égide do grande capital financeiro, conforme argumentado ao longo do Capítulo 1, mas entendemos que devem ser abertos espaços de discussão na perspectiva de construirmos um diálogo visando um processo de democratização desse Estado.

Para a construção desse diálogo, estruturamos este capítulo da seguinte forma: a) inicialmente, versamos sobre a política pública e o processo de institucionalização da avaliação; b) discutimos, na sequência, conceitos de avaliação com destaque para as correntes tradicionais; c) a partir desses conceitos, realizamos a crítica ao processo utilitarista e à lógica produtivista de se fazer a avaliação; d) por fim, ressaltamos a necessidade de se desenvolver estudos empíricos que captem as percepções de atores envolvidos no processo de avaliação em saúde.

2.1 A GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Iniciamos o diálogo sobre a política de avaliação em saúde e sua institucionalização a partir de noções gerais sobre a política pública. Em artigo de revisão à literatura, Souza (2006) destaca três fatores que impulsionaram uma maior visibilidade do campo das políticas públicas como o compreendemos hoje. O primeiro refere-se à adoção de políticas restritivas de gasto que dominaram a agenda dos países, em especial, os considerados em desenvolvimento. O segundo elemento diz respeito ao fato do ajuste fiscal implicar na escolha de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. E o terceiro fator apontado pela autora refere-se à dificuldade, em especial dos países em desenvolvimento ou de democracia recente, de formar coalizões políticas no sentido de conceber políticas públicas capazes de estimular o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte da população.

A partir da compreensão desses fatores, a autora conceitua a política pública como um campo de conhecimento que procura “colocar o governo em ação”, propondo mudanças na direção dessa ação quando necessário. Nesse sentido, a formulação de políticas públicas constitui-se “no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no

mundo real" (SOUZA, 2006, p. 26). Outro conceito é encontrado em Viana e Baptista (2012), as quais entendem que a política pública é o Estado em ação, o processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, ideias e negociações. Nesse ponto de vista, a política pública é concebida a partir de uma visão menos normativa e descritiva das políticas e mais centrada nas relações de poder entre os grupos e na atuação do Estado.

Em relação aos referenciais teóricos para a análise de políticas públicas, Viana e Baptista (2012) destacam dois eixos de análise na literatura especializada: uma forma de estudo da política na qual o processo decisório é centrado na sociedade e outra que concentra a análise no papel desempenhado pelo Estado. O primeiro eixo de análise refere-se à abordagem societal ou pluralista. Para as autoras, o Estado é um espaço vazio, onde as políticas são produzidas pela interação entre os grupos em disputa ou associados à burocracia governamental. Ou seja, o Estado é entendido como o produto da interação entre grupos livremente formados, sendo permeável aos interesses e competições destes grupos.

Já o outro eixo de análise refere-se à abordagem estatal ou estruturalista, pela qual o Estado é visto como uma unidade que determina e conforma a estrutura de funcionamento social. Inserida neste eixo, Viana e Baptista (2012, p. 63) destacam a visão marxista, que aponta para a influência dos interesses econômicos na ação política. Nesta concepção, o Estado é visto como um meio essencial para a manutenção do predomínio de uma classe social particular e, portanto, passa a possuir um caráter de classe. "As ações do Estado podem ser explicadas a partir da estrutura da sociedade capitalista, da ação direta e da articulação dos capitalistas, da diferente posição estrutural das diversas classes no capitalismo"[58].

As autoras entendem que, no Brasil, os estudos de análise da política pública têm uma trajetória recente, sendo uma área em consolidação e com pouca acumulação de conhecimento. A formação desta área de conhecimento está associada ao movimento de críticas à trajetória de consolidação das políticas públicas, incrementada a partir da década de 1970. Nas décadas anteriores, as políticas públicas definidas pelo Estado brasileiro estavam voltadas prioritariamente para parcelas populacionais com vínculo trabalhista. A partir da década de 1970 ocorreram mudanças na condução da política de proteção social, desde a

[58] Na década de 1980, acrescentam Viana e Baptista (2012), as abordagens societal e estatal sofreram várias críticas, surgindo, a partir de então, contribuições que pretenderam mesclar esses modelos e criar novas formas de compreensão da realidade, como é o caso do neoinstitucionalismo. Acrescentam que o neoinstitucionalismo é entendido como uma corrente das ciências sociais que defende a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais. Evidencia que entre Estado e sociedade existem as instituições que moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado.

incorporação de outros grupos populacionais, a exemplo da população rural, dos autônomos e das domésticas como beneficiários da previdência social, até a definição de políticas específicas para o desenvolvimento de uma política social mais abrangente (VIANA e BAPTISTA, 2012).

Mas é especialmente na década de 1980 que a sociedade brasileira adquire a consciência sobre o direito à saúde, reivindicada tanto por parte dos milhões de pessoas à margem do mercado consumidor, quanto pelas elites econômico-sociais e pelos profissionais ligados à área da saúde[59].

Apesar dessa consciência sobre o direito à saúde, no Brasil, observamos um processo de gestão em saúde marcado por uma lógica fragmentadora e vertical, pouco sintonizada com a diversidade que caracteriza a situação de saúde da população brasileira. A avaliação da política de saúde está inserida nessa lógica. No campo da saúde pública, a avaliação de serviços de saúde tende a ser uma área relevante, por viabilizar escolhas de planejamento e possibilitar um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (MORAES e SANTOS, 2001).

Ao se posicionar como debatedor a artigo de Zulmira Hartz que analisa a institucionalização da avaliação na França e visa compreender o que o Brasil pode aprender com as experiências de outros países, Contandriopoulos (1999) enfatiza que a maioria dos países encontra-se em um paradoxo, que pode ser expresso da seguinte forma: por um lado, pelo imperativo econômico ligado à globalização da economia e à expansão da dívida pública, forçando os governos a reduzir os gastos para equilibrar seus orçamentos insuficientes tornando-os dependentes, enquanto os mercados financeiros nacionais e internacionais retiram a autonomia suficiente para governar de forma democrática. Por outro lado, os cortes impostos aos programas sociais, especialmente no sistema de saúde, desafiam as bases da legitimidade do Estado e, portanto, a sua capacidade de lidar com a racionalização imposta pela lógica econômica.

Para este autor, não se pode considerar apenas um dos componentes do paradoxo (o da manutenção do *status quo* no sistema de saúde) em detrimento do outro (o equilíbrio do orçamento), uma vez que eles estão interligados. Entretanto, entende que é necessário inovar, na perspectiva de mudar o sistema, a fim de permitir que ele continue a responder às

[59] Para Dallari (1988), profissionais ligados à área da saúde começaram a exigir do governo brasileiro proteção, promoção e recuperação da saúde como garantia do direito essencial do povo, a exemplo do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasília/1986), pelos relatórios do Grupo Assessor para a Reforma Sanitária do Ministério da Saúde e pelas propostas para a nova Constituição apresentadas pelo Conselho Federal de Medicina e pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.

demandas das pessoas, oferecendo serviços de qualidade a todos aqueles cujo estado de saúde os exige. Assim, para Contandriopoulos (1999), a institucionalização da avaliação (concebida por ele como um mecanismo formal para a produção de informações sobre programas e políticas públicas) é um componente primordial das políticas de racionalização, pois se destina a melhorar o desempenho das intervenções pelo setor público. Entretanto, a partir desses argumentos, podemos questionar: que tipo de avaliação estamos de fato realizando? Que elementos consideramos quando avaliamos a saúde de uma população?

Portanto, é importante indagar de que forma se dá essa institucionalização da avaliação. Sabemos que a lógica financeira, já discutida no capítulo anterior, permeia esse processo de avaliação e induz a uma perspectiva utilitarista, na qual o alcance de metas se sobrepõe às necessidades das pessoas que utilizam os serviços de saúde. Então, será que a institucionalização da avaliação é suficiente para promover uma construção mais democrática da política de saúde e da política do SUS?

Institucionalizar a avaliação, no entendimento de Felisberto (2004), significa incorporar a avaliação à rotina dos serviços de saúde, a partir da necessidade de adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e à formação de todos os atores envolvidos.

Quando institucionalizada, a avaliação orientaria o comportamento dos tomadores de decisões, o que representa um desafio, haja vista que no mundo político as decisões são influenciadas por diversos fatores. Com a institucionalização da avaliação, entendem Gasparini e Furtado (2014), haveria o esforço no sentido de tornar a prática avaliativa parte integrante do processo decisório, contribuindo com mudanças para a sociedade e para as instituições.

Entretanto, há um paradoxo no processo de institucionalização da avaliação enquanto um instrumento para a melhoria do sistema de saúde. A forma como essa avaliação é feita traz diferentes contribuições no processo de democratização da saúde. Para Contandriopoulos (2006), supõe-se que a institucionalização da avaliação traga uma racionalização dos processos de decisão. Alega, ainda, que a intensidade com que os resultados de uma avaliação são considerados pelas instâncias decisórias varia de acordo com a credibilidade, fundamentação teórica e pertinência. Na opinião do autor, para que a avaliação esteja no centro das estratégias de transformação do sistema de saúde é adequado criar condições para um julgamento avaliativo crítico, no qual estratégias que favoreçam a formação, o debate, a

reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção são postas em prática. Entende, assim, que institucionalizar a avaliação implica questionar a capacidade que esta tem de produzir informações e julgamentos essenciais às instâncias decisórias e ao melhor desempenho do SUS.

Mas de que avaliação estamos falando? Como ela pode se transformar em um elemento que contribui para uma construção mais democrática da política de saúde? Que caminhos podem ser construídos no sentido de torná-la um processo menos fragmentado e dissociado dessa lógica utilitarista com base na ideologia do produtivismo que permeia a saúde pública nesses tempos de crise do capitalismo contemporâneo?

Na seção seguinte pretendemos apresentar as concepções tradicionais sobre o processo de avaliação, destacando conceitos e modelos teóricos que vêm sendo construídos para, na etapa seguinte, realizarmos uma crítica ao processo utilitarista e produtivista da avaliação apontando, por meio da literatura crítica sobre o tema, alguns caminhos alternativos rumo a um processo que entendemos emancipatório.

2.2 BASES CONCEITUAIS: DIFERENTES VISÕES SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação está presente desde o princípio da história da humanidade. Entretanto, é somente após a Segunda Guerra Mundial que o conceito de avaliação de programas públicos aparece, quando pesquisadores se dedicam ao trabalho de comprovar o sucesso de programas implantados por meio da verificação de sua eficácia no uso de recursos do Estado. No Brasil, é a partir da década de 1980 que começa a se desenvolver a avaliação de políticas, expressando-se do ponto de vista acadêmico e incorporando-se à rotina da administração pública, mesmo que de forma incipiente (GOMES e BEZERRA, 2014a).

Mesmo sendo uma atividade antiga, conceituar avaliação não é uma tarefa fácil. Em seus estudos, Pinheiro e Silva Junior (2011) observam que a avaliação em saúde carece de uma definição única. Devido à natureza híbrida de seus objetivos, tende a reproduzir uma diversidade de maneiras de delimitá-los e analisá-los. Dessa forma, torna-se um desafio tentar utilizar uma única definição de práticas avaliativas. Supomos que as definições de avaliação são tão numerosas ao ponto de cada avaliador acabar por construir a sua.

Nos parágrafos seguintes apresentamos algumas definições a partir da visão de alguns autores que tratam da temática. Iniciamos com Contandriopoulos (2006, p. 706):

> Nosso raciocínio se baseia na idéia de que avaliar pode ser definido como uma atividade que *consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa*). Por um lado, esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, em outras palavras, como um sistema organizado de ação. Por outro lado, permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão.

Nesse conceito percebemos a relevância que o julgamento de valor adquire no processo de avaliação. Para o autor citado, as áreas da pesquisa, avaliação e tomada de decisão estão conceitualmente interligadas, mas não estão sobrepostas. Entende que a avaliação se distingue da pesquisa pelo caráter normativo, pois, além de medir e entender os efeitos de uma intervenção, também visa julgá-la. É nesse espaço que, de posse dos resultados da avaliação, as instâncias de decisão elaboram seus julgamentos, exprimem seus valores e manifestam suas intenções estratégicas. Dessa forma, podemos imaginar que os resultados de uma avalição não se traduzem em uma decisão de forma automática, mas esperamos que as informações produzidas colaborem para o julgamento de uma situação com maior validade e, com isso, influenciem positivamente as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Outra contribuição para o conceito de avaliação é encontrada em Viana e Baptista (2012, p. 70/71), as quais entendem a avaliação como “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões”. Para as autoras, a avaliação compreende um processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, com o propósito de subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso, se necessário.

Conceito semelhante é adotado por Tanaka e Tamaki (2012), para os quais a avaliação envolve fundamentalmente juízos de valor a respeito de uma intervenção com o propósito de auxiliar na tomada de decisão:

> A avaliação para a gestão de serviços de saúde é *um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano, o que significa produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna* (TANAKA e TAMAKI, 2012, p. 823).

Até aqui observamos que os autores mencionados convergem no sentido de conceber a avaliação como um processo no qual um julgamento explícito é elaborado. Essa posição é reforçada por Minayo (2006), a qual entende que a avaliação corresponde a um processo essencialmente humano e realizado cotidianamente por qualquer pessoa, o qual julga, estima, mede, classifica e analisa criticamente alguém ou alguma coisa. Do ponto de vista técnico, esse processo é realizado com procedimentos sistemáticos:

> Avaliação, enquanto técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem vários sentidos, sendo o mais nobre o de fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos. Para que isso ocorra, destacam-se quatro critérios: (a) a dimensão da *utilidade*, pois jamais se deve empreender uma avaliação inútil; (b) a dimensão da *viabilidade* do ponto de vista político, prático e de custo-benefício; (c) a dimensão *ética* que ressalta o respeito aos valores dos interessados; (d) a dimensão da *precisão* técnica (MINAYO, 2006, p. 165-166).

Em Cruz (2011) vemos o destaque para a utilidade da avaliação, na qual a ênfase recai na utilização dos resultados, tanto no processo de construção do modelo avaliativo, como na avaliação dos processos, decisões, parâmetros e mudanças alcançadas. Para a autora, as questões que orientam a proposta poderiam ser assim expressas: a avaliação servirá para quem? Como será utilizada? Como foi construída e implementada?

Nesse contexto, a referida autora contribui no sentido de destacar a necessidade dos modelos de avaliação estarem sujeitos à influência dos fatores relacionados ao contexto político, organizacional, cultural, econômico, sócio demográfico, na relação com a implementação ou com a obtenção de efeitos em longo prazo ou aqueles não previstos no desenho da política. Dessa forma, entende que a avaliação deve ser concebida em um desenho que valorize o debate e a participação dos diversos atores nos processos avaliativos. Posiciona-se, também, no sentido da construção da avaliação ser algo dinâmico, extrapolando o âmbito governamental e as regras formais, consolidando-se em ações e práticas no âmbito da organização dos serviços de saúde.

Para além de conceitos de avaliação em saúde, é importante observarmos os modelos institucionalizados de avaliação em saúde.

2.2.1 Modelos Institucionalizados de Avaliação em Saúde

Para melhor entendermos o processo de avaliação em saúde, propomos resgatar suas origens tendo como recorte temporal o período imediatamente posterior à Segunda Guerra Mundial, ocasião na qual, conforme ressaltamos no Capítulo 1, teve início um processo de queda das taxas de lucros das empresas. Um período marcado por longos anos de "booms" e recessões que se estendem até a atualidade e provocam importantes impactos relacionados à redução de direitos sociais, com reflexos para a saúde pública e, mais especificamente, para o processo de avaliação em saúde[60].

Na perspectiva de apresentarmos abordagens tradicionais sobre o processo de avaliação, iniciamos a discussão com Contandriopoulos et al. (1997). Para estes autores, é logo após a Segunda Guerra Mundial que aparece o conceito de avaliação dos programas públicos. Ao passar a substituir o mercado, o Estado procura encontrar formas para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas públicos foram desenvolvidos por economistas, os quais, na opinião do autor, podem ser considerados os pioneiros da avaliação. Entretanto, suas abordagens foram vistas como insuficientes, principalmente quando aplicadas aos programas sociais e à educação. Então, de certo modo, a avaliação foi, no dizer de Contandriopoulos, "profissionalizada", com a adoção de uma abordagem interdisciplinar, mantida a preservação dos aspectos metodológicos.

Outra autora que trata do tema é Minayo (2006). Para ela, é relativamente recente o costume de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas. Nos países centrais do capitalismo, esse costume passou a se tornar frequente após a Segunda Guerra Mundial, vindo acompanhado por pesados investimentos em políticas públicas de bem-estar social:

> A avaliação passou, portanto, nos últimos 60 anos, a fazer parte da pauta de investimentos teóricos e práticos, ao lado das pesquisas sociais, visando à maior eficiência na aplicação de recursos e à efetividade nas ações (MINAYO, 2006, p. 163).

---

[60] A partir de consulta à literatura que trata do tema, Cruz (2011) esclarece que a história moderna da avaliação sistemática das intervenções sociais começa no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França com as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de apoio ao pensamento científico moderno, ocasionando a multiplicação e o refinamento dos métodos de pesquisa social e a implementação de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais. Entretanto, entende que a avaliação se instituiu como uma prática e estratégia de governos no período após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Guerra Mundial.

Durante os anos 1970, retomando Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação tornou-se impositiva quanto às ações sanitárias. Findava o período de implantação dos grandes programas baseados no seguro médico. O controle dos custos do sistema de saúde tornou-se indispensável em decorrência da diminuição do crescimento econômico e do papel desempenhado pelo Estado no financiamento dos serviços de saúde. Dessa forma, torna-se essencial a informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde e, assim, a avaliação parece ser vista como a melhor solução. A partir de então, a avaliação na área passa a ter um grande prestígio.

Nos últimos tempos, o campo da avaliação se expandiu e passou por transformações, incorporando influências de diversas áreas do saber, como das ciências sociais, da economia e do direito. Como resultado, seu âmbito se constituiu por um conjunto diverso de tendências e abordagens orientadoras. Com isso, o processo de avaliação pode ser dividido em gerações.

Na opinião de Cruz (2011), a delimitação das gerações simboliza as mudanças teóricas, conceituais e políticas que se fazem presentes na configuração e legitimação do campo, destacando os vários sentidos da avaliação a partir do surgimento de diversos eixos teóricos e, ao mesmo tempo, tornam claras as grandes tensões do campo.

Ao trazer os argumentos de Guba e Lincoln[61], Cruz (2011) ressalta que a primeira geração (1900-1930) concentra-se na construção e na aplicação de instrumentos de *medidas* para avaliar os beneficiários de uma intervenção. A segunda (1930-1960) tem como foco a *descrição* da intervenção, marcando o surgimento da avaliação de programas. A terceira geração (1967-1980) apoia-se no *julgamento* de mérito e do valor de uma intervenção como elementos importantes para a tomada de decisões. Por fim, a quarta geração (1980 - atual) traz o elemento da *negociação* entre os atores interessados e envolvidos na avaliação.

Compreensão semelhante é obtida em Furtado (2001), o qual, ao observar os processos e metodologias de avaliação, traça um histórico desde a primeira (chamada de avaliação ortodoxa) até a quarta geração (denominada avaliação participativa), a qual entende estar aliada ao método Paidéia. Discorre sobre o processo de desinstitucionalização, o qual exige uma adaptação da metodologia de avaliação sobre o sistema de saúde. O autor categoriza as gerações de método de avaliação conforme o papel do avaliador, que varia de: *mensurador* na primeira geração; *descritor de processos e avaliador de programas*, na segunda; *julgador, mensurador e descritor*, na terceira; e, finalmente na quarta geração, o *avaliador necessita ser inserido no processo*, como parte integrante ou interessado. Isso,

[61] Esses argumentos estão presentes em: GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. The Coming of Age of Evaluation. In: *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications, Inc. 1989, p. 21-49.

entende, estaria contribuindo para uma avaliação inclusiva e participativa, centrada no usuário e com utilidade social, além de objetiva e focada para a superação das limitações do planejamento. Esse método Paidéia de se pensar a avaliação em saúde foi elaborado por Campos[62]:

> A metodologia Paideia permite o compartilhamento de ofertas externas aos usuários e, ao mesmo tempo, busca considerar as demandas e valores dos usuários; não sair do lugar onde eu estou, mas inclinar-se sobre a lógica do usuário. Não fazer um discurso banalizado sobre o trabalho clínico – eu estou defendendo a volta do humanismo – não só com base na humanização, não só com base no cuidado, perdendo a especificidade do trabalho sanitário e do trabalho clínico, mas buscando manietas para fazer essa combinação (CAMPOS, 2009, p. 34).

A perspectiva das gerações de avaliação não significa a extinção de uma geração em favor da outra. Diferentes estudos na atualidade são construídos a partir da complementação e da convivência de diferentes abordagens e modos de avaliar, ou seja, podem envolver a perspectiva relacionada à negociação entre os atores com a visão de avaliação com foco no julgamento de mérito ou na descrição da intervenção ou mesmo na mensuração dos efeitos.

Entretanto, o fator que separa essas gerações é o reconhecimento de que a avaliação envolve, necessariamente, um julgamento de valor ou mérito, uma medida de sucesso ou não de uma política ou programa público de acordo com atributos de qualidade determinados ou pactuados. O que diferencia uma geração da outra é a posição do avaliador, o modo como entende e produz os parâmetros e critérios e o envolvimento ou não de atores na construção do processo avaliativo. Dependendo das escolhas, pode haver um avaliador situado na posição de juiz que, afirmado em processos avaliativos com critérios universais de julgamento, acaba por reforçar a visão de ciência como a busca da verdade absoluta, não possibilitando o reconhecimento da diferença e a perspectiva dos atores envolvidos. Por outro lado, em uma abordagem construtivista, tem-se a preocupação de incorporar os atores interessados na definição dos parâmetros e uma maior abertura para outras perspectivas e visões sobre a realidade, o que possibilita uma quebra na ideia de uma verdade absoluta e um padrão único e universal de avaliação (CRUZ, 2011).

Ainda em Cruz (2011), observamos que o debate proposto nos estudos de quarta geração parecem permear leituras de autores de outras gerações. Autores como Contandriopoulos (2006) ressaltam a importância do envolvimento dos diferentes atores na construção dos parâmetros que serão adotados. Assim, há um destaque para o caráter

---

[62] Para maiores informações sobre o método, consultar: CAMPOS G.W.S. *Um método para a análise e co-gestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. Editora Hucitec: São Paulo, 2000.

multifacetado do julgamento, que envolve uma intervenção complexa, como no caso das políticas públicas, com a atribuição de valores pautada em critérios válidos e legítimos e o uso dos resultados da avaliação no sentido da mudança social.

A importância da quarta geração é destacada por Gomes e Bezerra (2014a) no sentido de propor a eliminação da dependência de medições quantitativas e da não responsabilização do avaliador pelo uso dos resultados da avaliação presentes nas três primeiras gerações. A avaliação de quarta geração é posta em prática por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista, com foco nas reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse. Ou seja, diferentemente de outras abordagens, é uma avaliação mais centrada no processo do que nos resultados.

Entretanto, entende Cruz (2011), mesmo com o ingresso dessas perspectivas no debate, ainda se funda como hegemônico na avaliação da qualidade em saúde o referencial de Donabedian (1990), o qual desenvolveu um modelo de avaliação centrado nos componentes de estrutura, processo e resultado para a observância dos pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização e legitimidade).

Na concepção de Cruz (2011), a multiplicidade de abordagens sobre como avaliar mostra a influência das várias vertentes que surgiram. Para o autor, se há a intenção de se avançar na prática da avaliação de políticas de saúde, é necessário que sejam construídos desenhos de avaliações que busquem responder o porquê. Saber se os efeitos esperados foram ou não alcançados não contribui, necessariamente, para a orientação da melhoria da política. Isso pode significar um importante desafio metodológico que deve ser enfrentado na medida em que se faz necessária a discussão de estratégias para a definição de perguntas pactuadas que orientem para uma avaliação que responda aos interesses dos que estão diretamente vinculados à intervenção.

Para prosseguirmos a discussão sobre a avaliação que temos e a que propomos, resgatamos alguns modelos tradicionais e, a partir da perspectiva de diversos autores, realizamos críticas a esses modelos, indicando formas alternativas de se avaliar a política de saúde.

2.2.1.1 Correntes Tradicionais

As correntes tradicionais no âmbito da avaliação em saúde têm direcionado os seus estudos na descrição de três componentes: estrutura, processo e resultados das ações de saúde, dentro de um referencial proposto por Avedis Donabedian[63]. É comum encontrar na literatura artigos que considerem a perspectiva deste autor.

Na avaliação em saúde, a estrutura está relacionada aos atributos materiais e organizacionais, recursos e insumos utilizados, que podem ser materiais, humanos e financeiros e que permitem o desenvolvimento das ações da atenção. O processo, enquanto categoria de avaliação, refere-se à atenção dada aos usuários pelos profissionais de saúde, levando em consideração a organização do processo de trabalho, a realização de ações voltadas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, como também ações de apoio diagnóstico e educação em saúde. Por fim, o termo resultado, segundo o referencial de Donabedian, é entendido como as respostas das intervenções para a população beneficiada, ou seja, as mudanças produzidas no estado de saúde do usuário, bem como o impacto sobre as condições de saúde da população (GOMES e BEZERRA, 2014a).

Esses componentes, entendem Pinheiro e Silva Junior (2011), são vistos de forma isolada, sem serem considerados os atores em suas práticas e concepções no dia a dia das instituições. Entretanto, para Reis (1990, p. 53), podem existir algumas combinações entre esses três componentes, porém, ressalta que as metodologias propostas estão "muito vinculadas à modalidade de organização da prática médica norte-americana, estando sempre presente a perspectiva de melhoria qualitativa dos padrões, visando a um 'autogoverno' das profissões".

Dentro da avaliação estão reunidas diversas atividades, de forma que varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, a partir de indagações como: fomos bem? Deu resultados? Estamos satisfeitos? Até a chamada pesquisa avaliativa, a qual se propõe a responder questões semelhantes, fazendo uso de métodos e técnicas com maior objetividade (SILVA e FORMIGLI, 1994). Temos, então, nesse cenário, a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

---

[63] Para Donabedian (1990), sete atributos de cuidados de saúde definem a sua qualidade: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade e equidade. Consequentemente, os profissionais de saúde devem ter em conta as preferências do paciente, bem como as preferências sociais na avaliação e garantia da qualidade. Quando há discordância nos dois conjuntos de preferência, cabe ao médico o desafio de conciliá-los.

Na opinião de Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação normativa auxilia os gerentes a preencherem suas funções usuais, visto estudar cada um dos componentes de uma intervenção considerando normas e critérios. É feita geralmente pelos responsáveis pelo funcionamento e pela gestão, ou seja, a avaliação normativa faz parte da atividade inerente de um gerente e, desse modo, adquire forte validade pragmática. Esta avaliação se baseia na análise da estrutura, do processo e dos resultados, em um modelo proposto por Donabedian e ainda hoje amplamente difundido, tendo grande aceitabilidade.

Ainda em Contandriopoulos et al. (1997) observamos que a avaliação normativa parte da realização de um julgamento sobre uma intervenção, de forma que sejam comparados os recursos empregados (o que se relaciona à estrutura), os serviços ou os bens produzidos (na perspectiva de processo) e os resultados obtidos, com base em critérios e normas[64]. O autor entende que esta apreciação é insuficiente para que se possa fazer um julgamento válido sobre os resultados de uma intervenção. Para avaliá-los devemos, geralmente, empregar uma pesquisa avaliativa, a qual parte de um procedimento científico.

Sendo assim, a pesquisa avaliativa, ao fazer uso de procedimento científico, examina as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção[65]. Nela, analisam-se a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Podemos dizer que é baseada em conhecimento, observação e análise[66]. Por exigir uma habilidade metodológica e teórica considerável, geralmente a pesquisa avaliativa não é feita pelos responsáveis pela intervenção em si, mas é confiada, de modo frequente, a pesquisadores externos à intervenção.

Por meio de uma revisão sistemática nas principais bases de dados nacionais, Gasparini e Furtado (2014) buscaram elucidar as formas como a avaliação de programas e

---

[64] Para Contandriopoulos et al. (1997), pela "estrutura" se procura saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Quanto ao "processo", este se refere em saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. E a apreciação dos "resultados" funda-se em se questionar se os resultados observados correspondem aos esperados.

[65] A intervenção, no ponto de vista de Contandriopoulos et al. (1997), compreende um conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto e momento específico, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. É caracterizada por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento. Para o autor, não se pode falar em intervenção sem considerar os atores que ela envolve, os quais podem ter seus próprios objetivos em relação à intervenção e à avaliação.

[66] A pesquisa avaliativa, entende Contandriopoulos et al. (1997), pode se dividir em seis tipos de análise: Análise Estratégica, Análise da Intervenção, Análise da Produtividade, Análise dos Efeitos, Análise da Implantação e Análise do Rendimento. Fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção consiste em fazer uma ou várias destas análises.

serviços sociais vem sendo constituída em nosso país. Da análise aos artigos, observaram a predominância de abordagens participativas, o que suscita a questão de como essa participação é, de fato, efetivada. Os autores compartilham com o entendimento de Sonia Draibe (2001) no sentido de apontarem para as limitações da simples avaliação de desempenho, a qual, embora indispensável em qualquer processo avaliativo, pouco acrescenta a respeito da efetividade ou a qualidade das ações dos programas sociais. Para a ocorrência, de fato, de uma efetiva avaliação, apontam o posicionamento de Draibe acerca da necessidade de uma relação entre os resultados e os processos pelos quais estes são produzidos, bem como entre os resultados e as mudanças que a intervenção provoca na realidade[67].

Importa considerar, entretanto, que o emprego do processo de avaliação no campo da saúde pode estar a serviço de interesses de diferentes ideologias, pretendendo justificar, apoiar ou mesmo legitimar determinadas posições, sejam de manutenção ou mudança de determinados valores. Corroborando com Gomes e Bezerra (2014a) diríamos que as variadas abordagens da avaliação estão relacionadas a diferentes paradigmas. Dessa forma, a avaliação pode servir aos interesses hegemônicos ou contra hegemônicos, a depender da escolha feita, podendo ser usada para motivar mudanças ou para a manutenção de uma organização, setor ou mesmo de um serviço, conforme veremos nas seções seguintes.

2.3 ENFOQUES EMERGENTES NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No primeiro capítulo deste estudo argumentamos que a saúde, em função do contexto em que está inserida, marcado pelo predomínio do capital financeiro, vem seguindo as regras do mercado em um cenário que favorece relações baseadas em interesses utilitaristas. Isso acontece em paralelo ao atendimento das necessidades básicas de cuidado e, desse modo, não significa melhoria das condições de saúde da população.

[67] Por meio da técnica da revisão narrativa, Carnut e Narvai (2016) discutem o gerencialismo na gestão pública brasileira. Argumentam que a reforma administrativa realizada no Brasil a partir de 1995 teve por objetivo promover a passagem para uma administração pública gerencial. No paradigma gerencialista, entendem os autores, os "resultados" tendem a ser vistos como a solução do "problema" da existência da máquina pública complexa, burocrática e processualista. Dessa forma, tende a se ampliar a importância da avaliação de desempenho. Nesse cenário, entendem os autores, o campo da saúde acaba por reproduzir a tendência geral de se corporificar em indicadores de gestão, índices de desempenho e programas de mensuração de qualidade. Dessa forma, há a busca por conceder ao modelo avaliativo de desempenho as condições que o tornem capaz de captar a complexidade desses serviços. Entretanto, o campo da saúde é complexo. Assim, os autores alertam que "avaliar a produção de parafusos é bem diferente de avaliar desempenho de sistemas de serviços, como saúde e educação" (CARNUT e NARVAI, 2016, p. 292).

Pela visão utilitarista, a doença é entendida como algo que deve ser combatido de forma isolada, sem relacioná-la com o contexto cultural, social, ambiental ou psicológico no qual está inserida. Dessa forma, a busca por novas tecnologias e terapêuticas de cura é constante, mas sem necessariamente haver a preocupação em resolver o que está ocasionando o adoecimento da população, muito menos promovendo efetivamente a saúde. Por outro lado, se considerarmos um modelo com foco na integralidade estaremos concebendo a saúde como consequência de fatos políticos, econômicos e ideológicos, ou seja, resultado de um produto social (GOMES e BEZERRA, 2014a)[68].

Semelhante ao que ocorre em outras partes do mundo, Mercado e Bosi (2006) argumentam que na região ibero-americana a maioria das práticas avaliativas segue o modelo tradicional, ou seja, são práticas fundadas na tradição positivista, sejam elas avaliações experimentais, de custo-benefício ou mesmo gerenciais. A caraterística desse modelo de avaliação é a de pressupor que a realidade pode ser traduzida em um conjunto de fatos objetivos, observáveis e quantificáveis. Se considerado esse referencial, a avaliação se torna algo quantitativo, que pode ser validada, generalizada e ser científica. Essas práticas, entendem os autores, são não só equivocadas em termos éticos e morais, mas também conceitualmente limitadas, além de serem consideradas ingênuas no âmbito político.

Ao contrapor essa visão positivista da avaliação, os referidos autores enfatizam o surgimento, em tempos recentes, de novos enfoques ou modelos de avaliação denominados de "enfoques emergentes". Estes enfoques fazem um contraponto ao modelo positivista, visto basearem-se em outros paradigmas, dentre eles, aqueles que se incluem sob os rótulos de "interpretativo", "crítico" ou "participativo". Sua proposição guarda correspondência com as críticas realizadas à avaliação tradicional. Dessa forma, os enfoques emergentes, da forma como Mercado e Bosi (2006, p. 13) delimitam, incluem diferentes posturas e abordagens que "compartilham da crítica ao enfoque positivista ao mesmo tempo em que incorporam propostas teórico-conceituais e metodológicas oriundas de outras correntes tradicionais do pensamento".

O princípio que anima este estudo está alinhado a essa concepção trazida por Mercado e Bosi (2006). A ideia é fomentar a difusão de propostas de avaliação de programas e serviços de saúde que estejam voltadas para a mudança social mais do que para a manutenção do *status quo*.

---

[68] Tanto Gomes e Bezerra (2014a) quanto Martins (2003, 2011) apoiam-se no pensamento de Marcell Mauss para defender um movimento anti-utilitarista, a partir da crítica à lógica de uma medicina mercantil e utilitária, que vai de encontro à perspectiva da saúde como um direito de cidadania.

Em estudo sobre a saúde no Reino Unido, Barnes e Scott-Samuel (2002) salientam que a Organização Mundial da Saúde define a avaliação de impacto na saúde como uma combinação de procedimentos, métodos e instrumentos com os quais uma política, programa ou projeto pode ser julgado quanto aos seus efeitos sobre a saúde de uma população. A avaliação de impacto na saúde, portanto, envolve uma visão holística, reconhecendo que a saúde dos indivíduos e das comunidades também é determinada por influências econômicas, sociais e ambientais.

É uma definição mais ampla que a do modelo médico tradicional, o qual define a saúde como a liberdade de diagnosticar clinicamente a doença e que está principalmente preocupado em tratar os sintomas em vez de suas causas subjacentes. No Reino Unido, segundo os autores, a importância da aplicação da avaliação de impacto na saúde para toda a política pública tem sido reconhecida pelo governo. Ressaltam que uma das recomendações sobre as desigualdades em saúde é que toda a política de governo deve ser avaliada pelo seu impacto sobre as desigualdades em saúde.

Essas propostas alternativas encontram espaço na avaliação de programas de saúde na medida em que se questionam os modelos tradicionais e positivistas. Essas abordagens não tradicionais ou emergentes da prática avaliativa, mesmo sendo denominadas de diversas formas (avaliação qualitativa e/ou participativa, democrática, de atribuição de poder, de quarta geração, interpretativa e/ou crítica)[69] têm a mesma essência: a de se contraporem aos modelos hierárquicos e tradicionais arraigados no paradigma positivista. Esses enfoques emergentes da prática avaliativa, além de visarem à melhoria da gestão dos programas, também assumem o desafio de propor medidas no sentido de impulsionar processos relacionados à democratização das instituições de saúde, atribuição de poder a determinados grupos ou indivíduos, permanente aprendizado, processos transparentes e fortalecimento da sociedade, em especial, daqueles grupos tradicionalmente excluídos (MERCADO et al., 2006).

A importância de se considerar esses enfoques emergentes será detalhada nas páginas seguintes, quando trataremos questões relacionadas ao processo de desumanização da saúde e à generalização do utilitarismo.

[69] Neste estudo, tomamos a liberdade de chamá-la de emancipatória.

2.3.1 A Generalização do Utilitarismo e a Ideologia do Consumismo

Em texto esclarecedor sobre a ideologia do consumismo, Luiz (2005) discute alguns elementos importantes inseridos na lógica do consumo na sociedade capitalista. O consumismo, adverte ele, é uma característica essencial da sociedade atual, o qual tem como função principal vender produtos e serviços com a intenção de apropriação do lucro. Ocorre que o sucesso da ideologia do consumo e suas consequências ultrapassam questões de ordem econômica, indo além do aparato infraestrututal (como produção, mão-de-obra e tecnologia). O sistema capitalista, enfatiza o autor, precisa também de instrumentos que proporcionem a conquista da dimensão subjetiva e valorativa com o intento de convencer a pessoa a consumir produtos e serviços. Chegamos, portanto, ao ponto onde se pensa em uma cultura de massa, atingindo a intimidade das pessoas por meio da identificação e da projeção[70].

Essa ideologia do consumismo também se estende ao campo da saúde. Em Akerman e Nadanovsky (1992) observamos que, desde meados do século XX, vem se disseminando, de forma contundente, a ideia de que a saúde é determinada pela ação da "medicina moderna". Essa ideia se tornou popular, em parte pelo excessivo marketing da indústria de insumos e tecnologia médica, além dos interesses da corporação médica e, por outro lado, pelo fato de algumas ações médicas serem obviamente eficazes e, portanto, legitimamente desejadas.

Observamos, dessa forma, a existência de uma forte tendência de uma postura utilitarista na sociedade capitalista, na medida em que aquilo que não é útil para o capital, ou seja, não gera lucro, é visto como desnecessário. Assim, o capital direciona o seu foco ao que serve aos seus interesses e não à ideia de erradicar aquilo que oprime, frustra ou causa sofrimento às pessoas[71].

Com base nesse argumento, Luiz (2005) questiona o utilitarismo a partir da seguinte ideia: se para o capital tudo é lucro, o mesmo não pode ser dito ao ser humano, o qual possui interesses e necessidades que vão além do pragmatismo utilitarista do capitalismo.

Essa ideologia do consumismo favorece a manutenção das estruturas do sistema capitalista não somente por meio da lógica do lucro, mas, também, no sentido de funcionar

---

[70] Para Luiz (2005), a identificação diz respeito ao processo no qual a pessoa se assemelha a determinados conteúdos da cultura de massas, enquanto a projeção seria o processo em que o sujeito se lança em situações agradáveis ocorridas nos conteúdos da cultura de massa.

[71] Na opinião de Martins (2003), por trás da pesquisa sobre o genoma está claro, por exemplo, que os interesses dominantes não são mais o da ética científica e dos cuidados humanos com o corpo, mas o da competição dos grandes laboratórios e de grupos privados pelo controle do processo de reprodução genética do ser humano.

como um mecanismo de aceitação, pelas pessoas, às perturbadas e difíceis condições de vida. É possível, entende Luiz (2005), que as condições adversas às quais se submete a grande maioria da população sejam aceitas por se apontar a possibilidade do acesso aos bens e aos serviços oferecidos pelo sistema capitalista.

Em seu texto, o autor cita Cristovam Buarque para exemplificar a questão da manutenção da sociedade via consumismo a partir da seguinte ideia: um dos grandes obstáculos para acabar com a pobreza no Brasil está relacionado ao imaginário social, o qual estabelece como prioridade a riqueza e o consumo, em detrimento dos bens e serviços necessários para a garantia da qualidade de vida das pessoas. Esse imaginário é captado pelos governos ao priorizarem o que é desnecessário e dispensável[72]. Esse raciocínio pode ser empregado na questão da saúde, pois se supõe que o consumo de produtos e serviços médico-hospitalares garanta melhor saúde, ao contrário de se considerar transformações sociais com vistas a melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Com essas questões em mente, nas páginas seguintes teceremos reflexões sobre o campo da saúde a partir de uma crítica ao processo de desumanização da medicina, tendo por base os argumentos de Martins (2003). Apesar de concentrar seus esforços no campo da medicina, os argumentos do autor podem ser estendidos em uma perspectiva ampla, sendo importantes para o processo de avaliação em saúde. Para o autor, a desumanização da medicina resulta da aliança entre cientistas e homens de negócio em um processo apoiado em projeto utilitarista que remonta aos séculos XVIII e XIX. Atualmente, percebemos alguns efeitos dessa desumanização quando observamos a privatização da medicina e a extrema tecnificação da biomedicina, com a especialização disciplinar seguida de um distanciamento entre médico e paciente.

2.3.2 A Necessidade de Humanizar a Saúde

A tese central defendida por Martins (2003) relaciona-se à existência de uma reorganização de paradigmas no campo da medicina moderna, a qual acaba por promover impactos em nível social, político e institucional, ou seja, nas políticas públicas, no financiamento da saúde, nos atores que participam das decisões e nas relações

[72] Esses argumentos de Cristovam Buarque estão presentes na obra “Os Instrangeiros: A Aventura da Opinião na Fronteira dos Séculos”. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

interinstitucionais[73]. Nessa reorganização, práticas médicas são abandonadas e outras são incorporadas em um processo de ruptura da medicina oficial a partir de tensões contraditórias entre duas tendências no interior do campo da saúde: a de desumanização/tecnicização e a de reumanização dos modelos médicos[74].

O referido autor entende que na organização do paradigma médico dominante há dois conceitos teóricos centrais: o "modelo de gestão da saúde" e o "sistema médico de cura". Em se tratando dos modelos de gestão modernos, o autor aponta os quatro mais conhecidos: o da "sociedade medicalizada" (com sucesso na Europa); o do "capitalismo médico" (fundado nos Estados Unidos)[75]; o "modelo misto" (existente em países que adotam fórmulas intermediárias, como é o caso do Brasil), e o "modelo da medicina coletivizada" (com a tentativa de implantação nos países burocrático-socialistas, como Cuba, países do Leste Europeu e China).

O "modelo misto" é um modelo médico desenvolvido em sociedades de desenvolvimento intermediário, como é o caso do Brasil, que se caracteriza por uma fórmula intermediária entre o "modelo da sociedade medicalizada" e o "modelo do capitalismo biotécnico" (também é denominado de "medicina tecnoutilitarista" ou "medicina mercantil"). Este nasce nos Estados Unidos como resultado do processo de generalização do utilitarismo mercantil no interior da área médica. Dissemina-se no referido país por meio do *managed care*, correspondendo a uma "reorganização ampla do sistema de saúde com o consequente deslocamento de volumosos recursos do setor público para o setor privado e, sobretudo, para grandes empresas como aquelas de seguro de saúde" (MARTINS, 2003, p. 144).

Essa medicina tecnoutilitarista norte-americana pretendia se tornar um modelo de gestão mais eficiente que o da "sociedade medicalizada", a partir da enganosa confiança ao princípio de que o mercado em competição superaria a lentidão administrativa e os persistentes problemas financeiros característicos do sistema de saúde pública estatal. Convém ressaltar que o "modelo da sociedade medicalizada" foi desenvolvido na Europa no

---

[73] O autor esclarece que a saúde é mais ampla que a medicina. Ou seja, quando fala de saúde, refere-se a um imaginário mais amplo, que extrapola a medicina como instituição para considerar aspectos como educação, sanitarismo, meio ambiente, habitação e saneamento.

[74] No entendimento de Martins (2003), a expressão "medicina moderna" refere-se a um conjunto de práticas médicas mais abrangentes do que aquelas conhecidas como "medicina oficial". Esta é uma concepção mais restrita que limita o campo aos sistemas de cura regulamentados dos pontos de vista jurídico e administrativo. Com a expressão "medicina moderna" o autor refere-se a um quadro mais amplo que inclui a "medicina oficial", mas também as medicinas populares, as medicinas alternativas (a exemplo da homeopatia e da acupuntura) e outras que vêm sendo incorporadas à cartografia médica moderna a partir das mobilizações de diferentes atores sociais.

[75] O "capitalismo médico" é entendido pelo autor como um modelo de gestão da saúde incutido no neoliberalismo e em valores utilitaristas, mostrando uma forte tendência especulativa, conforme argumentamos ao longo do Capítulo 1.

contexto do Estado de bem estar-social e no qual os cuidados médicos básicos eram considerados como direitos universais de todos os cidadãos residentes no país.

Essa tendência humanista se inspira nos avanços de uma medicina social presente no Estado de bem-estar social, ou seja, no "modelo da sociedade medicalizada" e no "modelo de medicina coletivizada". Entretanto, nessa década, entende Martins (2003), houve o enfraquecimento do Estado de bem-estar social e do "modelo de sociedade medicalizada", favorecendo a expansão da lógica do mercado no interior do campo médico para além das fronteiras dos estados nacionais.

A América Latina, nesse cenário, viu-se dividida entre a adoção de um modelo baseado na sociedade medicalizada e a escolha do modelo de medicina norte-americano. Entre 1950 e 1980, marcados pela hegemonia do Estado desenvolvimentista, os países da América Latina foram intensamente inspirados no modelo europeu estatizante da saúde. Se considerarmos o Brasil, o modelo de gestão adotado antes da reforma constitucional de 1988 que criou o SUS era, para o referido autor, ambíguo. Neste modelo, as contribuições de empregados e empregadores eram administradas pelo Estado, o qual vinha a assegurar o funcionamento do modelo de gestão de forma precária, tanto em nível federal quanto nos governos estaduais.

A partir dos anos 1980 surgiram fortes pressões voltadas para a privatização dos serviços públicos e para a racionalização dos serviços médicos, como resultado da crise do Estado desenvolvimentista. Novos critérios de eficiência e eficácia passaram a governar a mercantilização do campo médico, a exemplo das políticas de ajuste macroeconômico. Esses ajustes acabaram por comprometer a equidade em um setor como o da saúde, onde a concorrência é desigual e no qual o indivíduo encontra dificuldades em fazer escolhas racionais[76]. Nesse cenário, existiram governos que reagiram à privatização da saúde pelos perigos que esta poderia representar para a sobrevivência do sistema político (MARTINS, 2003).

A partir dos argumentos de Foucault, proferidos em aula, no curso *Naissance de la Biologie*, em 1979, Gadelha (2010) informa que a política social baseia-se na "privatização contra os riscos de existência" dos indivíduos e não na socialização do consumo e na repartição dos rendimentos[77]. Observa, ainda em Foucault, a existência dessa privatização dos

---

[76] Poucas são as pessoas que sabem o conteúdo dos medicamentos à venda, por exemplo.

[77] A formação do sistema capitalista coincidiu com a ideia da separação entre corpo e alma, onde os corpos tenderiam a serem funcional e simbolicamente máquinas. Em "O nascimento da Medicina Social", Foucault (1993, p. 80) assume a hipótese de que o capitalismo socializa o corpo enquanto força de trabalho. "Com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o

riscos onde se pedirá à sociedade (ou mais propriamente à economia) que os indivíduos possam ter rendimentos suficientes para poder, por eles próprios, diretamente e a título individual, assegurarem-se, por meio de sua própria reserva privada de recursos, contra os riscos da existência, o que inclui a velhice e a morte. Assim, temos uma política social que tem por instrumento a propriedade privada.

Submetido a limitações econômicas e a grandes desigualdades sociais, o Brasil, no entendimento de Martins (2003), é obrigado a adotar um sistema misto. Nesse cenário, seguiu-se à criação do SUS uma série de ações com o objetivo de estimular a "medicina mercantil" privada. Para o autor, nos anos 1990 o Brasil continuou nesse processo de estímulo aos dois modelos de gestão (modelo da sociedade medicalizada e o modelo do capitalismo biotécnico) de forma conjunta. Enfatiza que esse sistema acaba por favorecer os setores empresariais e outros setores que dispõem de acesso privilegiado aos recursos públicos para a saúde. Em suas palavras:

> Na prática, os *modelos mistos* da América Latina e de outros países de desenvolvimento intermediário conhecem uma pressão forte por parte dos grupos privados, interessados em reforçar a presença do *modelo de capitalismo biotécnico* e especulativo. Os ideólogos desse modelo procuram igualmente satanizar as *medicinas populares e alternativas*. Mesmo disciplinas humanistas como a psicanálise, que já tem um amplo reconhecimento, são vistas como ameaças para a reprodução de um *modelo médico*-mercantil estreitamente dependente dos interesses dos grandes laboratórios de medicamentos, das indústrias de equipamentos e das empresas de seguros privados (MARTINS, 2003, p 104).

Por outro lado, esclarece que alguns setores passam a se preocupar com a generalização do utilitarismo econômico na saúde. Pacientes também começam a buscar saídas para a sobrevivência frente à medicina oficial. Cresce na opinião pública o temor de que as vidas das pessoas valem pouco diante de uma medicina preocupada com a manipulação de órgãos e com a produção de medicamentos e equipamentos com a finalidade de ganho econômico, mais do que com o ser humano:

> No dia-a-dia, estamos fartos de narrativas sobre a má medicina: diagnósticos mal feitos, erros cirúrgicos, problemas de esterilização nos hospitais, ou simplesmente faturas médicas impossíveis de ser pagas pela grande maioria dos cidadãos consumidores dos mercados de bens médicos. Esses exemplos oferecem em conjunto um quadro em preto e branco dos cuidados médicos públicos e privados. Todos temos histórias arrepiantes a contar sobre um parente, um amigo ou alguém de nossa convivência que conheceu dificuldades no momento de enfrentar médicos, hospitais, farmácias e seguradoras (MARTINS, 2003, p. 122).

---

contrário; que o capitalismo socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho [...]. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo".

Diante desse cenário explicitado pelo autor observamos a supervalorização da lógica utilitarista na área da saúde, com a medicina oficial sistematizando um conhecimento utilitário e tecnicista. Isso fica demonstrado, dentre outros, por meio de sinais como: a generalização da lógica utilitarista e mercantil no interior da instituição médica[78], o fato de parcelas significativas de fundos públicos para a saúde serem privatizadas; o aumento de forma especulativa do valor dos medicamentos, hospitalizações, consultas e planos de saúde; de erros médicos e negligência destes em relação aos pacientes, em um formato onde cada vez mais há o distanciamento da dimensão humanitária.

A medicina oficial, como a apresentada pelo autor, assenta-se sobre a expansão do utilitarismo médico de forma direta (a exemplo da expansão das empresas privadas) e indireta (como na redefinição dos orçamentos hospitalares a partir de critérios utilitaristas baseados nos custos da doença), de forma a desconsiderar o que acontece do lado de fora do consultório médico ou nos corredores dos hospitais (MARTINS, 2003).

Entretanto, o autor nos alerta para alguns sinais positivos de mudança de padrões, que podem ser percebidos por meio do surgimento de medicinas alternativas. Nesse aspecto utiliza o termo "nova medicina" para expressar o "conjunto das transformações dentro e fora do campo da medicina oficial, envolvendo tanto as reações tecnicistas como humanistas, bem como mobilizadas por interesses dos mais diversos (políticos, corporativistas, econômicos, culturais e religiosos)" (MARTINS, 2003, p. 141)[79].

Essa lógica utilitarista no interior do campo médico vem inspirando a criação de mercados de bens e serviços médicos adequados aos interesses da indústria farmacêutica e ao "capitalismo médico". Essa expansão do utilitarismo tem dois efeitos principais. Em um plano, o capital médico[80] procura fazer monopólio das decisões sobre pesquisas científicas, sobre a produção de medicamentos e até mesmo sobre os processos de diagnóstico e prescrição médica. Em outro plano, temos a lógica mercantil especulativa que se apropria, via transferências sancionadas por projetos governamentais, dos recursos públicos destinados à saúde pública, ameaçando a sobrevivência do "modelo de sociedade medicalizada". Essa

---

[78] Manifestada pela prioridade da eficiência técnico-econômica.

[79] O autor ainda esclarece que, externamente ao campo médico oficial, essas transformações relacionam-se com o resgate de práticas médicas diversas (populares, xamânticas, orientais, indígenas etc.) as quais se encontram presentes, em especial, no interior da medicina popular e das terapias alternativas e na possibilidade de ainda serem integradas ao campo oficial num horizonte visível. Internamente, referem-se ao esforço dos profissionais que não concordam com a medicina alopática e instrumental de resgatar a complexidade do fenômeno etiológico e endêmico (MARTINS, 2003, p. 141).

[80] Representado hegemonicamente por laboratórios farmacêuticos, firmas produtoras de equipamentos médico-hospitalares, empresas de seguro privado e grandes grupos hospitalares privados (MARTINS, 2003).

lógica médico-mercantil favorece a redução das práticas médicas a um jogo de interesses econômicos e utilitários entre médicos-capitalistas e doentes-consumidores.

Dessa forma, percebemos as dificuldades que têm os modelos mistos em conciliar uma medicina pública e universal, como a brasileira, com outra privada e elitista, pois, como nos esclarece o próprio Martins (2003, p. 146), "no final das contas, os *lobbies* privados terminam manipulando a política da saúde em seu favor". Essa privatização da medicina transfere para grupos privados utilitaristas o poder de gerenciar as decisões sobre o direito à vida, comprometendo as práticas democráticas:

> Ao se condicionar o acesso aos serviços de saúde e, por conseguinte, o acesso aos direitos de cidadania a certos mecanismos mercadológicos, cria-se na sociedade uma situação muito difícil para a sobrevivência de práticas democráticas. Redefinindo-se as práticas médicas, não mais pelo objetivo de gestão do sofrimento social, mas pela busca de criação de pacientes-consumidores que devem fazer parte de um mercado de doenças e medicamentos inesgotável (pois o sofrimento humano passa a ser a matéria-prima básica para a produção da mercadoria-doença), obviamente essa parte da *medicina moderna* deixa de aparecer como uma instituição comprometida com a equidade e universalidade dos direitos sociais (MARTINS, 2003, p. 155-156).

A busca por desmontar o Estado de bem-estar social e o modelo de sociedade medicalizada estava fundada em uma defesa, por parte de teóricos e partidários do neoliberalismo, da ideia de que se o utilitarismo econômico fosse generalizado em todos os planos da vida social haveria uma racionalidade de custos. Dessa forma, nessa linha de pensamento, entendia-se que a distribuição das riquezas coletivas deveria seguir o critério da competição entre os indivíduos, ou seja, da capacidade que cada indivíduo teria em competir, calcular e acumular, independentemente de possíveis reflexos no âmbito do aumento das desigualdades econômicas e na ampliação da exclusão social. Entretanto, conforme observa Martins (2003), o aumento das desigualdades entre os indivíduos e nações observado nos anos 1990 provou a ilusão dessa ideia.

O Brasil dispõe de um sistema misto, pelo qual operam a lógica mercantil e a estatista, mesmo o SUS sendo considerado uma importante iniciativa no sentido de responder às necessidades de saúde das populações, em especial, daqueles mais carentes. Mas, na realidade, esse caráter público não é considerado uma prioridade política quando se observa a grande quantidade de recursos direcionados para a iniciativa privada, mostrando que o fator decisivo é o político e não o técnico (MARTINS, 2003).

Entretanto, as questões aqui colocadas não significam dizer, em absoluto, que a medicina e, mais amplamente, a saúde pública enquanto instituições sociais, estão historicamente condenadas a se tornarem um mercado de bens e serviços como qualquer

outro. Há alguns caminhos em favor de procedimentos humanistas[81]. Entretanto, o que se observa de forma progressiva é a medicina oficial mudando sua posição com relação ao que se imagina ser uma medicina pública, universal e solidária.

A desumanização, para Martins (2003), está se tornando algo legítimo nas clínicas e hospitais privados. Influenciados por interesses utilitaristas, muitas instituições, inclusive as públicas, acabam por reorganizar as suas prioridades, em desfavor do lugar do doente para favorecer os lugares dos que ambicionam o poder do dinheiro e do prestígio científico. Essa influência afeta o processo de avaliação em saúde tornando-o alinhado aos interesses utilitaristas e produtivistas, visto estar inserido em um modelo de sociedade capitalista.

As questões apontadas pelo autor ao longo destas páginas, conforme enfatizado, direcionam-se à crítica ao contexto em que se insere a medicina moderna. Entendemos ser pertinente trazer estes argumentos, pois acreditamos que a saúde pública e, particularmente, o processo de avaliação em saúde, encontram-se inseridos nessa lógica utilitarista e produtivista e, portanto, o estudo do autor traz importantes contribuições e reflexões nesse sentido. Diante disso, faz-se necessário propor alternativas para humanizar a saúde e tornar a avaliação menos vinculada à lógica produtivista e mais emancipatória. Os esforços em defesa da saúde pública são necessários. A crítica, neste estudo, assenta-se em repensar o processo de avaliação em saúde, com destaque à prioridade de ações democratizantes em um contexto de crise do capitalismo contemporâneo.

É importante enfatizar que a todo o momento ocorrem processos avaliativos. Falamos de avaliação ou somos submetidos a processos avaliativos, mesmo sem nos darmos conta disso. De uma forma ou de outra, o fato é que participamos de processos que pretendem, entre outros, verificar resultados, alcançar objetivos e checar conhecimentos. Em razão disso, passamos a nos organizar socialmente, e isso ocorre ao longo da trajetória histórica da humanidade. Reconhecer esse aspecto é um passo inicial para a construção de uma avaliação que considere a perspectiva dos sujeitos que participam dos processos (CRUZ, 2011).

Nesta pesquisa, à luz de Cruz (2011), julgamos importante considerar como sujeitos que participam dos processos avaliativos tanto os trabalhadores do SUS, como os gestores municipais de saúde, envolvendo, dessa forma, decisões políticas e técnicas. Essa forma de avaliar a saúde considerando a perspectiva dos trabalhadores do SUS e dos gestores deve ser entendida como algo importante e uma meta a ser alcançada, porém, sem haver a exclusão de

[81] Conforme defende Martins (2003), as reações mais ofensivas contra a ameaça da generalização da racionalidade utilitarista do capitalismo médico são das terapias alternativas, as quais realizam um contraponto crítico à medicina oficial, em um processo de reumanização.

outros atores que também são parte importante do processo, a exemplo dos usuários. Aqui, entendemos que as diferentes perspectivas se integram e se complementam.

Reconhecer a importância da avaliação a partir da perspectiva dos atores envolvidos implica considerar a dimensão subjetiva como um elemento que faz parte dos componentes da avaliação. A partir dessa dimensão, podemos desvendar a apropriação social daquilo que é produzido como resposta às demandas por saúde, incluindo experiências, sentimentos e expectativas. A importância de se considerar essa dimensão por meio de uma abordagem qualitativa é tema da próxima seção.

2.4 O CARÁTER SUBJETIVO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A forte influência positivista na avaliação em saúde alinha-se ao predomínio de métodos quantitativos de análise. Mesmo se observando uma crescente incorporação de estudos qualitativos, as teorias e os métodos a que estes estudos são submetidos muitas vezes não escapam dessa influência positivista (PINHEIRO e SILVA JUNIOR, 2011; GOMES e BEZERRA, 2014a). São estudos que ainda não preveem a adoção de critérios permeáveis às transformações presentes no cotidiano dos atores em suas práticas nas instituições de saúde[82].

Entendimento semelhante está presente em autores como Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012), Deslandes (1997), Martins (2011) e Furtado (2006). Para Miranda, Carvalho e Cavalcante, em grande parte da produção bibliográfica sobre processos e práticas de monitoramento e avaliação predominam enfoques com origem do clássico escopo donabediano de avaliação normativa (estrutura, processo e resultados), originalmente aplicada à avaliação da qualidade de cuidados em serviços de saúde. Desse modo, são poucos os estudos e as publicações que trazem percepções e concepções dos gestores governamentais sobre os processos e as práticas de monitoramento e avaliação em saúde.

Desse modo, alguns princípios positivistas que fundamentam a pesquisa quantitativa podem ser citados: o mundo social funciona a partir do domínio de leis causais; a base da ciência é a observação sensorial; a realidade é percebida a partir de estruturas identificáveis e

[82] Nesse sentido, Minayo (1994, p. 16) entende a metodologia como "o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade". Quando à pesquisa, a autora a compreende como a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. "É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo" (idem, p. 17).

que podem potencialmente fornecer dados para generalizações; é essencialmente analítica; a preocupação principal é identificar resultados e estabelecer explicações para os fenômenos (FURTADO, 2006).

Para Martins (2011, p. 53), o principal problema das abordagens predominantemente quantitativas relaciona-se ao excesso de cuidado com a organização de conteúdos "aritmeticamente ordenados e determinísticos", o que termina "negligenciando justamente os elementos não-causais, dissipativos e mesmo caóticos que estão presentes em todos os planos da vida social". O autor explica esse argumento a partir do entendimento de que a capacidade de organização do sistema de saúde não pode ser definida *a priori* nas planilhas de custos, nas leituras de dados estatísticos e na produção de cenários alternativos.

Para Deslandes (1997), esse paradigma positivista, que vinha se mantendo hegemônico, começa a ser questionado por diversos estudiosos, os quais enfatizam a subjetividade inerente aos processos avaliativos. Essa suposta objetividade começa a ser percebida como limitada pelos vários recortes produzidos pelo investigador. Assim, se começa a perceber que em cada informação coletada, na escolha da amostra, na seleção dos critérios e princípios, nos métodos de tratamento estatístico, há decisões que envolvem julgamentos de valor[83].

Dessa forma, a supremacia dos dados quantitativos como único sustentáculo para a avaliação em saúde começa a ser revista. Ao longo dos últimos anos, o processo de avaliação deixou de ser considerado exclusivamente técnico para incorporar elementos qualitativos, na perspectiva de complementariedade e de enriquecimento dos instrumentos teórico-metodológicos da avaliação em saúde (DESLANDES, 1997). Desde então, no sentido de tratar a avaliação como um processo e uma construção que envolve os mais diferentes atores, vêm se tornando habituais outras formas de abordagens, rompendo-se com o modelo quantitativo e positivista predominante (MINAYO, 2006).

Se considerada a perspectiva qualitativa, um programa ou serviço passa a ser entendimento como algo em movimento e com dinâmica própria. Considera-se a ação dos atores distintos, os quais se alinham e se contrapõem, na busca por compreender e interpretar antagonismos e consensos. Assim, a avaliação também procura decifrar conflitos no sentido de entender a cultura institucional e a prática dos agentes envolvidos. Além disso, a perspectiva qualitativa considera os movimentos sociais e a conjuntura histórica em um

[83] O reconhecimento da subjetividade do pesquisador não significa a defesa do relativismo ou a simples opinião mascarada de cientificidade. Para Wagner Campos e Rosana Campos (2000), a questão é que não se faz ciência ignorando o próprio interesse e a subjetividade, mas a partir da análise crítica da própria posição do campo em que se está estudando.

processo dialético. Essa perspectiva dialética mostra que o processo avaliativo deve contemplar elementos como a análise da história dos serviços, suas especificidades, sua interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação entre os aspectos micro e macropolíticos e econômicos. Ou seja, com a análise dialética pretende-se analisar as conexões que existem entre os elementos que determinam as condições, os fatores ou mecanismos que interferem na produção de um fenômeno ou processo social (DESLANDES, 1997).

Na pesquisa qualitativa pretende-se responder questões particulares em um nível de realidade não quantificável. Na compreensão de Minayo (1994), ela envolve o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis. Nessa linha, Flick (2009) enfatiza que esta pesquisa estuda o conhecimento e as práticas dos participantes, bem como leva em consideração os diferentes pontos de vista em razão das diversas perspectivas e contextos sociais a que estão relacionados.

> De modo diferente da pesquisa quantitativa, os métodos qualitativos consideram a comunicação do pesquisador em campo como parte explícita da produção de conhecimento, em vez de simplesmente encará-la como uma variável a interferir no processo. A subjetividade do pesquisador, bem como daqueles que estão sendo estudados, tornam-se parte do processo de pesquisa (FLICK, 2009, p. 25).

Se considerarmos a avaliação na perspectiva objetiva, estamos fazendo o uso de métodos positivistas de análise. Nesse sentido, os procedimentos de avaliação serão externos ao avaliador. Assim, os resultados obtidos por este avaliador podem ser os mesmos de outras pessoas que utilizaram as mesmas técnicas e procedimentos. Por outro lado, a abordagem subjetiva da avaliação faz uso de procedimentos internalizados pelo avaliador e, por isso, dependendo de sua formação e qualidade, os resultados serão diferentes para diferentes avaliadores.

A avaliação que se alicerça no utilitarismo concentra-se no impacto de um programa sobre o conjunto dos usuários. Há a defesa de que quanto maior o número de pessoas beneficiadas, melhor. Por outro lado, a avaliação “institucionista-pluralista”, na expressão de Gomes e Bezerra (2014a), direciona-se para o impacto de um programa sobre cada uma das pessoas de forma individual. Nessa perspectiva, o avaliador não é imparcial, mas uma pessoa que descreve diferentes valores e necessidades.

Entretanto, as referidas autoras alertam para a crítica tanto ao objetivismo quanto ao subjetivismo. No caso do subjetivismo, este tende a ser visto por muitos como possuidor de

procedimentos anticientíficos, assim, de valor duvidoso, visto que há rejeição da neutralidade do saber científico. Por outro lado, o objetivismo é limitado ao lidar com fenômenos complexos, interativos e dinâmicos, como ocorre na saúde e, dessa forma, não deve ser a principal abordagem para a avaliação de programas do setor público. Entretanto, para Gomes e Bezerra (2014a), se utilizadas de forma integradas, essas duas abordagens se complementam e se potencializam, com a garantia de se considerar as diversas faces do processo de avaliação.

A partir de uma revisão sistemática nas principais bases de dados nacionais, Gasparini e Furtado (2014) identificaram, no âmbito da avaliação, a emergência de enfoques alternativos e abordagens qualitativas. Observaram, ainda, muitos trabalhos que utilizaram as duas metodologias (qualitativa e quantitativa), o que, no entender dos autores, pode representar um avanço ao embate entre os diferentes métodos.

Ao discutirem a abordagem metodológica a ser utilizando para a avaliação da gestão, Gasparini e Furtado (2014) entendem que há expressivo número de pesquisadores adeptos da aproximação entre os métodos quantitativo e qualitativo, segundo os quais a extensão e o papel desempenhado por cada uma das abordagens se combinariam distintamente, por meio da compatibilização e complementaridade. Na mesma linha, Tanaka e Tamaki (2012, p. 826) sugerem mesclar tanto o método quantitativo quanto o qualitativo. Isso porque há o entendimento de que os métodos se complementam e, além disso, se utilizados em conjunto "permitem avaliar diferentes facetas de um mesmo fenômeno e, dessa maneira, possibilitam uma resposta mais adequada à pergunta avaliativa".

Conforme ressaltamos, a pesquisa qualitativa não se opõe à quantitativa, na medida em que a realidade abrangida pelos dois métodos interage dinamicamente, excluindo qualquer oposição. Uma pesquisa pode apoiar a outra. Se forem combinadas, podem fornecer um quadro mais geral da questão em estudo, tendo em vista que aspectos estruturais podem ser analisados por métodos quantitativos e aspectos processuais por abordagens qualitativas. A abordagem quantitativa é orientada pela perspectiva do pesquisador, enquanto que na qualitativa são ressaltados os pontos de vista dos sujeitos envolvidos. A questão da generalização pode ser resolvida na pesquisa qualitativa por meio do acréscimo de descobertas no âmbito quantitativo. Nesse contexto, a abordagem qualitativa facilitará a interpretação das relações existentes entre as variáveis do conjunto de dados quantitativos (FLICK, 2009; MINAYO, 1994).

Consideradas as nuances que permeiam o processo de avaliação em saúde, passemos, a partir de agora, ao estudo desse processo de forma empírica, considerando os movimentos existentes no âmbito do Estado do Acre.

3 SUS NO ACRE: AVALIAÇÃO EM QUESTÃO

A discussão realizada nos capítulos anteriores foi fundamental para a compreensão das questões mais amplas que norteiam o campo da avaliação em saúde. No primeiro capítulo alertamos acerca dos impactos provocados pela crise do capitalismo contemporâneo para a saúde pública. Iniciamos o capítulo seguinte argumentando que a lógica do capital exposta no Capítulo 1 favorece a adoção de uma avaliação utilitarista baseada na ideologia do produtivismo, na qual as leis de mercado assumem grande relevância. A partir disso, realizamos a crítica a essa forma de avaliar a saúde e nos posicionarmos em favor de enfoques emergentes. Consideramos importante elaborar reflexões críticas sobre os processos instalados e sugerir ações alternativas à lógica de mercado, no sentido de contribuir para uma avaliação que pretenda ser, de fato, democrática e emancipatória.

No primeiro capítulo, partimos de aspectos gerais do campo da saúde pública para, no seguinte, nos concentrarmos no processo de avaliação. Neste capítulo, trataremos de questões específicas relacionadas ao SUS, com destaque para o Estado do Acre. Para isso, iniciamos a discussão com uma breve apresentação do SUS. Em seguida, abordamos as principais leis e atos normativos do Sistema, importantes para discutirmos os processos de descentralização, regionalização e financiamento no contexto do federalismo brasileiro. Destinamos uma seção específica para o estudo das instâncias de negociação e o papel do gestor em saúde. A partir da discussão dessas questões, concentramo-nos no âmbito do Estado do Acre, na busca por compreendermos as características do SUS no Estado.

As questões aqui propostas são importantes para os dois capítulos seguintes, nos quais se discute a avaliação a partir de duas abordagens: a quantitativa, relacionada à análise estatística de indicadores financeiros e de saúde; e outra, qualitativa, na qual se pretende compreender as percepções sobre o processo de avaliação de trabalhadores do SUS e de gestores que atuam no campo da saúde pública no âmbito do Estado do Acre.

3.1 TRAJETÓRIAS DO SUS

No mundo, o princípio da universalidade teve sua expressão maior no Estado de bem-estar social. Essa experiência influenciou as forças políticas e sociais que defenderam a implementação do SUS no Brasil (OCKÉ-REIS, 2012).

A proteção social do Estado de bem-estar social europeu e norte-americano se desenvolveu quando o capital industrial comandava o processo capitalista. Entretanto, a partir do início dos anos 1980, conforme comentamos no Capítulo 1, o capital financeiro ressurge de forma duradoura, passando a determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. É nesse cenário de imposição de novos constrangimentos à economia e de redução da ação do Estado que se discute a seguridade social brasileira e se define a saúde pública como um direito de todos e um dever do Estado.

Para Mendes e Marques (2009), na mesma ocasião em que a Constituição Federal de 1988 era redigida, o Brasil sentia os efeitos dos constrangimentos resultantes dessa nova situação mundial, constituída por intensos ataques ao Estado de bem-estar social[84]. Os autores também ressaltam que a introdução do direito à universalização da saúde pública brasileira deu-se em processo distinto e em ambiente diferente daqueles dos países desenvolvidos. Dessa forma, para Marques e Mendes (2007), o Brasil constitui-se em um "caso tardio", tanto em referência ao tempo quanto ao momento histórico do capitalismo mundial.

Nesse cenário, apesar da Carta Magna expressar os anseios dos cidadãos brasileiros, muitos dos direitos sociais fundamentais contidos nos artigos e incisos da Constituição nunca foram plenamente regulamentados. Isso acabou por facilitar os contínuos ajustes e mesmo revogações de direitos consolidados ocorridos nas duas últimas décadas (GADELHA, 2010)[85].

Essa linha de pensamento é compartilhada por Gomes e Bezerra (2014a), os quais afirmam que, desde a sua institucionalização, o SUS vem sofrendo influência das tensões entre o mercado e a cidadania. Por isso, seus fundamentos se apresentam contraditórios com o modo e a relação de produção das sociedades capitalistas. O SUS acaba por se adequar ao sistema hegemônico, afastando-se dos seus princípios doutrinários, ou seja, o modelo de saúde hegemônico vai dominando os ideários de saúde trazidos com o Movimento da Reforma Sanitária. Para os autores, a Reforma Sanitária brasileira, que trazia como proposta inicial a mudança de paradigma por meio da luta política e ideológica contra hegemônica, foi reduzida à criação de um novo sistema de saúde, sem alterar a estrutura do sistema hegemônico.

---

[84] Muitos países começaram a estabelecer dispositivos visando aumentar a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde (MENDES e MARQUES, 2009).

[85] É só observarmos os frequentes Projetos de Lei (PL), Projetos de Lei Complementar (PLC) e Propostas de Emendas Constitucionais (PEC) aprovados que reforçam essa tentativa de fragilização do SUS, a exemplo da Lei 13.097/2015 e da EC 86/2015, conforme demonstra Mendes (2015b).

É importante ter em mente que o sistema de saúde, assim como as demais políticas sociais, é permeado por correlações de forças presentes na arena política. Nesse espaço predominam forças ligadas ao neoliberalismo e, este, alicerça-se no utilitarismo. Conforme ressaltamos no capítulo 2, o predomínio do utilitarismo tem como consequência a tecnificação e a desumanização do cuidado, ou seja, há uma priorização do interesse científico e econômico em prejuízo do interesse social. Em modelos utilitaristas de assistência à saúde os serviços são organizados de forma fragmentada, com foco na doença. No Brasil, foi na década de 1980 que o neoliberalismo avançou, resultado da confluência de fatores como a ditadura militar, a hiperinflação e o endividamento externo (GOMES e BEZERRA, 2014a; GADELHA, 2010; MARTINS, 2003).

3.2 INSTRUMENTOS FORMAIS DE ESTRUTURAÇÃO DO SUS

A Carta Magna de 1988, em seu Art. 198, determinou que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de forma descentralizada, com atendimento integral e com a participação da comunidade. Quanto ao financiamento dessas ações e serviços, estipulou-se que o SUS fosse financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Art. 196, § 1º).

Um dos princípios do SUS, desde a sua institucionalização, é o da descentralização da política de saúde, realizada a partir da edição de diversas Normas Operacionais pelo Ministério da Saúde. Desde a Constituição têm sido estabelecidos instrumentos legais, entre eles as leis 8.080/90 e 8.142/90[86] e as Normas Operacionais Básicas. Estas evidenciaram as regras que definem os mecanismos pelos quais os diversos interessados na política de saúde pública no Brasil podem influir no processo de formulação e implementação da política de saúde[87].

[86] A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo.

[87] Instituídas por meio de portarias ministeriais, as normas operacionais básicas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2011).

Por meio das NOBs 93 e 96, argumenta Mendes (2005), houve o avanço no processo de implementação da gestão municipal descentralizada do SUS e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e dos serviços de saúde. Com a NOB 93, o repasse global dos recursos ("fundo a fundo") conferiu poder ao município por meio da ampliação de seu grau de autonomia, facilitando a execução das ações de saúde locais consideradas prioritárias. Entretanto, para o autor, a NOB 96 inaugura um processo de fragmentação do financiamento, a qual acabou por retirar a autonomia local em nome de uma padronização e, dessa forma, obstou a construção de uma política de saúde ancorada nas prioridades locais.

Em 2001, o Ministério da Saúde aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), com o objetivo de aprofundar o processo de regionalização como forma de garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001)[88]. No caso da política de atenção de alta complexidade no SUS, a Norma definiu claramente a concentração desse serviço sob a responsabilidade do governo federal. Portanto, estabeleceu à esfera federal cuidar da alta complexidade, aos estados da média complexidade e aos municípios da atenção básica. Um ano depois, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002), a qual pode ser considerada uma atualização da NOAS/2001, ao reforçar o mesmo objetivo: de um lado efetivar a regionalização do sistema de saúde, fortalecendo o acesso e a integralidade da atenção, especialmente no tocante à melhoria do fluxo dos níveis de média e alta complexidade; e, de outro, manter a responsabilidade dos serviços de alta complexidade no controle do governo federal (MENDES, 2005).

Entretanto, o problema do financiamento manteve-se presente. Em um cenário de crise de fontes de financiamento começaram a serem formatadas propostas visando, principalmente, aumentar o volume e dar maior estabilidade aos recursos destinados à Saúde. Para Levi e Scatena (2011), a insuficiência dos aportes do orçamento da Seguridade Social para a área resultou na adoção de arranjos e alternativas, a partir de meados da década de 1990, principalmente por meio da vinculação à saúde de recursos de novas contribuições ou de parcela do orçamento fiscal dos entes federativos. No primeiro caso, sobressaiu-se a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que vigorou de 1997 até dezembro de 2007, inicialmente como imposto e logo depois como contribuição; no segundo caso, ressaltou-se a aprovação, em 13 de setembro de 2000, da Emenda Constitucional

[88] A regionalização, mesmo explicitada na CF/88, começa a ganhar força somente no início dos anos 2000 quando da edição das NOAS e, mais incisivamente, após a vigência do Pacto pela Saúde em 2006.

29/2000 (EC 29/2000), a qual estipulou a forma de inserção da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento do SUS.

A CPMF, afirma Ocké-Reis (2012), teve o objetivo de atenuar o estrangulamento do padrão de financiamento público do setor da saúde, sem necessariamente resolver a questão. Por conseguinte, a exigência de se conferir estabilidade ao financiamento continua sendo um dos graves problemas no campo das políticas sociais. Para o autor, os gastos do Ministério da Saúde não aumentaram com a introdução da CPMF. A contribuição acabou cumprindo o papel de substituir as fontes de recursos que estavam financiando a saúde.

Já a EC 29/2000 previu, no primeiro ano de vigência, a alocação por parte dos estados e municípios de, ao menos, 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual precisou crescer anualmente até atingir, aos estados, 12% em 2004 e, aos municípios, 15%. À União, definiu, para o primeiro ano, o aporte de, ao menos, 5% em relação ao orçamento empenhado no período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal[89].

Para Marques e Mendes (2012) a EC 29/2000 não explicita qual é a origem dos recursos e, em relação à Seguridade é omissa, esquecendo toda a discussão realizada anteriormente, como se não houvesse disputa pelos recursos. Essa questão também é apresentada por Ocké-Reis (2012) ao ressaltar o fato da Emenda não buscar a vinculação de fontes ou de um percentual do orçamento da seguridade social à área da saúde, no âmbito dos recursos da União. Para este, um dos problemas iniciais foi o de não definir (a ser feito, necessariamente, por lei complementar) o que se entende por ações e serviços públicos de saúde. Esse mesmo problema surgiu na definição e no acompanhamento das despesas a serem feitas pelos estados, Distrito Federal e municípios. Por exemplo: seriam computados os gastos com inativos e pensionistas da área da saúde? Para o autor, poderia ter-se evitado essa polêmica desde o início, caso houvesse sido definido que a vinculação seria para o custeio dos serviços do SUS.

Entendimento semelhante é o de Mendes (2005), o qual enfatiza o não cumprimento da EC 29/2000 em sua totalidade. No caso dos municípios, a norma foi descumprida na medida em que se verificou, por exemplo, a interpretação do gasto com inativos da área da

[89] No que compete à União, o texto da Emenda propiciou uma acirrada discussão entre o Ministério da Saúde e o da Fazenda a respeito da base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos.

saúde, como despesa com saúde, sendo que há a obrigatoriedade do gestor do SUS em só computar como despesas de saúde aquelas previstas no plano de saúde[90].

A operacionalização da EC 29/2000 estava pendente desde 2003, provocando perda de recursos para o SUS e o enfraquecimento do consenso obtido. Somente em 2012 entrou em vigor a Lei Complementar 141/2012. Esta dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Em 2006 foi assinado o Pacto pela Saúde, resultado de uma série de portarias ministeriais. A partir de então, o gestor municipal passou a assumir imediata ou gradualmente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Com o Pacto, estados e municípios passaram a receber os recursos federais por meio de seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimento[91]. Antes, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para a sua aplicação.

A adesão ao Pacto, para Leite et al. (2012, p. 1.855), coloca para a gestão do SUS nos municípios um conjunto de responsabilidades e compromissos sanitários, com o objetivo de fortalecer a capacidade gestora do sistema de saúde. "Essa situação está expressa tanto na pactuação das prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, quanto na discussão das responsabilidades do Pacto de Gestão"[92].

Para Lima et al. (2012), o Pacto pela Saúde foi elaborado com o objetivo de reduzir as incorreções na distribuição de recursos entre as unidades federadas pela adoção de medidas inovadoras para: a transferência dos recursos financeiros; a formulação de metas e objetivos sanitários para a regulação e a avaliação das ações oferecidas pelo SUS; a formulação de

---

[90] Outro ponto que trouxe dificuldade para a aplicação imediata da EC 29/2000 foi o da carência de informações mais confiáveis sobre os gastos de estados e municípios com recursos próprios. Com o objetivo de trazer informações mais regulares e confiáveis sobre essa questão, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Integrado de Orçamento Público da Saúde (SIOPS) que, na opinião de Ocké-Reis (2012), bem como de Hugo Teixeira e Marcelo Teixeira (2003), está apresentando bons resultados.

[91] O Bloco de Financiamento foi acrescentado posteriormente, intitulado Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (ver Portaria GM/MS nº. 837, de 24 de abril de 2009 que altera a Portaria 204/2007).

[92] As NOBs seguiram a lógica do financiamento que tem como origem o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Houve um processo de disputa política que levou ao financiamento federal (blocos de financiamento), seja por meio das NOBs, NOAS e EC-29. No caso do Pacto pela Saúde, se estabeleceu uma proposta mais flexível de negociação, trazendo os gestores municipais para as esferas de decisão.

estratégias para a organização da gestão regional do sistema; e a definição de uma proposta de organização das redes de atenção, tendo a atenção primária como ordenadora[93].

Aliada a esses instrumentos formais, temos a edição do decreto 7.508 de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, o qual vem com o propósito de dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto agregou o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), um instrumento cujo objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Para Mendes et al. (2015), o COAP busca firmar um acordo de colaboração entre os entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros que serão disponibilizados. Na opinião de Tamaki et al. (2012), o desafio do decreto é inovar nos processos e instrumentos de gestão, superar a fragmentação das políticas de saúde, garantir o acesso com qualidade, fortalecendo os vínculos interfederativos.

3.3 A REGIONALIZAÇÃO E A DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIOS NORTEADORES DA CONFIGURAÇÃO POLÍTICO-TERRITORIAL DO SUS

Situadas em um modelo federativo, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) vêm estabelecer a descentralização e a regionalização como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do SUS. A indução e a coordenação da descentralização são de competência do Ministério da Saúde, por meio da ação normativa das portarias e da alocação de recursos definidos para o financiamento das políticas prioritárias estabelecidas. Na opinião de Viana e Lima (2011), no federalismo há um processo de integração, compartilhamento e decisão conjunta, elementos fundamentais para

[93] Os indicadores de monitoramento das ações previstas no Pacto são: 1) Responsabilidades gerais de gestão do SUS; 2) Responsabilidades sobre a regionalização; 3) Responsabilidades sobre o planejamento e a programação; 4) Responsabilidade da regulação, avaliação e auditoria; 5) Responsabilidades sobre a participação e controle social; 6) Responsabilidades sobre a gestão do trabalho e, 7) Responsabilidade na educação em saúde.

garantir o equilíbrio entre a autonomia dos entes federados e a amenização de conflitos entre eles[94].

Entretanto, Lima (2008) percebe uma contradição quando se analisam as imensas desigualdades socioeconômicas e territoriais presentes na federação brasileira e o modelo pretendido pela saúde pública. Essa contradição, entende, coloca desafios na adoção de mecanismos que compensem as diferenças nas condições materiais e financeiras das instâncias subnacionais, por meio de um conjunto de relações fiscais e orçamentárias entre os governos. A autora argumenta que o modelo de federalismo fiscal adotado pelo Brasil, sob a perspectiva econômica, acabou por gerar constrangimentos e desequilíbrios federativos e, consequentemente, não contribuiu para a redução das desigualdades nas condições de financiamento em saúde nos estados e municípios.

Com base nessas questões, Lima (2008) apresenta dois tipos de desequilíbrios: os verticais, gerados pela elevada concentração de poder de tributação no ente federal, em contraposição às necessidades de gastos das esferas subnacionais pelos maiores encargos assumidos; e os horizontais, em razão de desigualdades socioeconômicas existentes entre os governos que determinam, por um lado, capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, necessidades distintas de gastos públicos decorrentes de variações das necessidades e demandas da população. Nesse contexto, argumenta sobre a necessidade de se adotar mecanismos de equalização fiscal, quanto mais descentralizados os encargos e mais significativas forem as desigualdades regionais.

Visão semelhante é obtida em Levi e Scatena (2011), os quais ressaltam que o modelo de federalismo fiscal no Brasil sofreu alterações a partir da Constituição Federal de 1988. Para eles, ao mesmo tempo em que a Carta Magna ampliou as receitas disponíveis para os Estados e os Municípios, também manteve uma concentração da arrecadação em nível federal, ao redefinir os mecanismos de distribuição dos recursos aos entes subnacionais. Neste arranjo, entendem, está a base dos conflitos que observamos entre os entes federativos, com efeitos que abrangem, inclusive, o financiamento público do SUS.

Para Lima et al. (2012), a implantação do SUS tem gerado várias estratégias visando sua efetivação. Dentre essas estratégias buscou-se, através do Pacto pela Saúde, assegurar o preconizado pelo SUS que é sua descentralização, distribuindo obrigações e responsabilidades pelos diversos entes federativos. As autoras entendem que a regionalização é um processo

[94] No federalismo, além da existência simultânea do poder central representando pela União e do governo descentralizado, ocorrem a unificação e a preservação de múltiplas identidades, admitindo-se, segundo Lima (2006, p. 30), um “amplo espectro para o exercício do poder pelos governos nacional e subnacionais”.

político, influenciado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território. Observam, ainda, que as múltiplas realidades territoriais existentes e a importância adquirida pelas instâncias estaduais e municipais na condução da política de saúde influenciam os processos de descentralização e regionalização do SUS nos estados brasileiros:

> [...] a implantação de sistemas nacionais e universais como o SUS supõe o entendimento entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de poder e legitimidade, que agregam e empregam recursos diversos. Observam-se relações de cooperação e competição, vetos e decisões conjuntas entre atores com projetos políticos frequentemente divergentes (LIMA et al., 2012, p. 1904).

Dessa forma, o processo de descentralização da política de saúde no Brasil não é isento de críticas. Segundo Viana et al. (2003), esse processo está sob forte indução do nível central por meio de normas e estímulos financeiros. A primeira crítica relaciona-se ao caráter tutelado da descentralização pelo nível federal, que vem aumentando a vinculação dos recursos transferidos a determinadas políticas ou programas e diminuindo a autonomia de gestores estaduais e municipais de saúde na formulação de políticas próprias mais adequadas a sua realidade. Além disso, os autores destacam as dificuldades de se integrar as redes municipais de saúde, bem como de se garantir a assistência à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, pelo fato de a descentralização não considerar adequadamente o papel das secretarias estaduais de saúde.

Outras críticas ainda são apontadas, como a inconstitucionalidade da regulamentação feita por meio de portarias ministeriais que estariam colidindo com os princípios previstos nas leis da saúde para alocação dos recursos federais, bem como extrapolando o conteúdo normativo dos limites do Poder Executivo. Por fim, Viana et al. (2003) entendem que o processo de transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os demais níveis de governo não garantiria, por si só, o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas nem, necessariamente, possibilitaria a solidez das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central:

> O fortalecimento institucional dos três níveis de governo depende de alterações mais amplas do Estado – reformas tributárias e do próprio sistema político-administrativo – que transcendem o espaço da política setorial. Portanto, a concretização do SUS não está relacionada apenas à descentralização, mas também a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema (VIANA, et al., 2003, p. 61-62).

Ao discutir as dicotomias entre centralização/descentralização e concentração/desconcentração a partir da análise das políticas de saúde no Brasil no século XX, Luz (2000) argumenta que houve um processo de descentralização nas políticas na década de 1990, mas sem uma verdadeira desconcentração do poder político:

> Em aparente paradoxo, o Estado neoliberal tende a favorecer a descentralização. Digo aparente porque no plano financeiro os governos neoliberais tendem a centralizar os recursos da União, que passam a ser controlados pela sua equipe econômica, através da concentração dos mesmos nos ministérios ligados à economia, e a exercer sobre os outros ministérios e sobre as unidades da federação (estados e municípios) um controle férreo, estabelecendo um conjunto de regras contábeis para o repasse dos recursos provenientes dos impostos a essas unidades (LUZ, 2000, p. 304).

A autora argumenta que historicamente se identificou e confundiu, tanto no plano factual como no das análises das políticas públicas do país, descentralização com desconcentração. Para desenvolver esse argumento, faz uma análise histórica brasileira a partir da Proclamação da República até os dias atuais. A partir disso, identifica que a descentralização que observamos nas políticas públicas até o fim do século XX e a dificuldade da delegação de funções e distribuição de recursos são a manifestação política, no Estado, da concentração de poder social característico da sociedade brasileira.

Os estudos de Luz (2000) indicam que nos anos 1930 e 1940 houve diversificação e burocratização no âmbito das políticas públicas, mas não desconcentração ou descentralização de ações ou funções. Na década de 1990 é quando ocorre descentralização na política de saúde brasileira, a partir do entendimento de que houve delegação de funções ou transferência de ações para municípios e localidades. Mas, se considerada a concentração dos recursos na esfera central de governo e a priorização de determinados programas verticais, não necessariamente coerentes com os escolhidos como prioritários em nível municipal, a autora reforça que se trata de uma descentralização incompleta. Esta chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, parcial ou integralmente, o funcionamento de programas e serviços locais, sobrecarregando os profissionais de saúde e responsabilizando-os pelas falhas resultantes do estrangulamento do sistema de atenção à saúde. Dessa forma, entende que se houve descentralização na política de saúde na última década, não houve a desconcentração:

> No desenvolvimento desta lógica de “repasses”, a partir de um certo ponto, o poder central passa a agir como um agente financeiro em relação a esses entes públicos, “emprestando-lhe” os recursos necessários para obras de investimento, custeio e folha de salários. Como conseqüência dessa lógica os estados e municípios não apenas passam a depender do poder central para desempenhar a contento suas atividades, como tendem a endividar-se para além do que permitiriam as receitas provenientes de suas unidades. Cria-se um círculo vicioso semelhante ao que enfrenta o próprio estado nacional face aos organismos financeiros internacionais.

> Desse ponto de vista, o Estado neoliberal é o mais centralista de todos os que a República brasileira pôde conhecer no século findo (LUZ, 2000, p. 304).

Por sua vez, a autora enfatiza que a pressão por parte de setores da sociedade civil, de segmentos de profissionais, bem como do poder público em nível municipal é constante e tende a crescer com o papel do poder local na política global nos anos vindouros, pressionando o Estado, na busca de democratização, no sentido da descentralização com desconcentração e, melhor, com equidade.

Visão semelhante é obtida em Mendes e Louvison (2015), para quem o verdadeiro processo de descentralização, no qual há autonomia de decisão dos níveis estaduais e municipais em relação ao poder federal, implica entendermos a saúde como uma questão política. Questão esta que envolveria não só o Executivo, mas também o Legislativo, os partidos políticos e toda a sociedade. Caso isso não ocorra, os autores entendem que o avanço seria apenas no aspecto relacionado à desconcentração burocrático-administrativa. Ao mesmo tempo em que o SUS tem com diretriz constitucional a descentralização, também deve ser constituído pela integração de ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada.

Vimos, com as críticas necessárias, que a descentralização da política de saúde deve estar alinhada ao modelo federativo brasileiro, convergindo na transferência, por parte da União, de poder decisório, responsabilidades de gestão e recursos financeiros para os estados e, em especial, para os municípios. Já a regionalização pode ser considerada um processo mais amplo, no qual são configuradas regiões, sendo afetada, em diferentes espaços geográficos, pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos (LIMA et al., 2012). Da forma como se realizou no Brasil, Lima e Viana (2011, p, 40) alertam para os conflitos da regionalização com as diretrizes da descentralização. Para as autoras, a regionalização tem “natureza complementar e se forma a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial”. Já a descentralização se “constitui de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas”.

Na opinião destas autoras, pelo menos duas razões acentuaram essa tensão entre a regionalização e a descentralização da política de saúde brasileira. Ao contrário do que ocorreu em outros países, no Brasil o planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização. Ocorreu o contrário, ou seja, logo no início do processo de implantação do SUS houve uma dissociação entre a estratégia da descentralização e da regionalização. A

outra razão refere-se ao tardio início do processo de regionalização, o qual se configurou depois de reiterados ciclos de descentralização.

Reflexões estão sendo feitas por gestores, estudiosos e pesquisadores no sentido de integrar serviços e qualificar a descentralização a partir de sua regionalização. Isso parte da enorme dificuldade de se conceber um sistema fracionado em mais de cinco mil sistemas municipais e 27 sistemas estaduais. Paralela a esse fracionamento há uma centralização federal das políticas de saúde, estas fragmentadas em uma enorme quantidade de programas federais os quais, muitas vezes, não refletem as necessidades de saúde de determinadas regiões de saúde. Soma-se a isso a fragmentação da saúde pública por meio da ampliação de programas focais, cada um direcionado a um tipo de risco ou enfermidade (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Para Viana e Lima (2011), as regiões em saúde possuem duplo significado. Elas se constituem como base territorial que produz autossuficiência do sistema de saúde (rede integral à saúde, incorporação tecnológica, qualificação e alocação de recursos humanos), mas também representam espaços geográficos ligados à condução político-administrativa do sistema de ações e serviços de saúde no território. Dessa forma, entendem que esse é um processo complexo em virtude da necessidade de se compatibilizar questões pouco compatíveis, a exemplo da institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente à heterogeneidade territorial; ao reconhecimento da responsabilidade pública a partir da participação e do envolvimento da sociedade civil e dos agentes que compõem o sistema de saúde no território; e à regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais. Para as autoras, a questão pode ser assim apresentada:

> [...] como estabelecer um processo de regionalização na saúde que garanta a cidadania social respeitando a diversidade territorial e superando as desigualdades, e que simultaneamente, crie um espaço mais democrático de decisão da política com responsabilização pública e autonomia local? (VIANA e LIMA, 2011, p. 13).

Na regionalização há uma multiplicidade de agentes atuando no espaço interestadual. Os incentivos estão dirigidos para as regiões e os processos fortemente relacionados à esfera estadual e aos municípios envolvidos na pactuação. As formas de coordenação e cooperação entre os entes federados são decisivas para a regionalização da saúde no país (LIMA e VIANA, 2011; LIMA et al., 2012). Sem um processo de regionalização em saúde, a descentralização se uniu ao desenho federativo brasileiro, sem levar em consideração o papel dos governos estaduais, ao mesmo tempo em que enfatizou as competências dos municípios em fornecer serviços. Para Lima et al. (2012), mesmo que percebamos resultados positivos

no processo de municipalização[95], entendem que problemas relacionados à fragmentação e à desorganização de serviços, instituições e práticas permanecem na atualidade.

Somam-se a isso as profundas desigualdades regionais na distribuição e no acesso às ações e aos serviços de saúde que ainda permanecem em um país continental e territorialmente heterogêneo como o Brasil. Influenciadas por questões histórico-estruturais, econômicos, socioculturais e políticas, essas diversidade de situações geográficas existentes no país confere profundos desafios ao processo de regionalização em saúde. Para as autoras, se há a pretensão de conferir maior efetividade das políticas de saúde é necessário que na formulação de propostas e na implementação de estratégias de regionalização esses desafios sejam considerados.

Pelo que observamos na literatura, percebemos que o processo de descentralização avançou alinhado ao contexto federativo brasileiro. Entretanto, a discussão sobre a regionalização foi tardia em relação à descentralização, começando a entrar na pauta de discussões a partir da edição da NOAS 2001, do Pacto pela Saúde e do COAP. Entretanto, para que este processo efetivamente ocorra, há muitos desafios e um longo caminho ainda para ser trilhado. Nos autores consultados neste estudo, observamos uma defesa ao processo de regionalização em saúde como uma alternativa ao impasse da fragmentação das ações e serviços de saúde e do centralismo federal programático.

Coadunando com Santos e Campos (2015), diríamos que a região é um caminho para a integração dos serviços em rede, os quais atualmente encontram-se fracionados. Mesmo com os grandes desafios impostos ao processo de regionalização, entendemos que é por meio da região que será possível unir os municípios de forma sistêmica com o intuito de garantir a integralidade da assistência à saúde, sem desconsiderar o princípio da descentralização.

3.4 O FINANCIAMENTO DO SUS E O GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

Aliado ao processo de descentralização e regionalização da saúde, um assunto que permanece quando se fala em SUS é a problemática de seu financiamento. No Brasil, a partir dos anos 1990 ocorrem intensos conflitos por recursos financeiros destinados à execução de

[95] Destacam a ampliação do acesso à saúde; as práticas inovadoras incorporadas ao campo da gestão e da assistência à saúde; e a emergência de novos atores no que compete ao processo de sustentabilidade política e financeira à saúde.

uma política pública universal em saúde. Essa disputa é resultado da força do capital financeiro em determinar as políticas de governo resultando, não raro, em cortes expressivos de recursos para a área social. A prioridade conferida ao capital financeiro torna inviável a garantia de um financiamento adequado para as áreas sociais, em especial à saúde pública brasileira (MENDES e MARQUES, 2009)[96].

Dessa forma, é um tema recorrente na literatura a crise do padrão de financiamento do SUS[97]. A Carga Magna de 1988 definiu que o SUS seria financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Nessa conjuntura, entende Ocké-Reis (2012), havia a compreensão de que as bases de sustentação do OSS assentavam-se nas seguintes fontes: a) recursos dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; b) recursos oriundos das contribuições sociais[98], dos trabalhadores e das receitas de concursos e loterias. O autor traz esses elementos para evidenciar a indefinição de uma fonte específica para o setor saúde, bem como o não estabelecimento de percentuais de vinculação no momento da arrecadação.

Para Levi e Scatena (2011), a Constituição Federal de 1988 deu novos contornos ao federalismo fiscal brasileiro[99] na medida em que ampliou as receitas disponíveis para os estados e municípios. Entretanto, manteve a arrecadação concentrada no nível federal, redefinindo os mecanismos de distribuição e devolução dos recursos às instâncias subnacionais. Nesse arranjo, para os autores, está a raiz dos conflitos que vêm marcando a relação entre os entes federativos no Brasil, cujos efeitos, por sua vez, acabam se estendendo ao financiamento público do SUS e são fatores importantes quanto se fala sobre desigualdades regionais em saúde.

---

[96] Conforme vimos no Capitulo 1, a partir dos anos 1980 o capital financeiro regressa com força, após o período dos trinta anos gloriosos no qual ficou reprimido, determinando novo comportamento ao Estado e assegurando o pleno crescimento de sua forma parasitária e fictícia (MENDES e MARQUES, 2009).

[97] Esse não é um tema recente. Para Porto (2006), ainda em 1967 havia estudos sobre essa questão ao citar como exemplo o artigo publicado por Rodolfo dos Santos Mascarenhas intitulado "Financiamento dos serviços de saúde pública". Nesse trabalho, entendido como pioneiro, Mascarenhas analisa detalhadamente a arrecadação de impostos no Brasil, a descentralização dos serviços de saúde pública e as despesas efetuadas por cada nível de governo. Entende que a maior relevância desse artigo estaria relacionada com a atualidade dos pontos tratados: a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde pública, capacidade de autofinanciamento das esferas estaduais e municipais, descentralização e desigualdades regionais. Entretanto, assinala que naquele período a política de saúde no Brasil estava organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

[98] Contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, sobre o faturamento e, ainda, sobre o lucro líquido das empresas.

[99] O federalismo fiscal é configurado pelas formas como se distribuem os poderes e se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias, no âmbito das federações. É modelado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, sendo resultado de escolhas políticas (LIMA, 2008).

Na procura por resgatar as bases do financiamento do SUS no momento da Constituição de 1988, Marques e Mendes (2012) entendem que a Carta Magna não havia criado vinculação entre um tipo de contribuição e ações de algum ramo da Seguridade. Isso reforçaria, em tese, a concepção de Seguridade Social, entendida como ações e serviços que, embora relativos à Previdência, à Assistência e à Saúde, eram integrantes indivisíveis de uma mesma proteção social. Na época, essa concepção era partilhada praticamente por todos aqueles comprometidos com a saúde pública e universal. Mesmo assim, foi garantido no Ato das Disposições Transitórias que, enquanto não fosse regulamentada a lei de custeio da Seguridade Social, pelos menos 30% do total de seus recursos deveriam ser destinados para a saúde.

Essa questão também é abordada por Ocké-Reis (2012), o qual discute a crise do padrão de financiamento público da saúde entre 1993 e 1999, em particular, dos efeitos da criação da CPMF e da promulgação da EC 29/2000. Entre suas considerações, destaca o fato da estagnação econômica da década de 1980 provocar a necessidade de serem criadas fontes alternativas ao financiamento do setor saúde.

> Para que o SUS - bem como as áreas que compunham o OSS - estivesse apto a garantir bases materiais e efetivas para a concretização da universalidade, seria fundamental diversificar as fontes de financiamento: por um lado, isso evitaria problemas derivados de oscilações macroeconômicas; por outro, tendo em vista o diminuto mercado formal de trabalho brasileiro, tal diversificação tenderia a contra-arrestar uma diminuição da base de financiamento, já que boa parte desse novo modelo baseava-se também na folha de salários (OCKÉ-REIS, 2012, p. 39).

A falta de delimitação de papeis e tarefas entre as esferas de governo, de modo a garantir a complementaridade dos esforços, bem como a indefinição das fontes de receita e níveis de comprometimento de cada esfera de governo com o financiamento das ações ensejaram, segundo Teixeira e Teixeira (2003), uma grave crise do financiamento da saúde no início da década de 1990. Crise esta que foi atenuada nos anos seguintes, mediante o aumento do volume de recursos municipais aplicados no setor, além da descentralização da execução das ações aos governos locais e da reformulação das fontes de financiamento federal.

Ao analisar a distribuição percentual dos gastos do Ministério da Saúde segundo a fonte, Ocké-Reis (2012, p. 43) concluiu pela existência de contínuas alterações anuais das fontes de financiamento, o que permitiu pensar em ausência de vontade política, no sentido de garantir um volume adequado e regular de recursos para o financiamento das políticas de saúde. “Parece que há o receio de que a utilização sistemática de certa fonte para determinado órgão crie a expectativa de uma espécie de vinculação”, afirma.

No entendimento de Levi e Scatena (2011, p. 91), ainda que seja possível afirmar que o SUS vem fortalecendo sua base de financiamento nos últimos anos, comparações com sistemas de saúde de outros países mostram que ainda há um longo caminho a ser percorrido. Para eles, "a concretização dos princípios de universalidade e integralidade somente poderá ser lograda quando a sociedade entender como aceitáveis os custos do seu financiamento, o que parece reservado a um futuro ainda distante".

A questão do financiamento remete à discussão referente ao gasto em saúde. O gasto público em saúde é um importante instrumento por meio do qual o Estado influencia na distribuição de renda. Para Mendes (2005, p. 42), "o impacto distributivo do gasto em saúde dependerá de sua magnitude, sua distribuição e seu financiamento, assim como de sua eficiência e eficácia na aplicação dos recursos correspondentes". O autor entende que um dos grandes problemas do Brasil é dispor de baixo gasto público para responder a um sistema de saúde universal[100].

Coadunam com esse entendimento Levi e Scatena (2011), os quais concluem que, para qualquer dimensão utilizada, o gasto público em saúde ainda é baixo no Brasil:

> De fato, o montante despendido é pequeno, seja em valores per capita, seja como percentual do gasto público total, seja como proporção do PIB. Além disso, considerando-se que o SUS é um sistema de saúde que se pretende universal, o fato de o gasto público no Brasil corresponder a algo em torno de 40% do gasto total em saúde, sugere que ainda há um longo caminho a ser percorrido na direção da ampliação das suas fontes de financiamento (LEVI e SCATENA, 2011, p. 111).

O Brasil ainda está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública como os demais países que detêm um sistema público e universal. Como argumento, Mendes (2012) traz dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) atestando que, em 2011, enquanto o SUS gastou 3,8% do PIB, o gasto público em saúde em países como Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália foi, em média, 7,9%[101]. Esse argumento é corroborado por Levi e Scatena (2011), ao afirmarem que o montante gasto com a saúde ainda é pequeno no Brasil, independentemente de se considerar valores per capita, percentual do gasto público total, ou mesmo a proporção do PIB.

---

[100] Mendes (2012, p. 124) ainda registra que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde, em que o gasto privado é maior que o gasto público. No Brasil, "a participação do gasto público no total do gasto nacional com saúde é de apenas 47%".

[101] Mendes (2012, p. 134) relata que, com a aprovação da EC 29/2000 foi possível que o gasto com o SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 4,0% do PIB, em 2009. Entretanto, esse montante é ainda insuficiente para ser universal e para garantir atendimento integral: "[...] o gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse a escala desses países, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de se equiparar à média dos países da OCDE, isto é, 8,3%".

Quanto à dinâmica dos gastos públicos com saúde, verificamos que a parcela referente à União foi a que teve menor elevação, enquanto que os gastos com saúde realizados com recursos próprios dos estados e dos municípios se elevaram em um ritmo bem superior. Para Levi e Scatena (2011), a distribuição das transferências de recursos da União para a saúde ainda é bastante desigual entre os estados, mas sua evolução indica uma tendência à maior homogeneização de valores e sugere a adoção de estratégias diferenciadas por parte do Ministério da Saúde, visando reduzir desigualdades regionais[102].

Portanto, a partir dos argumentos de Mendes e Louvison (2015, p. 394), entendemos que, desde o surgimento do SUS, há o problema do subfinanciamento que, na opinião dos autores, se constitui como uma política de Estado. Como exemplos recentes desse subfinanciamento, destacam duas medidas. A primeira refere-se à lei 13.097/2015, a qual possibilita que o capital estrangeiro explore os serviços de saúde abrangendo, inclusive, o setor filantrópico via permissão de aquisição de Santas Casas, as quais são financiadas pelo Estado brasileiro. Os autores veem como problemática essa expansão da entrada de capitais estrangeiros na assistência à saúde, no "quadro de um progressivo alargamento do setor privado no interior do SUS, ao mesmo tempo em que há uma crescente precarização dos seus serviços, com a flexibilização dos vínculos trabalhistas". Além disso, como segunda medida do subfinanciamento destacam, também, a aprovação da EC 86/2015 por meio da qual a base de cálculo do financiamento federal da saúde é modificada, com a consequente redução do nível de gasto em saúde.

Dessa forma, explicitamos nestas últimas seções, com a crítica necessária, elementos importantes referentes à estruturação do SUS, aos processos de descentralização e de regionalização em um contexto federativo, bem como destacamos a problemática do financiamento e do gasto público em saúde. De posse dessas informações, passamos agora a discutir as instâncias de pactuação e de negociação no âmbito do Sistema.

---

[102] Nesse ponto, Teixeira e Teixeira (2003) enfatizam a contribuição do SIOPS no que compete ao cálculo da despesa *per capita* por esfera de governo e por unidade da federação. Entendem que as informações disponíveis no SIOPS são essenciais para a realização de estudos e formulação de políticas que redimensionem o financiamento da saúde, tendo em vista uma distribuição mais equitativa de recursos.

3.5 NEGOCIAÇÕES, PACTUAÇÕES E DECISÕES NO ÂMBITO DO SUS

As instâncias de negociação, pactuação e decisão no âmbito do SUS abrangem diferentes esferas de governo e de grupos considerados representativos dos interesses da sociedade. Pode ser citada a participação dos gestores nos Conselhos de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados (Cosems), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e nas Comissões Intergestores Regionais (CIR)[103].

Na saúde, as instâncias de negociação e articulação intergovernamental das diversas escalas territoriais (nacional, estadual e regional) foram criadas tendo em vista a necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro com os princípios e diretrizes do SUS. Submetidas ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde, por meio dessas instâncias procuram-se realizar debates e negociações que tragam acordos e parcerias entre as esferas de governo, no processo de formulação e implementação da política de saúde (LIMA e VIANA, 2011; NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

As CIRs são instâncias colegiadas de gestão instituídas mais recentemente, as quais se relacionam à gestão no âmbito regional. São compostas por representantes do Estado e do conjunto de municípios de cada região. Sua implantação teve início em 2006 e vem obedecendo a um ritmo próprio em cada estado. Além disso, são variadas as formas de organização e funcionamento dessas instâncias, bem como os modelos adotados para lidar com os contextos e lugares existentes (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Um elemento importante a ser discutido quando falamos de gestão em saúde[104] refere-se ao fato de o Ministério da Saúde dispor de recursos institucionais para induzir as decisões dos governos locais. Ao analisar os resultados de sua pesquisa, Mendes (2005, p. 99) concluiu que a introdução de incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos romperam com a ideia original, que era a de permitir que o município tivesse liberdade na alocação dos recursos transferidos a seu fundo. Para ele, “a liberdade concedida ao município nesse tipo de arranjo se circunscreve a organizar e/ou contratar os serviços ‘incentivados’”.

---

[103]Decreto 7.508 de 28/06/2011. Também chamadas de Colegiados de Gestão Regional.

[104] A gestão é definida na NOB SUS 01/96 como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, por meio das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação.

Nesse contexto, observamos que o aumento da importância das transferências federais não foi acompanhado pela possibilidade de os municípios exercerem autonomia na determinação da política de saúde. Diante disso, é relevante questionar em que medida a necessidade de recursos induz à adesão aos programas, por parte dos municípios, independentemente da importância da ação para o atendimento às necessidades de saúde da população local.

Além disso, embora haja uma tendência à redução das diferenças entre os municípios quanto à participação no total da produção de serviços básicos, permanecem grandes diferenças no que diz respeito ao acesso aos serviços. Entretanto, para Arretche (2003), não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência. Primeiro porque a descentralização e a autonomia da gestão local são termos muito genéricos, dizem muito pouco quanto à natureza dos arranjos institucionais sob os quais a gestão local das políticas pode ocorrer. Além disso, a autora comenta que a autonomia dos governos pode produzir resultados opostos aos esperados pelos defensores mais otimistas da descentralização.

Um entendimento presente no âmbito do estudo de Arretche (2003) é o de que a autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, as quais podem não ser necessariamente compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população. Para ela, são as regras institucionais de uma política pública (como regras do processo decisório e mecanismos de controle e punição) que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais.

A autora argumenta que os governos locais já assumiram a gestão da atenção básica à saúde no Brasil. No entanto, entende que não há qualquer garantia intrínseca à gestão local que promova responsabilidade, eficiência, acesso universal e patamares equitativos de atenção à saúde. Nesse cenário, a qualidade da ação dos governos depende, em grande medida, dos incentivos e controles a que estes estão submetidos. Fatores como a limitada capacidade de investimento do Ministério da Saúde nos anos 1990 e o fato de que o gasto público, em alta e média complexidade, ser fortemente dependente da oferta de hospitais privados e filantrópicos (os quais tendem a concentrar-se em municípios com renda mais elevada) interferem diretamente na concentração da oferta de serviços de média e alta complexidade.

Devemos considerar, nessa perspectiva, que nem sempre o aumento do gasto em saúde significa o alcance de maior eficiência na gestão dos seus recursos. Em outras palavras, fazendo uso das palavras de Mendes (2005, p. 215), “gastar mais em saúde não significa gastar melhor”.

Nesse sentido, Arretche (2003, p. 342) questiona o que tem sido objeto da avaliação de desempenho dos gestores locais. A autora traz argumentos que reforçam a tese de que têm sido minimizadas as exigências com relação a resultados, o que permite aos gestores locais o uso de artifícios para adequar a aplicação dos recursos às suas necessidades. Neste caso, entende que a desigualdade de resultado seria consequência do conteúdo das próprias NOBs. Ou seja, “ao privilegiar regras que produzissem a adesão dos municípios ao SUS, no contexto de construção do sistema descentralizado, exigências orientadas a reduzir a desigualdade no acesso aos serviços estiveram em segundo plano na escala de prioridades”. Dessa forma, a capacidade de indução do Ministério da Saúde não se restringe à habilitação dos municípios ao SUS, mas se estende às prioridades dos governos locais na gestão de seus sistemas de saúde.

Nessa linha, Leite et al. (2012) observam que as secretarias municipais de saúde, apesar de estarem amparadas pelos instrumentos de planejamento, na maioria das vezes, apresentam-se como simples prestadoras de serviços. O planejamento dos recursos é elaborado pelas prefeituras, especificamente pelo contador, e em alguns casos, a direção dos recursos não indica a necessidade da população. Dessa forma, o processo de planejamento e orçamento não é fundamentado em sugestões dos órgãos deliberativos.

Além disso, ressaltam que a atuação dos Conselhos Municipais, apesar do suporte legal, não cumpre o seu papel, na medida em que apresenta diversas dificuldades, como falta de pessoal qualificado para as exigências da lei, principalmente no que diz respeito ao cumprimento da fiscalização orçamentária. Como sugestão, entendem que devem ser desenvolvidas, em nível local, ações de planejamento, que permitiriam melhorar o monitoramento, controle, avaliação e informe dos resultados. Nesse contexto, faz-se fundamental ampliar a presença e a capacidade das instituições para apoiar programas e prioridades nacionais, mediante o fortalecimento dos níveis estaduais e municipais.

Com esse entendimento relacionado às instâncias de negociação, pactuação e decisão no SUS concluímos as questões mais gerais sobre o Sistema. Nas seções anteriores, de maneira sintética, vimos: a) a trajetória de criação do SUS, expondo embates entre o capital e a seguridade social; b) instrumentos formais de estruturação do Sistema; c) os processos de

descentralização e de regionalização da política de saúde dentro de um contexto federativo; d) as adversidades em torno do financiamento do SUS e do gasto público em saúde.

As questões aqui discutidas estão relacionadas às dificuldades enfrentadas pelo SUS e estão situadas em um cenário mais amplo, de crise do capitalismo contemporâneo. Quando nos lembramos da trajetória do SUS, vimos que este foi criado em um momento em que o Estado de bem-estar social se fragilizava diante do avanço da política neoliberal. Vimos, ainda, que a legislação infraconstitucional não garantiu adequadas fontes de recursos para a saúde, apesar da vigência da CPMF e da EC 29/2000. Conforme explicitamos no Capítulo 1, diante do predomínio do capital financeiro, o orçamento público federal e, com ele, o orçamento da seguridade social, é permeado pela forte presença do capital portador de juros. Há a apropriação do fundo público por parte desse capital em busca de valorização. Os juros da dívida pública abocanham grande parte do orçamento. Esse movimento é fator decisivo para o problema do subfinanciamento do SUS que perdura desde a sua existência.

Nesse cenário, o SUS traz como princípios norteadores a descentralização e a regionalização, as quais não conseguem avançar no sentido de considerar as condições socioeconômicas e geográficas particulares dos municípios. O que observamos é uma concentração de recursos na esfera federal e onde a liberdade dos municípios tende a se restringir para a contratação de serviços incentivados. Esse caminho trilhado tende a reforçar o argumento de que vivemos um período marcado pela crise do capitalismo contemporâneo e onde a solução para amenizar seus efeitos envolve a redução do gasto público relacionado às políticas sociais, impactando na saúde pública brasileira e condizente com os princípios de um modelo neoliberal em que há limites para a atuação do Estado.

Neste estudo, até então, nos concentramos em aspectos teóricos sobre o tema ao qual decidimos nos dedicar e fizemos isso a partir da escolha de autores que convergem à nossa maneira de ver a saúde pública. Partimos de uma discussão ampla realizada no Capítulo 1 para, em seguida, no Capítulo 2, voltarmo-nos para a avaliação em saúde. Neste Capítulo 3 discutimos o SUS em seus aspectos teóricos, com a mesma linha de argumentação crítica que iniciamos este trabalho.

A partir de agora nos concentramos no Estado do Acre, objeto empírico desta Tese. Na seção seguinte, buscamos caracterizar o SUS no Estado. Os Capítulos 4 e 5 tratam, respectivamente, dos resultados relacionados às abordagens quantitativa e qualitativa utilizadas para desvendar o processo de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre. Com essa visão geral da pesquisa passamos, então, a discutir o SUS no âmbito do Estado do Acre.

3.6 O SUS NO ESTADO DO ACRE

3.6.1 Breve Histórico da Implantação do SUS

Em estudo que visava elucidar as relações intergovernamentais na implantação da política de saúde no Estado do Acre, Klein (2010) conclui, a partir de investigação documental, observação sistemática e entrevistas, que o processo de implantação do SUS no Acre foi lento e com discordâncias entre as esferas de governo sobre a descentralização dos serviços. No entendimento do autor, o processo de implementação do SUS no Acre foi marcado pela Secretaria Estadual de Saúde, gradativamente, incorporar serviços de competência do governo federal. Houve transferências federais das mais diversas, bem como a criação de instâncias na organização da Secretaria para que esta se adequasse ao processo regulatório da política de saúde e iniciasse o Sistema. As novas regras relacionadas à regulação do SUS foram efetivando gradualmente a descentralização por meio do estabelecimento de convênios entre os entes federados.

O momento de início do SUS no Estado foi marcado, em 1990, por uma forte disputa política eleitoral para o executivo estadual, a partir da polarização de dois candidatos: Edmundo Pinto, do Partido Democrático Social (PDS), e Jorge Viana, do Partido dos Trabalhadores (PT). O grupo conservador, liderado por Edmundo Pinto, venceu as eleições. Decorrida a disputa eleitoral, houve um processo de negociações, acordos e conflitos na descentralização dos serviços de saúde, tendo como pano de fundo as divergências políticas decorrentes daquele processo eleitoral (KLEIN, 2010).

No período, esclarece Klein (2010), a Secretaria Estadual de Saúde passou por um processo de reorganização administrativa, tendo em vista a institucionalização e a implantação das instâncias de gestão do SUS. No ano de 1991, houve a criação de novos setores na estrutura organizacional com o propósito de tornar viável o novo sistema de saúde, além de ser elaborado um plano de reorganização com diretrizes apontando a concordância com o novo sistema.

O referido autor cita como o ato de maior abrangência para o início do SUS no Acre o convênio SUS Acre 01. Este convênio foi assinado entre o governo do Estado e o governo federal em 1991, detalhando atribuições ao governo estadual para a consolidação do SUS no

Estado. O acordo estabeleceu, entre outros, a transferência de recursos financeiros do INAMPS para investimentos na rede de serviços do Acre; a responsabilidade do governo do Estado sobre todas as unidades públicas assistenciais e o comprometimento do Estado no sentido de dar condições aos municípios visando adequá-los ao processo de municipalização dos serviços de saúde. Os acordos construídos por meio de convênios favoreceram a implantação da política de saúde para os municípios, promovendo a descentralização.

Entretanto, entende Klein (2010), esses acordos com os municípios, visando o processo de descentralização, sofreram dificuldades entre os anos de 1993 e 1994, o que ocasionou a redução das atividades nas secretarias municipais de saúde. Entre os problemas apontados para o atraso no processo de descentralização estavam: a alta rotatividade de secretários municipais de saúde e suas equipes; a falta de um Plano Estadual de Saúde claro quanto às políticas e atribuições da esfera estadual; a falta de médicos; bem como o gasto elevado de recursos financeiros com atividades meio, comprometendo atividades fins. Com débitos junto a credores e inadimplente com o pagamento do FGTS e do INSS, em dezembro de 1994 a Secretaria Estadual de Saúde do Acre deixou de receber as transferências de recursos do Ministério da Saúde.

É sob essa forte crise que uma nova gestão tem início em 1995. Do mesmo partido que o anterior, o governo de Orleir Messias Cameli deu continuidade ao processo de descentralização dos serviços de saúde. Entretanto, esse processo se mostrou frágil, conforme nos esclarece Klein (2010, p. 119):

> Ao mesmo tempo em que secretarias municipais de saúde buscavam organizar os serviços da atenção básica o gestor estadual mobilizava recursos e agia no lugar das esferas municipais. Essa forma de coordenar a política de saúde estava em desacordo com o processo regulatório do SUS que era claro quanto às atribuições das esferas de governo na organização dos serviços.

A partir da consulta a documentos, Klein (2010) identificou que a Secretaria Estadual de Saúde passou a dedicar alguma atenção para o processo de descentralização em 1997, quando houve o incentivo à organização dos conselhos municipais de saúde; assessoramento em projetos nos municípios; seminários e fóruns com prefeitos e secretários municipais visando sensibilização para ações básicas de saúde; bem como a implantação de programas e realização de campanhas. No ano de 1998, ano das eleições estaduais, diagnosticou-se que a Secretaria Estadual de Saúde se restringia a executar ações voltadas para o tratamento de doenças pouco expressivas, limitada ao atendimento individual centrado no profissional médico.

Em 1998, houve a conquista do Executivo estadual por partidos que representavam a oposição ao *establishment*. O governo assumido por Jorge Viana, do PT, encontrou uma grave crise na saúde. Somente dois municípios, Rio Branco e Cruzeiro do Sul tinham capacidade para realizar atendimentos complexos. Em 13 cidades havia atendimento básico e sete municípios não tinham médico vinculado ao SUS. Na Secretaria Estadual de Saúde não havia um banco de dados para o acompanhamento e desenvolvimento das ações e os equipamentos estavam sucateados e abandonados. Além disso, não dispunha de um sistema de controle de investimentos e gastos, sendo que o repasse de recursos ocorria aleatoriamente. O SUS no Estado, portanto, estava com sérias dificuldades de funcionamento (KLEIN, 2010).

Na busca por solucionar os problemas, esclarece Klein (2010), o governo inicia um processo de reconstrução com base em algumas prioridades, a destacar a reconstrução da estrutura física e investimentos focados nas ações básicas de saúde. Também foi criada uma central de informação visando reunir diferentes dados e a Secretaria foi informatizada com a compra de equipamentos e programas de informática. Além disso, os débitos junto aos fornecedores e a folha de pagamentos dos funcionários, que estava com dois meses em atraso, também foram regularizados.

Na gestão estadual iniciada em 1999 houve o fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde. Iniciaram-se reuniões, plenárias de trabalhadores e usuários para discutir a nova organização do Conselho e os conselheiros foram capacitados, em uma tentativa de superar a fragilidade do controle social no sistema de saúde e adequar o funcionamento do Conselho às normas do SUS (KLEIN, 2010).

O governo eleito em 1999 foi reeleito em 2002, o que possibilitou a continuidade na condução da política de saúde. Em 2006, o vice-governador do segundo mandato de Jorge Viana, Binho Marques, venceu a disputa estadual. Nas duas próximas eleições, de 2010 e de 2014, o Partido dos Trabalhadores (PT), por meio de uma aliança conhecida como Frente Popular, em vigor desde o período de Jorge Viana, logrou vitória nas eleições e tem se mantido à frente do Executivo Estadual, por meio do então senador Tião Viana.

Dessa forma, sintetizando a partir dos argumentos de Klein (2010), observamos que, no Estado do Acre, o processo de implantação do SUS foi lento, marcado por divergências entre as esferas de governo quanto à descentralização dos serviços. Essas divergências eram maiores e retardavam mais o processo nos municípios onde os gestores locais tinham identificações partidárias diferentes do gestor estadual.

Quanto aos recursos financeiros, o autor argumenta que o processo de implantação da política de saúde no Acre aconteceu em um cenário de escassez, sendo que, em alguns momentos, os poucos recursos e falhas administrativas causaram graves crises nos serviços. A pouca capacidade do Estado em gerar recursos próprios fez piorar a dependência em relação ao governo federal. Em um cenário mais atual, inclusive, tanto na esfera estadual quanto nos municípios, a sustentação da política de saúde depende dos recursos da União. "O Estado do Acre com seus municípios têm receitas locais baixas, que em alguns casos chegam próximo de um décimo do valor dos gastos com a saúde" (KLEIN, 2010, p. 226).

Causa a impressão, para o referido autor, de que as sucessivas crises vivenciadas pelo SUS no Acre tiveram como consequência a não realização do planejamento. Ao que tudo indica, a Secretaria Estadual de Saúde concentrava esforços no sentido de atender à regulação federal em ações de curto prazo. Foi em 2000 que foi elaborado o "Plano Estadual de Saúde 2000 a 2003", o qual indicava a adoção de novas práticas pela gestão após os períodos de crise enfrentados. Dessa forma, no que compete ao planejamento estadual da saúde pública, o autor destaca ser deficitário do ponto de vista metodológico, não sendo considerado um instrumento para a tomada de decisões na implementação da política de saúde.

Nessa linha, em pesquisa referente à gestão pública do SUS no período de 2000 a 2007, Silva (2011) destaca a não utilização do Plano de Saúde como um instrumento norteador das diretrizes políticas; a ausência de uma definição de missão, bem como um modelo de gestão que não tem expressado a forma de condução da saúde no nível estadual. Em relação aos procedimentos administrativos básicos como coordenação, planejamento, monitoramento e avaliação, a autora conclui serem pouco instituídos internamente na Secretaria Estadual de Saúde do Acre, o que contribui para tornar a gestão mais dispersa. Apesar da interferência do Ministério da Saúde, entende que não foi possível implementar na SESACRE um sistema de planejamento condizente com a realidade e nem compatível com as necessidades. Para a autora, as forças políticas tiveram mais capacidade de articulação para desenvolver um sistema próprio de condução, sem que, necessariamente, fosse apoiado por bases científicas da área do planejamento, prevalecendo as forças políticas internas ao setor saúde.

Nesse cenário, Silva (2011) considera estratégico estabelecer uma agenda nacional de enfrentamento dos problemas de gestão dos municípios mediante diagnósticos bem elaborados e amplamente debatidos, de forma a fortalecer o SUS e as políticas públicas de saúde e a credibilidade dos serviços públicos. Considerar redundante esse debate é, para ela,

uma forma de fugir da realidade vivenciada pelos municípios. Por isso, discutir tais problemas é importante para contribuir com a melhoria do desempenho, redução de desigualdades e, além disso, aumentar o grau de responsabilização dos gestores públicos para com a sociedade.

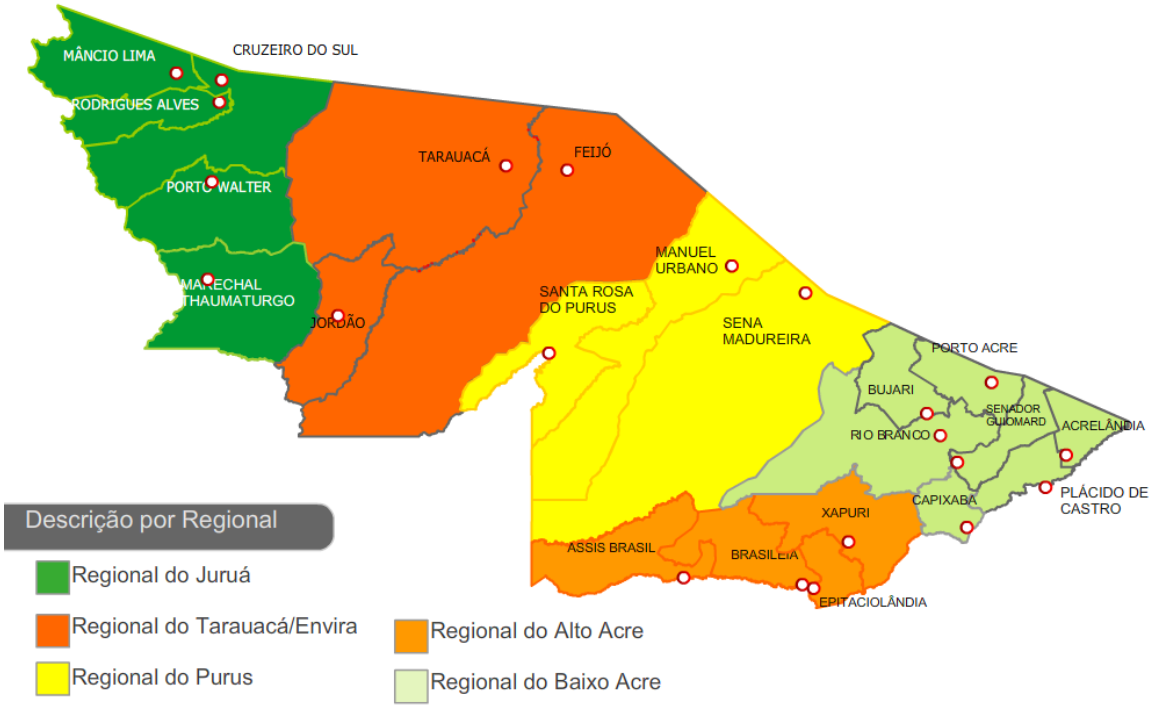
Com a compreensão das questões mais centrais envolvendo um contexto histórico de implantação e estruturação do SUS no Estado do Acre é que iniciamos as seções seguintes, nas quais pretendemos apresentar um recorte do panorama atual da saúde pública no Estado do Acre, de forma a identificar relações e peculiaridades consideradas importantes para o entendimento do SUS. Iniciamos discutindo as peculiaridades dos municípios do Estado do Acre.

4.6.2 Peculiaridades Regionais

O Estado do Acre está localizado na parte sudoeste da Amazônia, entre Rondônia e Amazonas, fazendo fronteira com a Bolívia e com o Peru. É o 15º em extensão territorial, com uma superfície de 164.221,36 Km². Ocupa 4,2% do território da Amazônia e 2% do território nacional. É constituído por 22 municípios com uma população de mais de 800.000 habitantes. Rio Branco, capital do Estado, possui população estimada em 370.000 habitantes, representando cerca de 40% da população do Estado[105]. Na Figura 1 vizualizamos as regiões e os municípios que compõem o Estado:

[105] Dados obtidos no site do IBGE, endereço:< http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ac#> e no site do governo do Estado do Acre, endereço: <http://www.ac.gov.br/wps/portal/acre/Acre/estado-acre/municipios>. Acesso em: 10 jul. 2016.

Figura 1 - Divisão político-administrativa do Estado do Acre, 2015.



Extraído de: <http://www.ac.gov.br/wps/portal/acre/Acre/estado-acre/municipios>.

Os municípios do Estado do Acre guardam muitas peculiaridades. O acesso à Santa Rosa do Purus, Jordão, Marechal Thaumaturgo e Porto Walter, municípios com as densidades demográficas mais baixas, somente é possível por via fluvial - navegação considerada o caminho tradicional da Amazônia brasileira -, e aéreo, em aeronaves de pequeno porte. Santa Rosa do Purus é o município que possui a menor população do Acre e ocupa o nono lugar em extensão territorial. Jordão é um dos municípios mais isolados do Estado, pois não possui acesso terrestre para os municípios vizinhos. O acesso se faz somente por via fluvial, com duração em média de cinco dias de barco, ou por via aérea. Seu município vizinho, Tarauacá, desempenha um importante papel para a economia de Jordão, pois se destaca como o grande fornecedor de mercadorias. Para chegar ao município de Marechal Thaumaturgo os únicos meios de acesso são os transportes fluvial e aéreo. Este possui uma forte relação econômica com Cruzeiro do Sul, através do rio Juruá. Em situação semelhante encontra-se o município de Porto Walter (ACRE, 2016).

Dessa forma, há particularidades na regional do Juruá. É localizada na parte ocidental do Estado, sendo uma região com predomínio de grandes rios e vasta extensão de florestas. O clima é equatorial e úmido, sendo definido por um período seco e outro chuvoso. O período de chuvas se estende em torno de oito meses, o que dificulta o acesso a algumas localidades

por via terrestre. Nesta regional o município mais populoso é Cruzeiro do Sul, com a segunda maior população do Estado. A região é acessível por terra pela rodovia BR-364 (ACRE, 2016).

Ao longo da BR-364 estão situados os municípios de Rio Branco, Sena Madureira, Manuel Urbano, Feijó, Tarauacá, Cruzeiro do Sul e Mâncio Lima. Feijó tem a quinta maior população do Acre e é o primeiro em extensão territorial, seguido por Sena Madureira e Tarauacá, respectivamente (ACRE, 2016).

Situação diferente é observada no leste acreano, região da capital Rio Branco, o município mais populoso. Nela se concentra a maior parte da infraestrutura administrativa do Estado, dos serviços de saúde e de outros setores que polarizam a vida na região e em todo o Estado (ACRE, 2016).

No Estado do Acre, de acordo com o Zoneamento Ecológico-Econômico há projetos de Assentamentos, Unidades de Conservação e Terras Indígenas, os quais se encontram presentes em maior intensidade em municípios considerados mais isolados (ACRE, 2011).

3.6.3 As Regiões de Saúde

O desenho de organização da atenção à saúde no Estado é constituído por três regiões[106]. A Região I compreende o Baixo Acre e Purus, com sede no município de Rio Branco. Abrange os municípios de Santa Rosa, Manuel Urbano, Sena Madureira, Bujari, Porto Acre, Rio Branco, Senador Guiomard, Plácido de Castro, Acrelândia, Capixaba e Jordão[107].

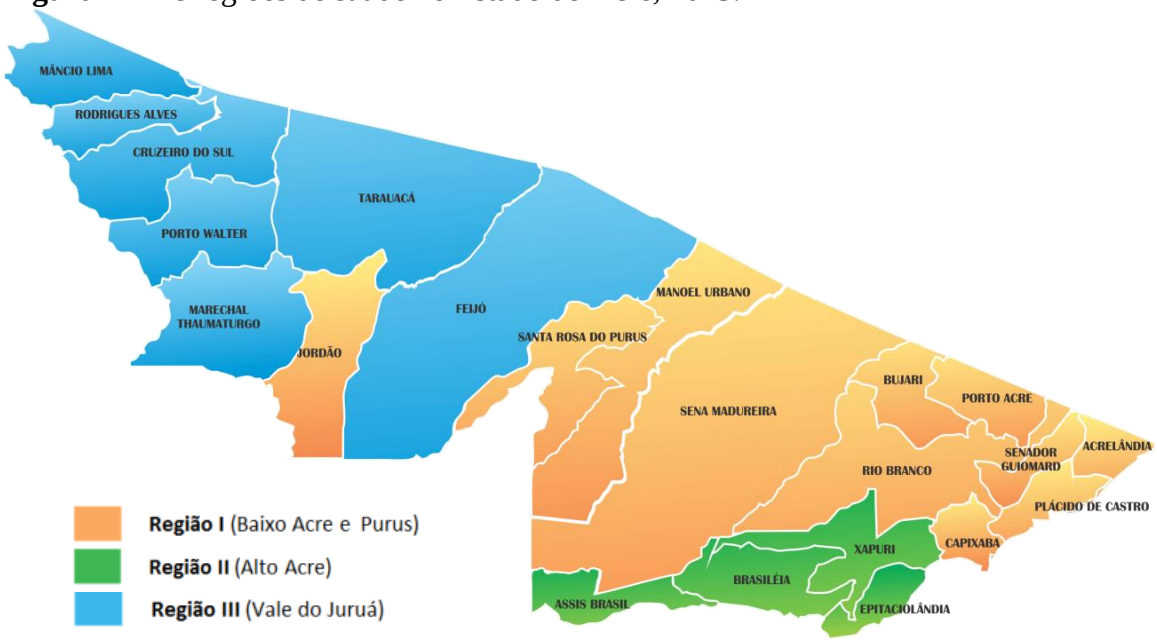
A Região II está situada no Alto Acre, com sede em Brasileia e envolve os municípios de Xapuri, Epitaciolândia, Brasileia e Assis Brasil. E a Região III compreende o Vale do Juruá, com sede em Cruzeiro do Sul. Abrange os municípios de Cruzeiro do Sul, Mâncio

[106] No Plano Diretor de Regionalização de 2003, o desenho da regionalização era composto por cinco regiões de saúde: Alto Acre, Baixo Acre, Purus, Tarauacá-Envira e Juruá. A partir do ano de 2009, através da Resolução CIB nº 38, de 31/07/2009, foi pactuado o novo desenho da regionalização do Estado em três regiões de saúde: Alto Acre, Baixo Acre/Purus e Juruá/Tarauacá-Envira.

[107] No ano de 2012, através da Resolução CIB nº 31, de 26/03/2012 foi pactuado a anexação do município de Jordão à região de saúde do Baixo Acre/Purus, face às especificidades locais. Dentre essas especificidades, podemos destacar o seu isolamento terrestre, a dificuldade de navegação no período seco e a maior facilidade do transporte aéreo, ligando-o à capital Rio Branco.

Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Tarauacá e Feijó[108]. Na Figura 2 é possível identificar os municípios em suas regiões de saúde.

Figura 2 – As regiões de saúde no Estado do Acre, 2015.



Extraído de: < http://mapadasaude.saude.gov.br/mapadasaude>. Adaptado pelo autor.

3.6.4 As Comissões Intergestores Regionais e o Plano Diretor de Regionalização

Por meio da Resolução CIB nº 36/2012 foi pactuado o reconhecimento das três Comissões Intergestores Regionais (CIRs) no âmbito do Estado do Acre. As CIRs foram reconhecidas nesta resolução como espaços permanentes de pactuação e cooperação das regiões de saúde com o objetivo principal de garantir o cumprimento dos princípios do SUS, constituindo-se em instância de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais e estadual de saúde. Para efeitos administrativos e operacionais, as CIRs estão vinculadas à SESACRE, devendo observar as diretrizes da CIB na sua conformação e operacionalização[109].

---

[108] Municípios que fazem fronteira com o Peru.

[109] A CIB, criada pela Portaria n. 646, de 18/6/1993, tem reuniões regulares (mensais) com infraestrutura no âmbito do espaço físico da SESACRE. Conta com uma secretaria executiva e uma comissão técnica formada por quatorze membros.

O regimento da CIB no Estado do Acre (Resolução CIB nº. 132/2013) estabelece como uma das competências desta Comissão a homologação das pactuações realizadas pelas CIRs, além da manutenção de contato permanente para acompanhamento e avaliação dos processos de descentralização e regionalização do SUS.

A ata de constituição do Colegiado de Gestão Regional da Região I foi lavrada em 21/10/2009. Um dia antes, o Colegiado de Gestão da Regional II foi constituído, com Ata datada em 20/10/2009. E, em 1/10/2013, foi elaborada a Ata de implantação da CIR na Regional III, ocasião em que foram eleitos o coordenador e o vice-coordenador. As Regiões de Saúde foram criadas pelo menos seis anos após a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), datado de 2003[110].

Na época de elaboração do Plano Diretor, argumentou-se no documento que o processo de regionalização do SUS no Estado do Acre estava ocorrendo de forma mais lenta e progressiva se comparado ao restante do país, devido a algumas características peculiares do Estado. Dentre essas características estava o fato de grande parte dos municípios não possuírem capacidade técnica, administrativa e operacional para assumir suas responsabilidades mínimas na atenção básica.

Além disso, estariam apresentando baixa receita fiscal e o montante de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para o custeio da atenção básica era considerado insuficiente para cobrir as despesas com recursos humanos, materiais e transporte. Ademais, no PDR foi acrescentado o fato de o Estado apresentar dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde: existiam poucas estradas e alguns municípios fronteiriços não possuíam possibilidade de comunicação por via fluvial em determinado período do ano[111]. Além disso, o documento destaca o grande número de referências feitas por transporte aéreo para a capital, o que representaria, para o Estado, um elevado custo de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Além disso, no PDR também foi destacada a questão da falta de mão de obra. A remuneração média dos profissionais de saúde, assim como os custos associados à manutenção de equipamentos, em toda a região Norte e, particularmente no Acre, seria, em geral, superior ao observado em outros estados do país. Também foi evidenciada a insuficiência de recursos humanos em toda região, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, ressaltando-se a grande rotatividade de profissionais.

---

[110] O Plano Diretor de Investimento (PDI) integra o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

[111] Barreiras geográficas ao acesso. Um exemplo citado no PDR, na época, foi o de que 60% do território não teria via terrestre de acesso.

Essas questões estariam dificultando a transferência de funções da Secretaria Estadual de Saúde para os municípios, a desconcentração de serviços da capital para o interior e a organização da rede assistencial de forma a responder, com qualidade e resolutividade, aos principais problemas de saúde da população acreana. Apesar dos avanços obtidos com a municipalização, o PDR alerta para a existência de desigualdades no que diz respeito às condições e possibilidades dos municípios em garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços necessários, nos seus distintos níveis de complexidade.

Dessa forma, foi explicitado, no referido documento, que a implantação da regionalização exigiria um enorme esforço de pactuação dos diversos níveis gestores do sistema, no sentido de estabelecer estratégias que atendessem às especificidades regionais e locais para a solução de seus principais problemas de saúde e ajudassem a superar os entraves para a organização da assistência.

Assim, como necessidades específicas do PDR estabeleceram-se, entre outros: a divisão de responsabilidades entre a Secretaria de Estado de Saúde e as secretarias municipais de saúde, no que se refere à prestação e à gestão das ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade da assistência; a formulação de modalidades alternativas de atenção à saúde que superassem as dificuldades de acesso e aumentassem a resolutividade da assistência, diminuindo a demanda para referências intermunicipais e interestadual; bem como a formulação de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) que aumentasse a capacidade de oferta dos municípios, não só na rede de apoio especializado, mas também na atenção básica e que possibilitasse a qualificação e a fixação de profissionais.

Assim, no PDR foram identificadas as problemáticas consideradas mais expressivas. Como ressaltamos, o documento foi elaborado em 2003 e, anos depois, as CIRs foram criadas com a proposta de desenvolverem ações para minimizar problemas de saúde e consolidarem o processo de regionalização. Torna-se necessário saber se da época da elaboração do PDR aos dias atuais houve o enfrentamento aos problemas de saúde relatados. Para isso, é necessário verificar como está disposta a estrutura atual de saúde no Estado, destacando-se os serviços especializados e os procedimentos, o que faremos na sequência.

3.6.5 A Atual Estrutura de Saúde

A estrutura de saúde no Estado do Acre pode ser identificada a partir dos estabelecimentos por natureza jurídica, visto que, por meio dessa identificação é possível perceber a relação entre o público e o privado e, assim, verificar o grau de dependência ao SUS. Na Tabela 1 são apresentados os tipos de estabelecimentos por natureza jurídica.

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde por natureza jurídica, Acre, 2015.

Tipo de estabelecimento	Adm. Dir. Saúde	Adm. Dir. Outros	Fund. Pública	Empr. Pública	Empr. Privada	Cooperativa	Ent. s/fins Lucrat.	Sindicato
1. Academia da Saúde	19	0	0	0	0	0	0	0
2. Central de Regulação	3	0	0	0	0	0	0	0
3. Central de Regulação Médica das Urgências	2	0	0	0	0	0	0	0
4. Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	3	0	0	0	0	0	0	0
5. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	6	0	0	0	0	0	0	0
6. Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	206	1	0	0	0	0	0	0
7. Clínica Especializada/ Ambulat. Especializado	4	0	0	0	42	0	0	0
8. Consultório	19	0	0	1	246	0	2	1
9. Hospital Especializado	4	0	0	0	1	0	0	0
10. Hospital Geral	11	0	1	0	1	0	3	0
11. Laboratório de Saúde Pública	2	0	0	0	0	0	0	0
12. Policlínica	1	1	0	0	6	1	1	0
13. Posto de Saúde	21	0	0	0	0	0	0	0
14. Pronto Atendimento	3	0	0	0	1	0	0	0
15. Unidade de Atenção à Saúde Indígena	12	0	0	0	0	0	0	0
16. Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	5	1	0	0	41	0	0	0
17. Unidade de Vigilância em Saúde	21	0	0	0	0	0	0	0
18. Unidade Mista	9	1	0	0	0	0	0	0
19. Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp Urgência/Emergência	30	0	0	0	2	0	0	0
20. Unidade Móvel Fluvial	3	0	0	0	0	0	0	0
21. Unidade Móvel Terrestre	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	**385**	**4**	**1**	**1**	**340**	**1**	**6**	**1**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).

Por meio da análise à Tabela 1, verificamos que os serviços públicos de saúde, no âmbito do Estado do Acre, representados pela administração direta, fundação pública e empresa pública, correspondem a mais de 50% dos estabelecimentos. Dentre estes se

destacam, pela quantidade, as unidades básicas de saúde. As cooperativas, sindicados e entidades sem fins lucrativos correspondem a apenas 1% dos estabelecimentos, representados, em maior quantidade, por três hospitais gerais.

Em se tratando das empresas privadas, estas correspondem a 43% do total de estabelecimentos de saúde no Acre evidenciados, em sua grande maioria, por consultórios médicos. Dessa forma, dentre os 340 estabelecimentos de saúde privados, 72% deles correspondem a consultórios médicos. Isso pode sinalizar a concentração, na iniciativa privada, de atividades relacionadas ao atendimento básico e o SUS, nesse sentido, estaria acumulando os procedimentos de média e alta complexidade. Na iniciativa privada há um hospital especializado, 41 unidades de serviços de apoio de diagnose e terapia e 42 clínicas especializadas.

Entretanto, uma questão importante quando falamos da gestão do SUS refere-se à compra de serviços, o que permite identificar o fluxo do paciente.

3.6.6 Contratualizações de Serviços Especializados pela Gestão Estadual

A gestão estadual vem contratualizando serviços especializados com instituições filantrópicas e privadas de saúde, no âmbito do Estado do Acre, de forma complementar ao SUS, com o propósito de ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, especialmente os de maior complexidade e densidade tecnológica.

Há o estabelecimento de convênios, por parte da gestão estadual, com hospitais em Rio Branco e em Cruzeiro do Sul, os quais recebem pacientes de outras regiões. Dessa forma, municípios mais próximos à Cruzeiro do Sul tendem a deslocar seus pacientes para aquele município. Já Rio Branco recebe pacientes não só de municípios vizinhos, mas de todo o Estado.

Quanto às instituições privadas, há cinco contratos em vigência, os quais envolvem serviços relacionados a exames de imagem, triagem neonatal, saúde auditiva, cardiologia, neurologia e neurocirurgia. Assim, observamos que, dentre os já escassos serviços oferecidos pela iniciativa privada relacionados à media e à alta complexidade (Tabela 1), alguns destes são contratados pela gestão pública, o que diminui, mais ainda, o impacto da iniciativa privada no atendimento relacionado à média e à alta complexidade. Além disso, cabe destacar

que as instituições privadas contratadas estão situadas em Rio Branco, indicando a centralidade da capital acreana na oferta de serviços especializados. O Quadro 1 relaciona as instituições:

Quadro 1 - Instituições filantrópicas e privadas que atuam de forma complementar ao SUS, Acre, 2015.

Instituição	Sede	Participação	Modalidade*
Hospital Santa Juliana	Rio Branco	Complementaridade de leitos e de serviços de média e alta complexidade.	Convênio
Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU) - Hospital Regional do Juruá	Cruzeiro do Sul	Assistência de média complexidade no Hospital Regional do Juruá, incluindo Nefrologia/Terapia Renal Substitutiva.	Convênio
Centro de Diagnóstico por Imagem (CEDIMP)	Rio Branco	Exames de imagem (radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética).	Contrato
Núcleo de Atendimento em Triagem Neonatal (NATIVIDA)	Rio Branco	Exames de triagem neonatal	Contrato
ORL Serviços Médicos	Rio Branco	Serviços de saúde auditiva de média e alta complexidade	Contrato
Centro Hemodinâmico e Cardiológico Sociedade Simples Ltda. (HEMOCÁRDIO)	Rio Branco	Serviço especializado de diagnóstico e terapêutica de alta complexidade em cardiologia intervencionista.	Contrato
Instituto Neurológico e Neurocirurgia da Amazônia Ocidental (INAOS)	Rio Branco	Serviço especializado de neurologia clínica e neurocirurgia.	Contrato

Fonte: Dados fornecidos pelo Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (DRCAA) da SESACRE.
Nota:
* A modalidade Convênio destina-se às instituições filantrópicas. A modalidade Contrato refere-se às instituições privadas.

Isso reforça o entendimento de que o SUS é o responsável por atender a grande maioria da população acreana que necessita dos serviços de média e alta complexidade. O fato da grande maioria dos estabelecimentos de saúde privada ser composta por consultórios médicos aliado à contratualização, por parte da gestão pública, de alguns dos poucos serviços especializados existentes na iniciativa privada, reforça o argumento de que é no SUS o local

onde a população acreana encontra a oferta de serviços especializados. Nesse cenário, a parcela da população que recorre à iniciativa privada para atendimento primário acaba por migrar para o SUS, caso necessite de atendimento de maior complexidade.

Esse cenário da saúde no Estado do Acre é explicitado no Plano Estadual de Saúde (2012-2015). Neste documento, o governo do Estado do Acre informa a existência de poucos prestadores privados contratados e esclarece que o SUS constitui-se, predominantemente, por prestadores públicos. Atualmente, segundo consta no referido plano, 94 % da população é dependente do SUS.

Essas questões podem ser melhor esclarecidas quando observamos os procedimentos hospitalares e ambulatoriais no âmbito do SUS no Estado do Acre.

3.6.7 Procedimentos Hospitalares

Para verificarmos os procedimentos hospitalares no âmbito do SUS no Estado do Acre optamos por realizar um recorte envolvendo três anos: de 2013 a 2015. Decidimos apresentar as internações no SUS por especialidade e por nível de complexidade, conforme observamos nas tabelas a seguir:

Tabela 2 - Internações no SUS por especialidade, Acre, 2013 a 2015.

Especialidade/Ano	2013	2014	2015	Total
Clínico	18.729	18.015	16.281	**53.025**
Obstétricos	13.436	13.794	13.114	**40.344**
Cirúrgico	11.633	12.500	12.810	**36.943**
Pediátricos	6.703	6.574	5.089	**18.366**
Psiquiatria	1.220	1.071	1.150	**3.441**
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	5	5	2	**12**
Crônicos	0	1	0	**1**
Não discriminado	0	938	847	**1.785**
Total	**51.726**	**52.898**	**49.293**	**153.917**

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS).

Na análise à Tabela 2, observamos que 34% das internações no SUS estiveram relacionadas a procedimentos clínicos, seguidas de obstétricos (26%) e de cirúrgicos (24%).

Esses procedimentos, se considerados em sua natureza, envolvem partos normais, parto cesariano e diversos tratamentos, conforme observamos na Tabela 3:

Tabela 3 - Oito principais procedimentos hospitalares realizados pelo SUS, Acre, 2013 a 2015.

Procedimentos realizados/Ano	2013	2014	2015	Total
1. Parto normal	7.521	8.216	8.145	**23.882**
2. Parto cesariano	3.084	3.363	3.085	**9.532**
3. Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	2.928	2.922	1.992	**7.842**
4. Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	2.614	2.342	1.415	**6.371**
5. Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	1.456	1.970	1.780	**5.206**
6. Parto cesariano em gestação de alto risco	1.553	1.615	1.564	**4.732**
7. Curetagem pós-abortamento/puerperal	1.247	1.231	1.292	**3.770**
8. Tratamento de traumatismos de localização especificada/não especificada	1.217	1.268	1.218	**3.703**

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS).

De todos os procedimentos cadastrados no âmbito do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH), os cinco com maior demanda relacionaram-se a procedimentos envolvendo gravidez. Por outro lado, os serviços menos demandados relacionam-se a procedimentos envolvendo internações relacionadas à oncologia.

No universo do estudo, identificamos que as mulheres representaram mais de 60% das internações. Essa internação maior de mulheres reflete os resultados apresentados na Tabela 3, na qual observamos que os procedimentos hospitalares com maior demanda envolveram situações relacionadas à gravidez, o que comprova, em parte, o maior número de internações de mulheres.

Se considerarmos esses procedimentos em sua complexidade, observamos que 98% das internações hospitalares envolveram a média complexidade, como vemos na Tabela 4:

Tabela 4 - Internações no SUS por nível de complexidade, Acre, 2013 a 2015.

Complexidade/Ano	2013	2014	2015	Total
Média complexidade	51.028	51.960	48.235	151.223
Alta complexidade	698	938	1.058	2.694
Total	**51.726**	**52.898**	**49.293**	**153.917**

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS).

A partir deste resultado, podemos construir algumas hipóteses: a) de que houve pouca demanda relacionada à alta complexidade nos anos de recorte do estudo; b) de que parte da população fez uso dos serviços de alta complexidade em outros Estados da federação e, dessa forma, não foram computados nos números apresentados.

3.6.8 Procedimentos Ambulatoriais

Da mesma forma que os procedimentos hospitalares, os ambulatoriais também foram considerados em um recorte envolvendo os anos de 2013 a 2015. Nas tabelas a seguir, apresentamos a produção ambulatorial de procedimentos no SUS, bem como os oito procedimentos mais demandados.

Tabela 5 - Procedimentos ambulatoriais no SUS, Acre, 2013 a 2015.

Grupo de procedimento/Ano	2013	2014	2015	Total
Procedimentos clínicos	6.124.958	6.304.342	6.511.707	**18.941.007**
Procedimentos com finalidade diagnóstica	4.205.633	4.651.542	4.152.397	**13.009.572**
Ações de promoção e prevenção em saúde	2.670.785	2.404.540	2.896.655	**7.971.980**
Medicamentos	1.672.805	1.599.213	1.436.119	**4.708.137**
Procedimentos cirúrgicos	426.496	386.613	338.434	**1.151.543**
Ações complementares da atenção à saúde	63.320	49.579	57.605	**170.504**
Órteses, próteses e materiais especiais	11.328	18.252	16.460	**46.040**
Transplantes de órgãos, tecidos e células	569	1.710	2.825	**5.104**
Total	**15.175.894**	**15.415.791**	**15.412.202**	**46.003.887**

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS).

Do total dos procedimentos ambulatoriais realizados, 41% estiveram relacionados a procedimentos clínicos e 28% a procedimentos com finalidade de diagnóstico. Observamos, nesse cenário, que as ações de promoção e prevenção em saúde representaram 17% do total de procedimentos.

Dentre os procedimentos ambulatoriais cadastrados, os com maior demanda envolveram visitas domiciliares realizadas por profissionais de nível médio, aferição de pressão arterial e consulta médica em atenção básica. Dessa forma, os procedimentos ambulatoriais mais demandados relacionaram-se à atenção básica, conforme verificamos na Tabela 6:

Tabela 6 - Oito principais procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS, Acre, 2013 a 2015.

Procedimentos/Ano	2013	2014	2015	Total
1. Visita domiciliar por profissional de nível médio	1.505.827	1.605.822	2.184.627	**5.296.276**
2. Aferição de pressão arterial	930.406	938.602	1.471.401	**3.340.409**
3. Consulta médica em atenção básica	1.115.773	1.025.695	848.659	**2.990.127**
4. Administração de medicamentos na atenção especializada	686.330	782.469	1.045.363	**2.514.162**
5. Ação coletiva de escovação dental supervisionada	624.656	303.841	248.657	**1.177.154**
6. Consulta médica em atenção especializada	399.473	399.127	363.519	**1.162.119**
7. Atendimento de urgência em atenção especializada	376.036	315.740	383.624	**1.075.400**
8. Coleta de material p/ exame laboratorial	288.479	359.826	350.337	**998.642**

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS).

Por meio das informações apresentadas, identificamos a importância que o SUS representa para o governo do Estado do Acre, sendo o responsável não apenas pelas ações de atenção básica, mas pela oferta quase que exclusiva dos serviços de média e de alta complexidade. Os serviços se concentram no âmbito das principais cidades, com destaque para Cruzeiro do Sul e, especialmente, para a capital, Rio Branco, a qual tende a receber pacientes de todo o Estado, pois é nela onde se encontram os serviços de maior complexidade. Observamos, ainda, a grande quantidade de procedimentos hospitalares envolvendo situações de gravidez, o que reflete um maior número de mulheres internadas, bem como de procedimentos ambulatoriais relacionados à atenção básica.

Apesar dos desafios que o Sistema vem enfrentando desde a sua implantação, explicitados por Klein (2010) e por Silva (2011), observamos que a população, em sua imensa maioria, necessita dos serviços de saúde pública para tratar de seus problemas de saúde, especialmente quando estão relacionados à maior complexidade. Isso reforça o argumento da necessária defesa do Sistema diante dos desafios impostos pela fase atual do capitalismo, marcada pelo predomínio do capital financeiro, na qual o SUS, persistentemente, tem sido ameaçado e atacado em sua universalidade, integralidade e equidade.

Também reforça a necessária garantia de fontes de financiamento condizentes com a realidade dos municípios da região Norte e que não estejam constantemente ameaçadas pela lógica do capital portador de juros. Nesse processo, a avaliação em saúde deve ser considerada um instrumento fundamental para a tomada de decisão. Entretanto, precisa primeiro deixar de estar atrelada a interesses utilitaristas que refletem a ideologia do produtivismo e buscar caminhos rumo a um processo emancipatório.

Destacadas as particularidades do SUS no Estado, passamos para o estudo empírico, tema dos dois últimos capítulos. Porém, para iniciarmos esta discussão é importante reforçar a necessidade de integração das abordagens qualitativa e quantitativa.

3.7 DA INTEGRAÇÃO ENTRE AS ABORDAGENS QUALITATIVA E QUANTITATIVA

O processo de avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre é analisado, neste estudo, por meio da integração entre as abordagens quantitativa e qualitativa, na perspectiva de interação entre os métodos para melhor compreender a realidade. Ou seja, o estudo realizado consiste em uma pesquisa descritiva com a utilização do recurso da triangulação de métodos e técnicas, a partir da combinação entre métodos qualitativos, mas também entre métodos qualitativos e quantitativos.

Para Flick (2009, p. 43), a triangulação supera as limitações de um método único por combinar diversos métodos e dar a eles igual relevância, multiplicando as tentativas de aproximação. O autor entende que "as diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para a análise de um tema, sendo este processo compreendido como a compensação complementar das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado"[112]. Passamos, a seguir, a detalhar cada método.

Na pesquisa quantitativa é realizado um estudo estatístico dos indicadores de saúde no âmbito dos 22 municípios do Estado do Acre, compreendendo os anos de 2012 a 2014. Foram considerados os indicadores pactuados pelos municípios por meio do Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO), disponibilizados no TABNET, no site do DATASUS, bem como indicadores financeiros disponíveis no SIOPS.

Sobre os indicadores sociais, Jannuzzi (2012, p. 22) afirma serem importantes ferramentas para subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas do governo. Dessa forma, possibilitam o "monitoramento das condições de vida e o bem-estar da população por parte do poder público e da sociedade civil

[112] As características das abordagens qualitativa e quantitativa foram detalhadas na seção intitulada: "O caráter subjetivo da avaliação em saúde".

permitindo aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais".

Para o referido autor, os indicadores sociais são uma medida, em geral, quantitativa, com um significado social substantivo, usado para "substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para a pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas)" (JANUZZI, 2012, p. 21). É, portanto, um recurso metodológico e referido empiricamente, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando nesta realidade.

Paralelos aos achados encontrados a partir do estudo aos indicadores foram feitas entrevistas e grupos focais em uma abordagem qualitativa. As entrevistas foram realizadas junto aos trabalhadores do SUS. Para Westphal, Bógus e Nogueira-Martins (2011), a técnica da entrevista possibilita o acesso aos dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. A relação que se cria é de interação com influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Além das entrevistas, foi aplicada a técnica do grupo focal junto aos membros das CIRs. Foram realizados três grupos focais, um em cada CIR, visto o Estado do Acre possuir três regiões em saúde.

Por fim, importa considerar que o campo da saúde refere-se a uma realidade complexa, sendo afetado pela problemática social que interfere no processo saúde-doença. Nesse sentido, partindo do princípio de que é imprescindível a inclusão de aspectos sociais em estudos no campo da saúde, entendemos que "as contradições existentes e as representações dos grupos e segmentos sociais sobre o próprio fenômeno em pauta não serão captadas somente com análises quantitativas que decompõem o objeto em variáveis mensuráveis" (WESTPHAL; BÓGUS; NOGUEIRA-MARTINS, 2011, p. 25). Dessa forma, a pesquisa qualitativa traz elementos necessários ao processo de avaliação que propomos aqui: democrático e emancipatório.

4 AVALIAÇÃO SOB A PERSPECTIVA QUANTITATIVA: OS INDICADORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS ACREANOS

4.1 INTRODUÇÃO

Os indicadores são instrumentos comumente utilizados na avaliação em saúde. Eles fornecem informações gerais sobre o quadro de saúde da população e as ações de governo, o que envolve situações de cuidado, assistência e atenção, além daqueles que trazem informações financeiras relacionadas às receitas e às despesas em saúde. Em nossa percepção, correlacionar receitas e despesas em saúde com resultados traduzidos na melhoria das condições de saúde de uma população é um tema de interesse tanto para os usuários, quanto para os gestores e para os trabalhadores do SUS. Para os gestores, é importante saber como melhor aplicar os recursos, reduzir as despesas e, consequentemente, melhorar os indicadores de saúde. Para a população, saber que estes recursos estão sendo bem aplicados significa receber melhores serviços.

Dessa forma, neste capítulo, analisamos, em uma abordagem quantitativa, os indicadores de saúde dos 22 municípios do Estado do Acre. As técnicas estatísticas utilizadas compreendem a correlação entre indicadores e a análise fatorial do conjunto de indicadores. Analisamos a correlação entre indicadores, no sentido de observarmos se são estabelecidas conexões, ou seja, verificarmos se há relações entre os indicadores municipais de saúde e, destes, com os indicadores financeiros que medem as receitas e as despesas em saúde. Verificamos se o fator financeiro é um indicador confiável para a melhoria dos indicadores municipais de saúde, inclusive, a partir de seu comportamento ao longo dos anos. Da mesma forma, utilizamos a análise fatorial para verificar se é possível relacionar os indicadores com dimensões (categorias), importantes para a compreensão do processo de gestão da saúde no Estado do Acre.

Partimos do entendimento de que os indicadores têm contribuído para reforçar o processo de fragmentação da avaliação em saúde nesse cenário de crise do capitalismo contemporâneo.

4.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.2.1 Coleta de Dados

Por meio da abordagem quantitativa, realizamos a análise estatística dos indicadores de saúde pactuados pelos 22 municípios do Estado do Acre durante o triênio 2012-2014. Optamos por esse período devido ao rol dos indicadores apresentar-se homogêneo, constante e com poucas alterações em sua base de cálculo. Estes indicadores foram obtidos via SISPACTO, disponibilizados no TABNET, no site do DATASUS e extraídos em 2 de julho de 2015. Apresentam, portanto, a situação existente na época da consulta aos bancos de dados e do fornecimento destes pelas áreas técnicas responsáveis.

Foram contabilizados 54 indicadores, sendo selecionados para a análise estatística 31 indicadores. Foram excluídos da análise vinte e três indicadores, dos quais treze apresentavam valores absolutos[113] e dez cujos dados não estavam completos. Os indicadores com valores absolutos foram excluídos por comprometerem os resultados estatísticos, tendo em vista as consideráveis diferenças em termos populacionais dos municípios do Estado do Acre. Por exemplo, um óbito materno no município de Santa Rosa do Purus, que possui uma população de cerca de 4.000 habitantes representa um peso diferente de um óbito na capital Rio Branco, com população de cerca de 300.000 habitantes. Entendemos que sua exclusão não representa um comprometimento significativo para a análise, tendo em vista que existem outros indicadores que consideram a população em seus cálculos e que medem situações semelhantes, porém em termos de percentual, razão ou proporção. Os indicadores com dados numéricos não disponíveis para todos os municípios[114] foram excluídos porque o método utilizado (análise fatorial) não suporta a falta de informação[115].

---

[113]Relação dos indicadores excluídos: número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado; número de óbitos maternos; número de óbitos infantis; casos de sífilis congênita; número de óbitos prematuros pelo conjunto das quatro principais DCNT; notificação de doenças de trabalho; casos novos de Aids<5 anos; testes sorológicos anti-HCV realizados; óbitos por leishmaniose visceral; óbitos por dengue; número cicl.>80% imóveis contra a dengue; pontos telessaúde implantados; e mesas negociação permanente.

[114]Relação dos indicadores excluídos: proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado; proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM); proporção de óbitos maternos investigados; cobertura de Centros de Atenção Psicossocial; taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT; taxa de mortalidade infantil; proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm^3; proporção de

O processamento e a análise dos dados foram realizados por meio do software SPSS versão 17.0 e do MINITAB versão 16. Nos quadros e tabelas, a numeração dos indicadores não segue uma sequência lógica, sendo mantida a numeração constante na Resolução n. 5, de junho de 2013[116]. Os indicadores estão dispostos de forma abreviada e encontram-se na íntegra no Apêndice 1.

Também foram analisados os 13 indicadores financeiros no mesmo período (2012-2014). Os dados foram extraídos do SIOPS, no mês de agosto de 2015. A relação completa destes indicadores encontra-se disposta no Apêndice 2.

4.2.2 Correlação dos Indicadores Municipais de Saúde por Diretriz e Objetivo

Os indicadores municipais de saúde foram analisados considerando-se a diretriz e o objetivo consonantes à Resolução n. 5, de junho de 2013 (Anexo). Além disso, também foram classificados a partir de uma adaptação à classificação proposta por Donabedian e que corresponde a uma perspectiva tradicional de se avaliar a saúde. O referido autor parte de uma classificação que envolve indicadores de "estrutura", "processo" e "resultado"[117]. Nesse estudo, os indicadores de "estrutura" e "processo" foram agrupados e identificados como sendo de "gestão". Dessa forma, para este estudo estatístico, os indicadores foram classificados como sendo de "gestão" e de "resultado". É o que observamos no Quadro 2:

---

escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários; e proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.

[115] Essas variáveis sem dados são representadas, no DATASUS, por (...) que significa: "dado numérico não disponível".

[116] A Resolução n. 5, de 19 de junho de 2013 dispôs sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e a implementação do COAP (Anexo).

[117] Para informações adicionais relacionadas a esta classificação, consultar a pág. 89 e seguintes, capítulo 2.

Quadro 2 - Indicadores municipais de saúde classificados segundo diretriz e objetivos, Acre, 2015.

Indicador*	Diretriz	Objetivo	Class.**
1. Cobertura de equipes de atenção básica	1- Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.	1.1: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à atenção básica	Gestão
2. % Int. cond sensiv. at. Básica			Resultado
3. Cobertura de acompanhamento de condições de saúde – PBF			Gestão
4. Cobertura de equipes de saúde bucal			Gestão
5. Média de escovação dental supervisionada			Gestão
6. % Exodontias relac. proced.			Resultado
7. Proc. amb. média compl/100hab		1.2: Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento a política de atenção básica e da atenção especializada.	Resultado
8. Int. média complex./100 hab			Resultado
9. Proc. amb. alta compl./100hab			Resultado
10. Int. alta complex./1000 hab			Resultado
13. % Acesso a hospitais de óbitos por acidente	2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.	2.1: Implementação da Rede de Atenção às Urgências	Resultado
15. % Óbitos em UTI de menores de 15 anos			Resultado
16. Cobertura do SAMU			Gestão
18. Razão de exames citopatológicos do colo do útero	3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, composta por dois objetivos.	3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero, composto por dois indicadores.	Gestão
19. Razão de mamografias realizadas			Gestão
20. % Partos normais		3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.	Resultado
21. % NV com 7 ou mais consultas pré-natais			Gestão
22. Número de testes de sífilis por gestante			Gestão
25. % Óbitos infantis/fetais investigados			Gestão
27. % Óbitos de mulheres em idade fértil investigados			Gestão
35. % Vacinas com cobertura adequada	7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	7.1- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde	Gestão
37. % Casos novos TBC c/ex HIV			Resultado
38. % Óbitos c/ causa definida			Gestão
39. %Doenças Notificação Compulsória Encerr. Oport.			Gestão
41. % Ações Vig. Sanit. Realizadas			Gestão

"continua"

Quadro 2 - Indicadores municipais de saúde classificados segundo diretriz e objetivos, Acre, 2015.

"continuação"

Indicador*	Diretriz	Objetivo	Class.**
45. % Cura casos novos Hanseniase			Resultado
46. %Contatos Hansen. Examinados			Gestão
48. % Cães vacin. camp. antirráb.			Gestão
50. IPA de malária			Resultado
53. %Anális. realiz. amostr. água		7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.	Gestão
61. %Trab SUS públ. vínc. prot.	11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS	11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.	Gestão

Fonte: Dados obtidos da Resolução n. 5, de 19 de junho de 2013 da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde.

Nota:
* Nome completo dos indicadores encontra-se no Apêndice 1.
** Classificação adaptada de Donabedian.

Os coeficientes de correlação foram obtidos dentro de cada diretriz e objetivo, bem como por proximidade, o que envolveu dois indicadores relacionados à atenção básica. Dessa forma, em relação a essa proximidade, consideramos oportuno correlacionar os indicadores "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" e "cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família" da diretriz 1, objetivo 1.1 com os indicadores de outras diretrizes. Em cada processo de correlação estão presentes indicadores classificados como de "gestão" e também de "resultado". As análises foram realizadas utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Pearson[118].

[118] Foram também realizados cálculos utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Spearman, considerando que havia algumas divergências entre os valores dos indicadores provenientes de fontes diferentes (dados do DATASUS e do Relatório do Desempenho das Metas dos Indicadores Pactuados pelo Estado do Acre referentes aos anos de 2012 a 2014). Entretanto, tais alterações não se mostraram suficientemente grandes para a utilização do coeficiente de correlação de postos (Spearman).

4.2.3 Matriz Fatorial dos Componentes Principais

Os indicadores municipais também foram analisados por meio da técnica da análise fatorial. A análise fatorial foi realizada no software SPSS com todas as variáveis (indicadores) envolvidas, utilizando-se os componentes principais e rotação *varimax*. Elaboramos uma matriz de padrões fatoriais na busca pela identificação dos indicadores considerados como influências relevantes. Ou seja, para além das correlações dentro de cada diretriz e objetivo, os 31 indicadores foram submetidos à análise fatorial, na perspectiva de se identificar aqueles que representam maior poder discriminatório e que são mais potentes.

Na literatura, a análise fatorial é entendida como uma técnica estatística de análise multivariada, pela qual é possível identificar os fatores que estão apontando para a agregação de um conjunto de medidas. O papel do pesquisador, nesse processo, relaciona-se à identificação dos fatores e à verificação de sua coerência e consistência em relação à natureza dos processos estudados. Nesse sentido, pode ser considerada uma técnica utilizada para resolver problemas que envolvem um grande número de variáveis, na medida em que se procura alcançar a redução deste número com o propósito de facilitar o entendimento analítico dos dados. Na opinião de Aranha e Zambaldi (2008, p. 32), “de maneira geral, a análise fatorial consiste em analisar a intensidade das relações entre as variáveis observadas e, a partir delas, estimar um modelo fatorial subjacente capaz de reproduzir essas relações”.

Para os referidos autores, a análise de componentes principais é um método utilizado para a reorganização de um conjunto de variáveis em um novo conjunto, mais fácil de ser interpretado e com a mesma quantidade de informação que o original. Essas variáveis do novo conjunto são denominadas de “componentes” e geradas de forma que o primeiro componente contenha a maior parcela possível da informação originalmente existente. Por sua vez, o segundo componente contém menos informação do que o primeiro e mais do que os subsequentes, e assim sucessivamente.

Apesar da recomendação de Hair et al. (2006) de que a análise fatorial só deve ser utilizada quando o número de variáveis (aqui considerados os indicadores) seja cinco vezes menor que o número de elementos da amostra (aqui identificados os municípios), tal análise foi mantida no sentido de verificar se haveria algum tipo de divisão entre as variáveis em dimensões.

4.2.4 Correlação dos Indicadores Financeiros

Consideramos necessário, também, observar as correlações existentes entre os 13 indicadores financeiros pactuados pelos municípios entre os anos de 2012 a 2014 (Apêndice 2). Todos os indicadores financeiros foram classificados como sendo de "gestão", correlacionados entre si e com os 31 indicadores de saúde. As análises foram feitas utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Por ser um indicador amplo, pelo qual é possível identificar o dispêndio em saúde *per capita*, o indicador financeiro "despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do município" foi correlacionado com os 31 indicadores municipais de saúde constantes no Quadro 2. Optamos por este indicador na tentativa de se fazer um esforço no sentido de envolver tanto os recursos próprios de cada município do Estado do Acre quanto as transferências federais. Conforme Nota Técnica redigida pela equipe responsável pelo SIOPS do Ministério da Saúde,[119]este indicador relaciona valores de despesa ao representar a despesa total com saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo, por habitante. A partir dessa correlação, procuramos identificar se o grau de despesa em saúde por habitante está, de alguma forma, refletindo melhorias em alguns aspectos no quadro de saúde da população.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.3.1 Correlações do Indicador Financeiro "Despesa Total com Saúde, em R$/hab., sob a Responsabilidade do Município"

Ao ser correlacionado o indicador financeiro "despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município", que mede o gasto médio com saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante, com os indicadores municipais de saúde constantes no Quadro 2 e classificados como de "resultado", não verificamos correlações

[119] Nota Técnica constante no site do SIOPS e disponível a partir do seguinte endereço: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20Indicadores%20-%20a%20partir%20do%201%C2%BA%20semestre%20de%20%202007.pdf>.

estatísticas significativas. Isso pode sugerir que o valor da despesa com saúde por habitante não refletiu, de maneira relevante, entre os anos de 2012 a 2014, em alterações no quadro de saúde da população nos municípios do Estado do Acre, conforme observamos na Tabela 7.

Convém destacar, para melhor compreensão da tabela, que o valor do coeficiente de correlação varia sempre entre -1 e 1. Quando a variação entre itens se apresenta na mesma direção, o coeficiente é positivo; quando a variação se apresenta em direções opostas, a correlação é negativa e, quando não há variação, a correlação é nula. O p-valor menor que 0,05 indica correlação significativa.

Tabela 7 - Correlações entre o indicador "despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município" com os indicadores municipais ***de resultado*** em saúde, Acre, triênio 2012-2014.

Indicador de "resultado"*	**Indicador "Despesa total com saúde, em R$/hab."**	
	Coeficiente de correlação	**p-valor**
2.%Int. cond. sensív. at. Básica	0,264	0,234
6.%Exodontias relac. proced.	-0,275	0,215
7. Proc. amb. média compl/100hab	-0,110	0,624
8. Int. média complex./100hab	0,060	0,790
9. Proc. amb. alta compl./100hab	-0,085	0,705
10. Int. alta complex./1000hab	-0,271	0,221
13. %Acesso hosp. óbitos p/acid	-0,332	0,130
15. %Óbitos em UTI menores 15a	-0,057	0,801
20. %Partos normais	0,182	0,417
37. %Casos novos TBC c/ex HIV	-0,260	0,241
45. %Cura casos novos Hansen.	-0,294	0,183
50. IPA de malária	-0,047	0,835

Nota:
* Indicadores relacionados no Quadro 2.

Apesar de não serem significativas do ponto de vista estatístico, observamos correlações negativas entre a despesa total com saúde em R$ por habitante em nove dos 12 indicadores de resultado analisados. Isso pode indicar uma tendência no sentido de que quanto maior a despesa total com saúde *per capita* menor o percentual de exodontia. Também menores os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, as internações de alta complexidade, a proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva e o índice parasitário anual de malária, dentre outros indicadores com tendência à correlação negativa.

Situação semelhante é observada quando se analisam os indicadores de "gestão", porém, com destaque para correlações pouco significativas e positivas. Em 14 dos 19 indicadores municipais de saúde classificados como de "gestão", há correlações positivas, porém também não significativas estatisticamente. Resumindo: apesar de não serem identificadas correlações significantes do ponto de vista estatístico, observamos tendências: indicadores de "resultado" tendem a estar em uma polaridade negativa em relação ao gasto em saúde por habitante e, por outro lado, indicadores de "gestão" tendem a estar na mesma polaridade do gasto em saúde por habitante. Na Tabela 8 são apresentados os resultados envolvendo os indicadores de "gestão".

Tabela 8 - Correlações entre o indicador "despesa total com Saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município" com os indicadores municipais ***de gestão*** em saúde, Acre, triênio 2012-2014.

Indicadores de "gestão"*	**Indicador "Despesa total com saúde, em R$/hab."**	
	Coeficiente de correlação	**p-valor**
1. Cob. equipes atenção básica	0,109	0,627
3. Cob. acomp. condic. saúd. PBF	0,407	0,060
4. Cob. equipes saúde bucal	0,401	0,064
5. Média escov. dental superv.	0,043	0,849
16. Cobertura do SAMU	-0,318	0,148
18. Rz. exam. citopat. colo útero	0,265	0,232
19. Rz mamografias realizadas	-0,089	0,693
21. %NV. c/7+ consult. pré-natal	-0,185	0,409
22. Nº testes sífilis/gestante	0,041	0,855
25. %Óbit. infant/fetais invest.	0,127	0,572
27. %Óbit. mulh. idade fértil invest.	0,012	0,956
35. %Vacinas c/cobertura adeq.	0,371	0,089
38. %Óbitos c/causa definida	0,032	0,885
39. %Doenças notif. comp. encerr. oport.	-0,009	0,966
41. %Ações vig.sanit.realiz.	0,228	0,306
46. %Contatos hansen. examinad.	-0,186	0,405
48. %Cães vacin. camp. antirráb.	0,371	0,089
53. %Anális. realiz.amostr.água	0,163	0,466
61. %Trab SUS públ. vínc. prot.	0,205	0,360

Nota:
* Indicadores relacionados no Quadro 2.

Há de se considerar que os indicadores "cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família" e "cobertura de equipes de saúde

bucal" estão no limite de relevância estatística. Isso pode sugerir uma tendência na qual os municípios que gastam mais estejam investindo mais nesses programas, por habitante.

4.3.2 Correlações dos Indicadores Financeiros

A exemplo do indicador "despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município", não foi possível encontrar, no período analisado, correlações estatísticas entre os demais indicadores financeiros e os 31 indicadores em saúde pactuados pelos municípios. Ou seja, entre receitas e despesas e o quadro de saúde da população. Tudo indica que injetar mais recursos não está fazendo a diferença, aparentemente não modifica a situação de saúde nos municípios representada pelos indicadores. Em outras palavras, independentemente de quanto recurso é aplicado, os indicadores municipais de saúde não se alteram.

Também foram realizadas correlações dos indicadores entre si. Observamos as seguintes consistências de resultados, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Correlações dos indicadores financeiros municipais, Acre, triênio 2012-2014.

Indicador 1	Indicador 2	Coeficiente de Correlação			p-valor		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
Participação (%) da receita de impostos na receita total do município.	Participação (%) das transferências intergovernamentais na receita total do município.	-0,4911	-0,8156	-0,6656	0,0203	< 0,0001	0,0007
Participação (%) das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o município.	Participação (%) das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município.	0,8085	0,8205	-	< 0.0001	< 0,0001	-
Participação (%) das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde.	Participação (%) das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o município.	0,6069	0,6655	-	0,0027	0,0007	-

Consideramos resultados consistentes aqueles em que os indicadores se correlacionam em pelo menos dois dos três anos pesquisados. Dos 13 indicadores financeiros analisados, foi identificada apenas uma correlação que se manteve nos três anos pesquisados: a correlação

negativa entre os indicadores “participação da receita de impostos na receita total do município”, que mede a capacidade de arrecadação do município, com “participação das transferências intergovernamentais na receita total do município”, que mede o grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas de governo. Isso sugere que municípios que têm maior participação da receita de impostos são menos dependentes das transferências intergovernamentais.

Outras duas correlações foram consistentes em dois anos do recorte do estudo e compreendem indicadores que relacionam valores de receita: a correlação positiva entre os indicadores “participação das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o município”, que mede a participação das transferências específicas para a saúde da União e “participação das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município”, indicador responsável por medir a parcela de receita de transferências vinculada à saúde. Dessa forma, há correlação estatística entre a participação das receitas transferidas vinculadas à saúde com a participação das transferências da União para a saúde.

Também foi positiva a correlação entre “participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde”, o qual mede a parcela da despesa com saúde, sob responsabilidade do município, financiada por outras esferas de governo e não com recursos próprios e “participação das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o município”, o qual, conforme já dissemos, representa a participação das transferências da União para a área da saúde em relação ao total das transferências da União. São indicadores que, de fato, deveriam estar conectados. A análise estatística, portanto, confirma essa conexão.

Dessa forma, são poucas as variáveis correlacionadas entre si quando se observa o quadro de receitas e despesas na saúde. A maioria das correlações não é significativa estatisticamente. Há poucas correlações consistentes entre os indicadores financeiros, ou seja, dos 13 indicadores analisados, obtivemos três correlações entendidas como consistentes.

4.3.3 Os Indicadores Municipais de Saúde Correlacionados por Diretriz e Objetivo

Os 31 indicadores de saúde pactuados pelos 22 municípios do Estado do Acre foram correlacionados entre si, considerando-se as diretrizes e os objetivos a que estão vinculados. Para indicadores de mesma direção/polaridade esperávamos que a correlação obtida fosse

significativa e positiva e para indicadores de direções opostas, tal correlação deveria ser negativa, mas significativa.

Em se tratando da polaridade destes indicadores, temos que todos os de "gestão" têm polaridade positiva (quanto maior, melhor). Os de "resultado" têm polaridade negativa (quanto menor, melhor), com exceção de dois indicadores: percentual de partos normais e percentual de cura de casos novos de hanseníase.

Todos os indicadores de cada diretriz e objetivo foram submetidos à correlação. Os resultados na Tabela 10 demonstram as correlações estatisticamente significativas.

Tabela 10 - Correlações entre os indicadores municipais de saúde considerando diretriz e objetivo, Acre, triênio 2012-2014.

Diretrizes e Objetivos	Indicador 1	Indicador 2	r*	p-valor
Dir.1 – Obj. 1.1	Cob. equipes atenção básica	Cob.equipes saúde bucal	0,5685	0,0058
	%Exodontias relac.proced.	Cob.equipes atenção básica	-0,6519	0,0010
	%Exodontias relac.proced.	Cob.equipes saúde bucal	-0,5629	0,0064
Dir.1 – Obj. 1.1** e Obj. 1.2	Proc.amb.alta.compl/100hab.	Cob.acomp.condic.saúd.PBF	-0,4401	0,0404
	Proc.amb.alta.compl/100hab.	Proc.amb.média.compl/100h	0,8850	< 0,0001
	Int.alta complex./1000 hab.	Proc.amb.média.compl/100h	0,7148	0,0002
	Int.alta complex./1000 hab.	Proc.amb.alta.compl/100hab	0,8055	< 0,0001
Dir.2- Obj. 2.1 Dir.1- Obj. 1.1**	%Óbitos em UTI <15a	Cob.equipes atenção básica	-0,6355	0,0015
Dir.3- Obj. 3.1 e Obj. 3.2 Dir.1 – Obj. 1.1** Dir.11- Obj.11.2***	Rz.exam citopat. colo útero	Cob.equipes atenção básica	0,5171	0,0137
	%Partos normais	Rz. mamografias realizadas	-0,4675	0,0282
	%Partos normais	%NV c/7+consult pré-natal	0,8439	< 0,0001
	%Partos normais	Cob.equipes atenção básica	0,6281	0,0017
	%Partos normais	Cob.acomp.condic.saúd.PBF	0,4338	0,0437
	Rz mamografias realizadas	%NV c/7+consult pré-natal	0,5142	0,0144
	%NV c/7+consult pré-natal	Cob.equipes atenção básica	0,4576	0,0322
	%Óbit. Infant./fetais invest.	%Óbit. mulh.id.fért. invest.	0,6990	0,0003
	"%Óbit. mulh.id.fért.invest.	%Trab. SUS públ. vínc. prot.	0,4871	0,0215
Dir. 7- Obj. 7.1 e Obj. 7.2 Dir.1 – Obj. 1.1**	%Óbitos c/causa definida	Cob.equipes atenção básica	0,4577	0,0322
	%Dç. Notf. comp. encerr. oport.	Cob.equipes atenção básica	0,4520	0,0347
	%Anális. realiz.amostr.água	Cob.acomp.condic.saúd.PBF	0,4425	0,0391
	%Cura casos novos hansen.	%Casos.novs.TBC.c/ex.HIV	0,7016	0,0003
	%Cura casos novos hansen.	%Contatos.hansen.examin.	0,5577	0,0070

Nota:
* r: Coeficiente de Correlação de Pearson.
**: Conforme metodologia utilizada, foram selecionados os indicadores: "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" e "cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família" para serem correlacionados com os indicadores de outras diretrizes e objetivos.
***: Este indicador foi incluído nesta correlação pela proximidade e por ser o único indicador com dados completos dentro de sua diretriz.

Considerando, de forma geral, o indicador X e o indicador Y, se eles têm a mesma direção, municípios que têm valores maiores do indicador X tenderiam a ter valores maiores do indicador Y também. Há de se destacar, entretanto, que outras variáveis podem ser

intervenientes nessa relação, tais como localização do município, recursos financeiros e situações emergenciais. Entretanto, como os dados se referem a três anos, algumas destas situações ficam diluídas, não interferindo tanto no resultado.

Observamos que algumas correlações consideradas importantes não se confirmam, conforme explicitado na Tabela 11.

Tabela 11 - Indicadores que não apresentam correlações estatísticas significantes considerando diretriz e objetivo, Acre, triênio 2012-2014.

Diretrizes e Objetivos	Indicador 1	Indicador 2	r*	p-valor
Dir.1-Obj.1.1	%Int.cond.sensív.at. básica	Cob. acomp. condic. saúd. PBF	0,0749	0,7405
	Média escov. dental superv.	Cob. equipes saúde bucal	-0,2047	0,3608
Dir.1-Obj.1.1** e 1.2	Proc.amb.alta compl./100hab.	Cob. equipes atenção básica	0,1251	0,5790
	Int.alta complex./1000 hab.	Cob. equipes atenção básica	0,2965	0,1803
	Int.media complex./1000hab.	Cob. equipes atenção básica	0,2001	0,3718
	Proc.amb.media compl./100hab.	Cob. equipes atenção básica	0,0817	0,7176
Dir.2-Obj.2.1 e Dir.1-Obj.1.1**	%Óbitos em UTI menores 15a.	Cob. acomp. condic. saúd. PBF	0,0050	0,9824
Dir.7-Obj 7.1 e Dir.1-Obj.1.1**	%Vacinas c/cobertura adeq.	Cob. equipes atenção básica	0,2475	0,2668
	%Ações vig.sanit.realiz.	Cob. equipes atenção básica	0,0197	0,9304
	%Anális. realiz.amostr.água	IPA de malária	0,2870	0,1954
	%Ações vig.sanit.realiz.	IPA de malária	0,2307	0,3015

Nota:
* r: Coeficiente de Correlação de Pearson.
**: Conforme metodologia utilizada, foram selecionados os indicadores: "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" e "cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família" para serem correlacionados com os indicadores de outras diretrizes e objetivos.

Na diretriz 1, objetivo 1.1, observamos que os indicadores "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" e "cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal" têm correlação positiva significativa, ou seja, municípios com maior cobertura da atenção básica também apresentam, em geral, maior cobertura de equipes de saúde bucal.

Além disso, conforme esperado, o indicador de resultado relacionado à redução do percentual de exodontia está negativamente relacionado com a cobertura de equipes de atenção básica e também com a cobertura de equipes de saúde bucal, ou seja, municípios com maior cobertura das equipes de saúde bucal têm, em geral, menor percentual de exodontia.

Outros resultados, entretanto, diferentemente do esperado, não apresentaram significância estatística, a exemplo do indicador "redução de internações por causas sensíveis

à atenção básica[120]", o qual poderia estar relacionado com o aumento do percentual de "cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família". Isso porque entendemos que este último indicador poderia contribuir para a redução de algumas doenças relacionadas à atenção básica. Também observamos o fato de a "média de escovação dental supervisionada" não se relacionar com outras variáveis, nem mesmo com a "cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal".

Quando analisados os indicadores relacionados aos procedimentos e intervenções de média e alta complexidade, não observamos relações destes com a cobertura de equipes de atenção básica, sugerindo que, independentemente da intensidade das ações de atenção básica, o quadro de internações e procedimentos de média e alta complexidade não se altera.

Há uma relação significativa, do ponto de vista estatístico, entre o aumento da cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica e a redução de óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva. Tal correlação é positiva, ou seja, municípios com maior cobertura de equipes de atenção básica têm, em geral, menores percentuais de óbitos de menores de 15 anos.

Em relação ao indicador "percentual de parto normal", constatamos que este apresenta correlações significativas e positivas com o aumento da "proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal", com a "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" e com a "cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família". Ou seja, municípios com maior percentual de parto normal têm, em geral, maior "proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal", além de maior "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" e maior "percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família". Esse indicador, como esperado, apresenta correlação negativa com a ampliação da "razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária", visto não ser comum mulheres nesta faixa etária gerarem filhos.

Verificamos também que a "proporção de óbitos infantis e fetais investigados" é maior nos municípios que têm maior "proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados", o que sugere uma ação "casada" entre estes indicadores.

---

[120] Este indicador abrange: doenças preveníveis p/ imuniz/condições sensíveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecção de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes *melitus*; epilepsia; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória (órgãos pélvicos femininos); úlcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Quando analisamos a diretriz 7 é possível identificar correlações entre o indicador "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" com a "proporção de registro de óbitos com causa básica definida" e "proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação". Isso sugere que quanto maior a cobertura de equipes de atenção básica no município, maior tende a ser a proporção de registro de óbitos com causa básica definida e a proporção de casos de DNCI encerrados oportunamente.

Quando analisadas as doenças infectocontagiosas, observamos que o indicador "proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose" relaciona-se positivamente com "proporção de cura de casos novos de hanseníase". Este último indicador, por sua vez, também se relaciona positivamente com "proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados". De acordo com os dados fornecidos, municípios com maior proporção de cura de casos novos de hanseníase têm, em geral, maior proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.

Por outro lado, o indicador que mede a incidência parasitária anual (IPA) de malária não se correlaciona com a proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. Também não há correlação significativa do IPA de malária com as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, as quais envolvem, entre outros, a inspeção em estabelecimentos, atividades educativas para população, o recebimento e o atendimento de denúncias. Da mesma forma, o indicador "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" não se correlaciona com a proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas e nem com as ações de vigilância sanitária realizadas. Não se relaciona, portanto, a indicadores que objetivam reduzir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Observamos, portanto, na análise aos indicadores municipais de saúde algumas correlações importantes e esperadas. Por outro lado, nem todas as correlações esperadas foram confirmadas. Indicadores que deveriam estar conectados, muitas vezes, não estão. A falta de correlação significativa pode indicar, dentre outras coisas, falta de planejamento na execução de serviços de saúde, bem como problemas na alocação de recursos financeiros.

4.3.4 Conjuntos de indicadores com influências relevantes

Torna-se difícil verificar as inter-relações entre os indicadores quando o número deles aumenta, tendo em vista não só a relação entre duas variáveis (combinações entre dois indicadores), mas, também, o relacionamento que estas variáveis (indicadores) têm com uma terceira ou quarta variável. Nesse caso, a análise fatorial pode ser uma ferramenta importante para verificar essas inter-relações e os pesos de cada um dos indicadores na montagem de um índice ou ainda na constatação de relações entre as variáveis sem a interveniência de outras. Dessa forma, os indicadores também foram submetidos à análise fatorial.

Para esta análise, apoiamo-nos em Hair et al. (2006) em relação ao padrão de correlação entre as variáveis que, quanto mais perto do 1, melhor. Neste estudo, conforme sugerem os autores, consideramos como patamar aceitável de correlações valores igual ou maiores que 0,5.

A análise fatorial foi realizada com todas as 31 variáveis envolvidas, utilizando-se os componentes principais[121]. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 12.

[121] Os indicadores também foram submetidos à matriz CATPCA (*Principal Components Analysis for Categorical Data*), a qual permite que as variáveis sejam mensuradas a diferentes níveis: as variáveis categóricas são quantificadas de forma ótima na dimensão pretendida sendo possível captar as relações não lineares entre as variáveis. Entretanto, os resultados não se alteraram de forma significativa, motivo pelo qual optamos pela Análise Fatorial.

Tabela 12 - Matriz de indicadores municipais em saúde, Acre, triênio 2012-2014.

Indicador	Componentes				
	1	2	3	4	5
1. Cob equipes atenção básica	0,062	**0,841**	0,041	0,114	-0,128
2. %Int. cond. sensív. at. básica	-0,417	0,141	0,200	**0,681**	-0,069
3. Cob. acomp. condic. saúd. PBF	**-0,582**	-0,086	0,067	-0,166	0,048
4. Cob. equipes saúde bucal	-0,321	**0,775**	0,106	0,038	0,233
5. Média escov. dental superv.	**0,758**	0,037	0,217	-0,120	0,071
6. %Exodontias relac. proced.	-0,206	**-0,750**	-0,429	-0,030	-0,096
7. Proc. amb. média compl./100hab.	**0,880**	-0,007	-0,031	0,076	-0,105
8. Int. média complex./100 hab.	0,329	0,230	0,196	**0,688**	0,139
9. Proc. amb. alta compl./100hab.	**0,907**	0,053	0,168	0,051	0,126
10. Int. alta complex./1000 hab.	**0,781**	0,183	-0,092	-0,018	0,280
13. %Acesso hosp. óbitos p/acid.	0,437	-0,064	-0,402	0,232	-0,310
15. %Óbitos em UTI menores 15a.	-0,177	**-0,755**	0,060	0,313	0,017
16. Cobertura do SAMU	0,353	0,353	-0,260	0,309	0,050
18. Rz. exam. citopat. colo útero	0,020	**0,764**	-0,246	0,119	-0,001
19. Rz. mamografias realizadas	0,260	0,425	-0,126	**-0,701**	0,146
20. %Partos normais	-0,462	**-0,652**	-0,136	-0,081	-0,449
21. %NV c/7+ consult. pré-natal	**0,507**	**0,551**	0,207	-0,045	0,415
22. Nº testes sífilis/gestante	0,301	0,287	-0,163	**0,648**	0,125
25. %Óbit. infant./fetais invest.	0,155	0,136	**0,721**	-0,142	-0,133
27. %Óbit. mulh. id. fért. invest.	0,017	0,016	**0,805**	-0,033	-0,021
35. %Vacinas c/cobertura adeq.	0,040	0,416	**0,505**	-0,020	0,104
37. %Casos novos TBC c/ex. HIV	-0,080	-0,043	-0,016	0,097	**0,861**
38. %Óbitos c/causa definida	0,439	0,358	0,475	0,080	-0,208
39. %Dç. notf. comp. encerr. oport.	0,366	0,483	**-0,508**	-0,177	-0,348
41. %Ações vig. sanit. realiz.	0,368	-0,077	**0,580**	0,413	-0,031
45. %Cura casos novos hansen.	0,119	0,097	-0,218	-0,047	**0,886**
46. %Contatos hansen. examinad.	0,231	0,184	**-0,501**	0,021	0,479
48. %Cães vacin. camp. antirráb.	-0,347	0,147	0,335	-0,103	-0,041
50. IPA de malária	0,096	-0,113	-0,125	**0,565**	0,015
53. %Anális. realiz. amostr. água	**0,603**	0,352	0,261	-0,034	-0,084
61. %Trab SUS públ vínc prot.	0,032	-0,162	**0,663**	0,163	-0,095
Autovalores	**7,411**	**3,993**	**3,608**	**2,699**	**2,344**
% da Variação	**23,9**	**12,9**	**11,6**	**8,7**	**7,6**
% Acumulado	**23,9**	**36,8**	**48,4**	**57,1**	**64,7**

Na análise fatorial observamos os indicadores que têm maior poder discriminatório, ou seja, aqueles considerados mais potentes ou principais. Ao verificarmos o primeiro componente (componente 1) obtido por meio da análise fatorial com o uso de componentes principais e considerando apenas aqueles em que o peso é maior que 0,5, temos dois indicadores relacionados à ampliação da atenção básica: cobertura de acompanhamento das

condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (-0,582) e média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (0,758). Porém, conforme observamos na Tabela 12, esses indicadores apresentam polaridade oposta. Destaca-se, também, o indicador proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano (0,603), o qual se relaciona às ações de promoção e vigilância em saúde.

Nessa mesma dimensão (componente 1) há indicadores potentes relacionados com a política da atenção especializada. Destacam-se os procedimentos ambulatoriais de média (0,880) e alta (0,907) complexidade, bem como as internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade (0,781), todos com polaridade positiva. Dessa forma, entendemos que o componente 1 está relacionado a mais de uma dimensão, com destaque para a política de atenção básica e especializada.

No componente 2 vemos uma tendência de indicadores potentes também relacionados à atenção básica, a exemplo da cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica (0,841), cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal (0,775) e proporção de exodontia em relação aos procedimentos (-0,750), este último com sinal negativo. Esse resultado também foi observado quando analisamos os indicadores por diretriz e objetivo, ocasião em que verificamos a correlação negativa entre o percentual de exodontia e a cobertura de equipes de atenção básica.

Entretanto, ainda em análise ao componente 2, diferentemente do verificado nas correlações por diretriz e objetivo, observamos que o indicador "proporção de parto normal" apresenta polaridade negativa (-0,652), enquanto que a "proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal" (0,551) tem polaridade positiva. Esses dois indicadores possuem a mesma diretriz, qual seja, a de promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Esse resultado indica que municípios com maior percentual de mulheres que fazem sete ou mais consultas de pré-natal tendem a ter um percentual menor de partos normais.

O coeficiente que acompanha o indicador cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família é negativo (-0,582), assim como os partos normais (-0,652), considerando-se os componentes 1 e 2, respectivamente. Isso indica, se olharmos o componente 1, que municípios com forte atuação do Programa Bolsa Família tendem a ter uma relação inversa com indicadores positivos considerados potentes na análise fatorial, como a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a proporção de

nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Da mesma forma, se analisarmos o componente 2, observamos que municípios com maior proporção de partos normais tendem a ter situação inversa em relação à cobertura de equipes de atenção básica, razão de exames citopatológicos do colo do útero e proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Entretanto, a proporção de partos normais apresenta a mesma polaridade (negativa) em relação à proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva.

Nos demais componentes, temos indicadores potentes relacionados, entre outros, à óbitos infantis e fetais investigados, à óbitos de mulheres em idade fértil investigados, à doenças infectocontagiosas, à coberturas vacinais alcançadas, à internações por condições sensíveis à atenção básica, bem como à internações relacionadas à média complexidade. Assim, torna-se mais difícil identificar conjuntos de indicadores relacionados a determinada política em cada componente analisado.

Dessa forma, não é possível referenciar os componentes da análise fatorial a dimensões específicas. Esperávamos que o componente 1, por exemplo, estivesse ligado à atenção básica, o componente 2 a outro nível de complexidade e assim por diante. O componente 1 faz um apanhado geral dentro das diversas dimensões, correspondendo a alguns dos resultados encontrados por dimensão através dos coeficientes de correlação. Ou seja, não observamos relação de fatores positivos e negativos fortes com as dimensões em que estão divididos os indicadores.

Entretanto, devemos levar em conta que o reduzido número de municípios do Estado faz com que a análise fatorial não forneça resultados consistentes, conforme entendimento de Hair et al. (2006). Outro fator que pode fazer com que os resultados não sejam consistentes é a qualidade da informação coletada.

As análises estatísticas realizadas demonstraram alguns indicadores estatisticamente relevantes com relações importantes. Dessa forma, observamos relações esperadas e também não esperadas. Como exemplo, podemos citar a proporção de partos normais que, na matriz fatorial, está correlacionada negativamente à proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal. Os mesmos indicadores, se correlacionados dentro de sua diretriz apresentam relação positiva.

Percebemos inconsistências entre os indicadores analisados, com algumas relações pouco informativas para o processo de avaliação em saúde. Situações como esta acabam provocando dificuldades em termos de consistência do uso desses indicadores para a política

de avaliação em saúde. Questões como as verificadas na análise aos indicadores de saúde sugerem uma tendência a um processo de fragmentação que poderia reforçar a perspectiva reducionista em que está inserida a avaliação em saúde.

4.4 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Das análises estatísticas realizadas podemos extrair algumas questões centrais. A primeira refere-se a não correlação entre o indicador "despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do município" e os 31 indicadores municipais de saúde. Entretanto, apesar de não serem identificadas correlações com significância estatística observamos duas tendências: a) indicadores de "resultado" tendem a estar em uma polaridade negativa em relação ao gasto *per capita* em saúde; b) indicadores de "gestão" tendem a estar na mesma polaridade em relação ao gasto em saúde por habitante, em reais. São resultados que indicam uma tendência, porém, nos anos de recorte deste estudo, sem relevância estatística. Há de se reconhecer, dessa forma, a inexistência de correlações estatísticas relevantes. Isso pode ser resultado da construção de indicadores de forma estanque e sugere que o planejamento da saúde não discute o planejamento dos recursos.

Os demais indicadores financeiros também foram correlacionados, tanto em relação aos 31 indicadores de saúde quanto entre si. As análises estatísticas realizadas não identificaram correlações com os 31 indicadores do DATASUS. Obtivemos apenas três correlações consideradas consistentes, envolvendo os indicadores financeiros entre si, as quais estiveram relacionadas aos valores de receita.

Sobre essa questão, há de se ressaltar o fato de existirem informações diferenciadas em cada sistema. A ausência de aproximação entre os sistemas que apuram resultados em saúde (SISPACTO) e os sistemas que informam dados orçamentários e financeiros (SIOPS) constitui um problema a ser enfrentado.

Quando correlacionados entre si, os 31 indicadores pactuados pelos municípios apresentaram algumas correlações esperadas, a exemplo da redução do percentual de exodontia estar negativamente relacionado à cobertura de equipes de atenção básica e de saúde bucal. Entretanto, outros resultados surpreendem, a exemplo dos indicadores de

“resultado” relacionados aos procedimentos e intervenções de média e alta complexidade não se correlacionarem com a cobertura de equipes de atenção básica.

Conforme ressaltamos neste estudo, com base nos argumentos de Viana e Baptista (2012), a avaliação envolve um julgamento de valor a respeito de uma ação com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Ela compreende, dessa forma, um processo de monitoramento dos resultados com a finalidade de subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso, caso isso venha a se tornar necessário.

Dessa forma, os indicadores são ferramentas importantes no processo de avaliação em saúde e, por isso, devem ser considerados em uma perspectiva coletiva. Isso envolve pensá-los não de forma isolada, estanque e fragmentada, mas considerá-los em suas relações com outros indicadores e com outros fatores essenciais no processo de avaliação em saúde.

Quando os indicadores foram estudados por meio da análise fatorial, sem considerá-los por objetivo e diretriz, mas no seu conjunto representado pelos 31 indicadores, observamos resultados que não correspondem àqueles provenientes da análise por diretriz e objetivo. Na análise fatorial o indicador de resultado "proporção de parto normal” tem coeficiente negativo, enquanto que o indicador “proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal”, apresenta polaridade inversa. São questões que reforçam a fragilidade desses indicadores.

Conforme ressaltamos, Cruz (2011) entende que para se avançar na prática da avaliação é preciso que sejam construídos desenhos de avaliações que busquem responder o porquê. Saber se os efeitos esperados foram ou não alcançados não contribui necessariamente para a orientação da melhoria da política. Dessa forma, saber se determinado município atingiu ou não a meta não responde o “porquê”. Isso pode significar um importante desafio que deve ser enfrentado na medida em que se faz necessário discutir estratégias que orientem para uma avaliação que responda às necessidades de saúde das pessoas.

Dessa forma, avaliações dentro da tradição positivista, fundadas em um modelo tradicional, não conseguem responder o “porquê”. Para Mercado e Bosi (2006), a característica de modelo de avaliação é a de pressupor que a realidade pode ser traduzida em um conjunto de fatos objetivos, observáveis e quantificáveis. Para os autores, considerada a perspectiva positivista, a avaliação se torna algo quantitativo, que pode ser validada, generalizada e ser científica e, portanto, conceitualmente limitada e ingênua no âmbito político.

Nesse sentido, convém relembrar, a partir dos argumentos de Gomes e Bezerra (2014b), que a lógica produtivista se estabelece no processo de avaliação em saúde quando se verifica que a saúde da população é medida por meio da quantidade de serviços e produtos médico-hospitalares consumidos, ao contrário de priorizar sua qualidade de vida.

Os indicadores, nesse sentido, materializam essa lógica de quantificar a oferta e consumo de serviços, os procedimentos realizados e os resultados obtidos em um imenso rol de indicadores que reforça o caráter fragmentado do processo de avaliação em saúde. Isso não quer dizer, em absoluto, que esses dados não sejam importantes, mas devem ser considerados em seu conjunto, relacionados com outros fatores e promotores de questionamentos relacionados à busca de respostas ao porquê de determinados resultados.

Os resultados estatísticos confirmam a hipótese de que os indicadores não contribuem, por si só, para o processo de avaliação em saúde. Ao contrário, contribuem para um processo no qual as ações de determinado município são consideradas positivas, caso venham a atingir a meta pactuada, em uma perspectiva isolada que enaltece a quantidade sem procurar respostas relacionadas à qualidade das ações desenvolvidas. Esse modelo está alinhado à lógica do capital portador de juros que se mantém no centro das relações estabelecidas pelo capitalismo contemporâneo. Refletem um padrão consumista, no qual o usuário do SUS é tratado como um consumidor de serviços.

Essas são limitações que decorrem de uma forma de se ver a saúde no ponto de vista quantitativo. Conforme argumentamos, há uma tendência que vem se firmando no sentido da necessidade da utilização da pesquisa qualitativa no campo da saúde pública e, consequentemente, no processo de avaliação em saúde. Entendemos, dessa forma, que a utilização de apenas uma abordagem não é suficiente para responder à problemática deste estudo, relacionada à política de avaliação em saúde. Portanto, consideramos necessária a integração entre as abordagens quantitativa e qualitativa.

Pretendemos, com a abordagem qualitativa, saber o porquê de alguns dos resultados estatísticos obtidos. As entrevistas e os grupos focais realizados com os trabalhadores do SUS e com os gestores municipais, respectivamente, trouxeram respostas às indagações trazidas pelo estudo estatístico. Mais do que isso, por meio da abordagem qualitativa, foi possível conhecer percepções sobre o processo avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre, ressaltando dificuldades e desafios. Tal abordagem é tratada no próximo capítulo.

5 AVALIAÇÃO SOB A PERSPECTIVA QUALITATIVA: A OPINIÃO DOS ENVOLVIDOS NO SUS DO ESTADO DO ACRE

5.1 INTRODUÇÃO

A problemática discutida nos capítulos anteriores traz os subsídios necessários para prosseguirmos no debate que ora se inicia. No primeiro capítulo, externalizamos nossa preocupação diante da crise do capitalismo contemporâneo e de seus impactos no campo da saúde pública e no processo de avaliação em saúde. Ressaltamos que a crise é resultado da queda tendencial da taxa lucro das empresas e citamos as estratégias utilizadas pelo capital para amenizar os seus efeitos e repor os lucros. Entre essas estratégias destacamos a mais utilizada, relacionada à precarização das condições de trabalho representada, por exemplo, pelo enfraquecimento dos sindicatos, pelos empregos flexíveis e pela redução de benefícios sociais.

Acrescentamos que essas estratégias para superar a crise do capital têm reflexos no campo da saúde pública, na medida em que, paralelo à redução de benefícios sociais, há o endividamento do Estado, o qual passa a destinar grande parte dos recursos do orçamento para o pagamento de juros da dívida pública, reduzindo, por consequência, os montantes destinados às políticas públicas de saúde. Imersa em uma lógica dominada pelo capital financeiro, a saúde pública passa a adquirir uma perspectiva utilitarista e produtivista, na qual o importante é o alcance de metas e de resultados em um movimento típico de um modelo comandado pelo capital.

Esse predomínio do capital financeiro impacta a avaliação em saúde quando se verifica que a lógica utilitarista com base no produtivismo se estabelece no processo de avaliação, onde o quantitativo é a referência e o consumo de equipamentos e serviços torna-se preponderante frente às ações de prevenção e de promoção. Conforme nos esclarecem Gomes e Bezerra (2014a), a inserção da política social em saúde no contexto do capitalismo econômico mundial se dá por meio de um conjunto de bens, serviços, indústrias, equipamentos e tecnologias. Conjunto este entendido pelo sistema capitalista como mercadorias e, portanto, comercializáveis.

Nesse contexto, entendem Pinheiro e Silva Junior (2011), as profissões em saúde são orientadas em um modelo biomédico a partir do momento em que se apoiam em meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastando o indivíduo enquanto totalidade viva e permitindo que o diagnóstico substitua a atenção e o cuidado integral à saúde. Com base nessas considerações, Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012) identificaram uma lacuna na produção de estudos e conhecimentos focados em processos e práticas de monitoramento e avaliação orientados para a gestão governamental em saúde, especialmente no âmbito municipal. Nesse cenário, entendem Gomes e Bezerra (2014a) surgem esforços no sentido de serem construídas propostas alternativas, as quais contemplem a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nas dimensões individual e coletiva.

Portanto, alinhados à compreensão teórica e aos objetivos deste estudo, neste capítulo discutimos a avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre a partir de experiências vivenciadas por trabalhadores do SUS e por gestores municipais que atuam no campo da saúde pública. Concentramo-nos em dois objetivos: 1) conhecer as percepções de gestores e trabalhadores do SUS no Estado do Acre sobre o processo de avaliação em saúde que vem sendo realizado; 2) a partir dessas percepções, refletir sobre os limites e os desafios no processo de avaliação em saúde. A fim de alcançarmos estes objetivos, propusemos como metodologia de pesquisa a abordagem qualitativa, a qual detalhamos nas próximas páginas.

5.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.2.1 As Entrevistas Semiestruturadas com os Trabalhadores do SUS

A definição dos critérios de seleção dos sujeitos que formaram o universo da pesquisa torna-se um elemento de suma importância nas entrevistas, visto que esta seleção produz efeitos na qualidade das informações. Dessa forma, um problema a ser logo enfrentado é o de descrever e de delimitar os sujeitos que serão entrevistados e sua representatividade no grupo em estudo (DUARTE, 2002).

Nesta pesquisa, o número de sujeitos que participaram não foi determinado *a priori*. Conforme orienta Duarte (2002), dependeu da qualidade das informações obtidas em cada

depoimento, bem como da profundidade e do grau de coerência e divergência das informações. As entrevistas foram encerradas quando se avaliou não mais haver dados originais ou elementos que trouxessem novas perspectivas à investigação.

Dessa forma, foram realizadas 26 entrevistas semiestruturadas. Foi perguntado aos sujeitos, a partir de um roteiro básico (Apêndice 4), questões com temas relacionados a quatro eixos: a) instrumentos de gestão; b) articulação institucional; c) indicadores de saúde; e d) desafios da avaliação em saúde. Do total, 18 foram gravadas e oito entrevistas foram respondidas por e-mail, a pedido dos próprios entrevistados[122].

O roteiro foi disponibilizado momentos antes da realização de cada entrevista para o conhecimento dos entrevistados, bem como apresentado o projeto de pesquisa para dirimir possíveis dúvidas e esclarecer aos entrevistados os objetivos da pesquisa. Também foi comentada a questão sobre a divulgação dos resultados e os possíveis riscos a que se exporiam ao participar, além da necessidade de ser assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Esse Termo assegura a preservação do sigilo e a ocultação da identificação dos participantes. Excetuando-se os esclarecimentos prévios, as entrevistas gravadas tiveram um tempo de duração que variou de 30 (trinta) a 50 (cinquenta) minutos cada.

Para Westphal, Bógus e Nogueira-Martins (2011), a técnica da entrevista possibilita o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. A relação que se cria é de interação com influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. As autoras argumentam que as entrevistas semiestruturadas partem de certas perguntas básicas, apoiadas em teorias e hipóteses, as quais oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que o entrevistado dá suas respostas. Essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semiestruturada são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas, também, de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno investigado.

Para a seleção dos entrevistados foram adotadas duas estratégias. A primeira compreendeu uma amostra intencional de trabalhadores e usuários do SUS no âmbito do Estado do Acre, ou seja, foram selecionadas as pessoas consideradas mais adequadas quanto à possibilidade de fornecerem informações úteis para a pesquisa. Dessa forma, os entrevistados

[122] Quando contatados pessoalmente e esclarecidos sobre a pesquisa, oito entrevistados manifestaram o desejo de responder por meio de correio eletrônico (e-mail). Ressaltamos que, antes das entrevistas serem respondidas por e-mail, foi realizada uma interação com os sujeitos, ocasião em que foram repassadas informações sobre a pesquisa e esclarecidas eventuais dúvidas.

foram mapeados por área de atuação: a) gerentes de redes temáticas; b) conselheiros do Conselho Estadual de Saúde[123]; c) membros da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);[124] e d) coordenadores estaduais das regionais de saúde. Com essa estratégia, foram realizadas 10 entrevistas.

A segunda estratégia utilizada compreendeu a identificação de informantes-chave por meio da técnica bola de neve (Snowball). Para Bernard (2006), por meio da técnica, procura-se ter acesso à populações difíceis de estudar ou encontrar. Faz-se o uso de informantes-chave e/ou documentos para localizar pessoas em uma população. Pergunta-se a essas pessoas que recomendem alguém a quem podemos entrevistar. Para o autor, se estamos lidando com uma pequena população de pessoas que são suscetíveis de estar em contato, a bola de neve é uma maneira eficaz para construir um quadro de amostragem exaustiva.

Consideramos importante utilizar a referida técnica tendo em vista que, durante a realização da primeira estratégia (amostra intencional), vários entrevistados sugeriram nomes que entendiam serem fundamentais para os objetivos desta pesquisa e que, por isso, deveriam ser entrevistados. Dessa forma, consideramos necessário inserir a técnica do Snowball. Conforme nos tem orientado Duarte (2002), na abordagem qualitativa é difícil determinar o número de sujeitos por antecipação, visto depender de elementos como a qualidade, a profundidade, a recorrência e a divergência das informações. Salienta que enquanto houver novos dados que indiquem diferentes perspectivas ao estudo, é necessário continuar realizando as entrevistas. Dessa forma, consideramos pertinente contemplar sujeitos sugeridos pelos informantes-chave. Por meio da técnica do Snowball, foram realizadas 16 entrevistas.

Portanto, as informações foram colhidas tendo em vista essas duas estratégias. Quando verificamos que o volume e a qualidade das informações tornaram-se consistentes e densos e foi possível compreender significados, identificar sistemas classificatórios e visões de mundo sobre o processo de avaliação em saúde, bem como constatar recorrências que atingiram o chamado “ponto de saturação” consideramos por finalizado o processo de trabalho de campo, em consonância com as orientações de Duarte (2002).

Conforme as entrevistas eram realizadas o roteiro ganhava significado na interação com os entrevistados. Entretanto, foi preciso dar a ele a flexibilidade necessária para orientar a condução das entrevistas. Conforme nos esclarece Flick (2009, p. 160), “o entrevistador pode e deve decidir, durante a entrevista, quando e em que sequencia irá realizar quais

---

[123] Foram realizadas entrevistas com trabalhador, usuário e gestor que integram o Conselho Estadual de Saúde. Reconhecemos que o usuário não é trabalhador do SUS, porém integra a categoria dos envolvidos no sistema.
[124] Representando o Estado e municípios.

perguntas". Dessa forma, na dinâmica das entrevistas, a ordem das questões, muitas vezes, foi alterada e algumas foram omitidas quando já tinham sido respondidas no decorrer da entrevista. Assim, quando necessário, houve flexibilidade na utilização do roteiro, a depender da participação do entrevistado.

5.2.2 Os Grupos Focais com os Secretários Municipais de Saúde

Em paralelo à técnica das entrevistas, foram realizados três grupos focais. Se nas entrevistas o foco recaiu sobre os trabalhadores do SUS no Estado do Acre, nos grupos focais a atenção se manteve sobre os gestores municipais[125], aqui entendidos como os secretários municipais de saúde do Estado do Acre.

Como técnica, o grupo focal é uma entrevista realizada em grupo que possibilita, via interação dos participantes, a emergência de dados e percepções que talvez não estivessem acessíveis por meio da realização de entrevistas individuais ou da aplicação de questionários. Segundo Westphal, Bógus e Nogueira-Martins (2011), a técnica pode ser utilizada para gerar ou formular teorias que serão posteriormente testadas por estudos quantitativos, identificar conceitos, crenças, percepções, expectativas, motivações e necessidades de um grupo específico de interesse do pesquisador.

Dessa forma, foram realizados três grupos focais, um em cada região de saúde do Estado do Acre. Como haveria dificuldades em reunir os secretários somente para a realização dos grupos, consideramos oportuno e necessário que a atividade estivesse conectada à agenda de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR)[126]. Mesmo assim, nas reuniões da CIR houve ausência de secretários por razões das mais diversas, com destaque para as seguintes dificuldades: locomoção (municípios com difícil acesso); financeiras (sem recursos para despesas decorrentes da viagem) e de agenda (compromissos previamente assumidos). Consideradas essas dificuldades, por consequência, nem todos os secretários municipais

[125] De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

[126] A CIR, conforme esclarecemos, é um órgão de instância colegiada, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais do Estado do Acre (BRASIL, 2011).

participaram da pesquisa. Dos 22 secretários municipais existentes no Estado, 12 estiveram presentes nas reuniões e, dessa forma, puderam participar da pesquisa.

Conforme salientamos, no Estado do Acre temos três regiões de saúde. Foram, portanto, realizados três grupos focais, os quais envolveram os secretários municipais de cada região e, designados, também participaram representantes dos secretários no âmbito da CIR. O primeiro grupo focal foi realizado na Regional de Saúde da Região III (Regional do Juruá/Tarauacá-Envira), em novembro de 2015, no município de Cruzeiro do Sul[127] e contou com a presença de quatro secretários e dois representantes, totalizando seis pessoas. Na Região I (Regional do Baixo Acre), o grupo focal foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio Branco, em janeiro de 2016 e contou com a presença de cinco secretários e um representante[128]. E na Região II (Regional do Alto Acre), o grupo focal foi realizado em fevereiro de 2016, na Secretaria Municipal de Saúde do município de Brasileia[129] e contou com a presença de três dos quatro secretários municipais de saúde da regional.

Em relação à quantidade de participantes nos grupos focais, em pesquisa à literatura sobre o tema, Trad (2009) encontrou uma variação entre seis a 15 participantes. Entretanto, a autora (*apud* PIZZOL, 2004)[130] destaca que o tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permite a real participação dos sujeitos e a discussão adequada dos temas. Dessa forma, optamos pela realização dos grupos focais com os secretários municipais de saúde no âmbito das três Regiões de Saúde e, portanto, fez-se oportuno manter o grupo focal na Região II, mesmo com um número de participantes abaixo do recomendado pela literatura.

Nos Grupos Focais com os secretários municipais de saúde buscamos favorecer a troca de informações, visto serem pessoas sem níveis hierárquicos, ou seja, todos desempenham o mesmo cargo. Além disso, podemos dizer que são grupos heterogêneos, na medida em que verificamos diferentes compreensões sobre o tema do estudo, bem como diferentes posições político-partidárias.

A exemplo do ocorrido nas entrevistas, o roteiro (Apêndice 5) orientou o processo, porém, não foi um elemento estático, mas dinâmico. Na condução da atividade houve,

---

[127] O município de Cruzeiro do Sul é distante 635 km da capital Rio Branco.

[128] Os municípios desta região têm acesso por via terrestre, excetuando-se Santa Rosa do Purus e Jordão, os quais têm acesso à capital por via aérea (aviões de pequeno porte) alguns dias da semana.

[129] Município distante 231 km da capital Rio Branco. Os secretários foram reunidos somente para esta agenda, tendo em vista a última reunião da CIR ter ocorrido em setembro de 2015. O acesso a esta região se dá por via terrestre, inclusive com transporte regular de ônibus.

[130] Para o conhecimento dessa referência, ver PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural.** Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

inicialmente, o aquecimento, com uma questão geral sobre o assunto que se pretendeu abordar, como uma forma de "quebrar o gelo" e tentar produzir um clima de informalidade para dar início ao debate.

Conforme ressaltamos, tanto nas entrevistas quanto nos grupos focais o tema foi inicialmente apresentado, em seguida, informado sobre a garantia do sigilo e sobre a gravação da conversa. A participação na pesquisa pressupôs a compreensão desta e a livre escolha em participar, o que foi comprovado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foi assegurado o anonimato aos participantes, assim como a devolutiva das impressões quando concluído o estudo.

O material obtido por meio das entrevistas e dos grupos focais foi transcrito na íntegra e posteriormente submetido à análise temática, e optamos, conforme veremos, pela análise de conteúdo.

5.2.3 A Análise de Conteúdo

Na análise de dados qualitativos um método muito utilizado é o de análise de conteúdo, o qual é compreendido por Campos (2004, p. 611) como "um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento".

Considerado uma referência no que compete à análise de conteúdo, Laurence Bardin (2011, p. 42), a conceitua como:

> [...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Temos, então, alguns elementos importantes no processo de análise de conteúdo. Como uma técnica, esta faz uso da comunicação como ponto de partida. Ela é feita por meio da mensagem e tem a intenção de produzir inferências[131]. Implica comparação, vínculo de conteúdos de uma comunicação que podem ser representados por alguma forma de teoria. Sendo assim, no processo de análise de conteúdo, produzir inferência significa embasar

[131] Para Bardin (2011, p. 39, rodapé), a inferência é uma "operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras".

determinada mensagem com pressupostos teóricos e com situações concretas, visualizadas de acordo com o contexto histórico e social de sua produção e recepção (CAMPOS, 2004).

No que compete às fases da análise de conteúdo, a partir das orientações propostas por Bardin (2011) e das sugestões de Campos (2004) e Duarte (2002), estabelecemos quatro fases: 1) fase de pré-análise do material; 2) fase de seleção das unidades temáticas de análise; 3) fase de categorização e subcategorização; 4) fase dos resultados e da interpretação. O detalhamento das quatro fases citadas encontra-se no Apêndice 3 deste estudo.

Dessa forma, o conteúdo das entrevistas e dos grupos focais foi interpretado com base nessas fases. Consideramos importante atentar, a partir das orientações de Duarte (2004), para o aspecto da transcrição das entrevistas e dos grupos focais. Depois de transcritas na íntegra, as entrevistas foram conferidas, ou seja, foram ouvidas as gravações tendo em mãos o texto transcrito, acompanhando e conferindo frases e outros elementos importantes como entonações e interrupções como uma forma de corrigir possíveis erros[132].

Em situações em que as frases eram excessivamente coloquiais foi feita a correção sem, entretanto, prejudicar o sentido do texto, conforme sugere Duarte (2004, p. 221):

> Entrevistas podem e devem ser editadas. Exceto quando se pretende fazer análise de discurso, frases excessivamente coloquiais, interjeições, repetições, falas incompletas, vícios de linguagem, cacoetes, erros gramaticais etc. devem ser corrigidos na transcrição editada.

A partir disso, iniciamos o que Bardin (2011) chama de “leitura flutuante”. Feita essa leitura, partimos para a identificação das unidades temáticas presentes nas falas dos sujeitos da pesquisa. A partir da identificação das unidades temáticas, as quais estão articuladas aos objetivos centrais da pesquisa, procedemos à construção de categorias e subcategorias de análise, cada vez mais específicas e precisas em relação ao objeto da pesquisa e em torno das quais foram organizadas as falas dos sujeitos. Por fim, com a composição dessa estrutura, houve a interpretação das informações obtidas, levando em consideração os referenciais teóricos que orientaram este estudo. Nos Quadros 3 e 4 apresentamos as unidades temáticas, categorias e subcategorias construídas em relação às entrevistas e aos grupos focais, respectivamente.

---

[132] A transcrição das entrevistas foi realizada por um profissional, mediante remuneração. Entretanto, convém destacar que todos os fragmentos das entrevistas presentes no Capítulo 5 foram conferidos com o material original pelo próprio pesquisador. Já os grupos focais foram transcritos e conferidos pelo próprio pesquisador.

Quadro 3 - Entrevistas semiestruturadas: unidades temáticas, categorias e subcategorias, Acre, 2016.

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria
PROBLEMAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	Problemas da gestão	• Desarticulação de instrumentos de gestão • As conferências como "reuniões contaminadas" • Rotatividade de profissionais e gestores • Falta de uma gestão solidária e cooperativa • Regiões enfraquecidas
	Natureza da Avaliação	• Falta de comunicação e de planejamento • Centralidade da avaliação quantitativa • Avaliações pontuais, incipientes e cartoriais
	Fragilidades da atenção básica	• Lógica hospitalocêntrica • Ausência da conscientização da população sobre a importância da atenção básica
	Estudo estatístico dos indicadores	• A atenção básica, a média e a alta complexidade • Indicadores financeiros e o quadro de saúde da população
DESAFIOS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	Novas formas de se fazer avaliação	• Importância de se institucionalizar a avaliação • Comunicação de instrumentos de avaliação • Foco na avaliação qualitativa e na intersetorialidade • Estabelecimento de uma cultura avaliativa e do controle social • Envolver e qualificar as pessoas • Avaliar para regular o consumo de tecnologias e fortalecer a atenção básica • Avaliar para enfrentar a crise econômica • Fortalecimento das Regiões de Saúde • Avaliar como um instrumento de fortalecimento do SUS

Obs.: elaboração própria.

Quadro 4 - Grupos focais: unidades temáticas, categorias e subcategorias, Acre, 2016.

Unidade Temática	Categoria	Subcategoria
A SAÚDE NAS REGIÕES	O processo de avaliação	• A realidade dos municípios da região Norte • Mesmos critérios para regiões diferentes • Instrumentos de avaliação para cumprir exigências
	Fragilidades do processo de regionalização	• A Comissão Intergestores Regional (CIR) • Dificuldades para a pactuação do COAP • O financiamento da saúde • Indicadores financeiros
	Modelo de atenção básica	• A atenção básica vista como ambulatório • Responsabilidades dos municípios • Referência e contra referência • Fragmentação de programas
	Papel do governo do Estado	• A cobrança pela gestão estadual • O apoio técnico e político dos gestores do SUS

Obs.: elaboração própria.

Convém destacar que as categorias de análise não emergiram *a priori*, mas a partir da identificação de conteúdos recorrentes no discurso dos entrevistados e dos gestores nos grupos focais. Ou seja, não foram pré-determinadas, mas construídas ao longo do estudo.

Sempre que possível, procuramos estabelecer uma conexão com os achados relacionados à abordagem quantitativa, representada pelo estudo estatístico dos indicadores municipais de saúde, na tentativa de responder ao "porquê" de determinados resultados e, assim, possibilitar uma visão mais ampla do universo investigado[133].Além disso, ao mesmo tempo em que procuramos mostrar a repetição de conteúdos comuns à maioria dos sujeitos da pesquisa, também foram considerados temas relevantes que não se repetiam nos relatos, mas que guardavam em si riqueza e relevância para o estudo.

Este estudo foi desenvolvido considerando as diretrizes e normas estabelecidas para pesquisas com seres humanos contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado em 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 2).

[133] No roteiro, tanto das entrevistas quanto dos grupos focais, foram apresentados alguns resultados estatísticos para o comentário dos participantes da pesquisa (ver Apêndices 4 e 5).

5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Para a análise das entrevistas, duas unidades temáticas foram consideradas: "problemas da avaliação em saúde" e "desafios da avaliação em saúde". Iniciamos a apresentação dos resultados e a discussão a partir das categorias presentes na unidade temática "problemas da avaliação em saúde".

5.3.1 Problemas da Gestão

5.3.1.1 Desarticulação de Instrumentos de Gestão

No Plano Estadual de Saúde (2012-2015) consta que sua elaboração foi subsidiada pelos instrumentos norteadores: diagnóstico situacional (2007-2011); Plano de Governo (2011-2014); Relatório da VI Conferência Estadual de Saúde; Plano Estadual de Saúde (2007-2011); Plano Nacional de Saúde (2012-2015); Plano Plurianual (PPA) (2012-2015); desenho da Regionalização (PDR); Pacto pela Saúde e nas políticas prioritárias de governo.

Entretanto, perguntados se haveria relação entre os instrumentos de planejamento e orçamento de governo[134] com os instrumentos de planejamento e orçamento da saúde pública do Estado do Acre[135], alguns dos entrevistados citaram o empenho do governo em conectar esses instrumentos, porém, para a grande maioria não há relação entre os instrumentos de gestão de governo e os instrumentos de gestão da saúde. Há falas ressaltando o fato dos planos serem feitos em nível de gabinete. Estariam se coadunando no papel, mas, na prática, existiria um descompasso, uma dissociação de instrumentos, conforme observamos:

> *Esses instrumentos de planejamento, orçamento com o governo, com o plano de governo, eles são feitos muito em nível de gabinetes, então quem está nas unidades, quem está na assistência tem muito pouco acesso a esses instrumentos. Eles já chegam assim, você tem que preparar o PPA, o PTA ou qual o nome que tenha na sua unidade, mas tem muito pouca relação com o planejamento da SESACRE como um todo, assim, de discussão. Você manda aquele formulário e é incluído ou não,*

[134] Plano de Governo, Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).
[135] Plano de Saúde, Programação Anual em Saúde e o Mapa da Saúde.

> *não há uma discussão maior sobre isso, SESACRE com unidades, unidades e equipes, fica muito em nível de gabinete, muito entre quatro paredes, reuniões de equipes de planejamento só, sem incluir os profissionais que estão na ponta (Entrevistado 2).*

> *Existe um plano orçamentário que não conversa com os planos de saúde, podem até se encontrar nas frases e nas determinações cartoriais, mas na sua execução é uma guerra e uma tragédia. Eu sinalizo a tragédia nos indicadores de morbi/mortalidade, não precisa de outro pra eu dizer que não está dando certo. Se tiver um bom plano, um orçamento pautado nesta necessidade você tem um resultado. Pra mim avaliação é a redução, de morbi/mortalidade principalmente na saúde e qual é a expectativa: a qualidade de vida (Entrevistado 17).*

Como um dos elementos que contribuem para esse descompasso entre os instrumentos de gestão do governo e da saúde estaria o fato do processo de construção destes instrumentos não considerar os anseios dos usuários, refletindo apenas os aspectos entendidos como importantes pela gestão:

> *Existe uma preocupação destes instrumentos se coadunarem no papel, contudo, o processo da construção dos mesmos, muitas vezes, não é ascendente, ou seja, não parte das bases. A proposição de políticas e ações em saúde, muitas vezes, parte do nível mais macro, sem considerar o anseio e necessidades do usuário, refletindo de forma unilateral pensamento e planejamento dos gestores (Entrevistado 8).*

Outra questão destacada foi a necessidade de se fazer um diagnóstico para a elaboração dos instrumentos de gestão. Hoje, entende um dos entrevistados, há planos cartoriais sem diagnóstico da situação de saúde da população:

> *Como é que você faz um plano sem você ter um diagnóstico, eu fui atrás do plano estadual de saúde, um diagnóstico perfeito, contratado por especialistas, vão lá, fazem porque é cartorial, está aqui ó, a senhora pediu, o senhor pediu, o secretario, nós fizemos um plano, mas ninguém conversou sobre essa sensação que eu tenho (Entrevistado 17).*

No comentário acima, observamos a identificação do problema da realização de avaliações por especialistas externos. Essa avaliação externa à gestão pode indicar o fato das avaliações serem realizadas de forma isolada, ocasionais e, devido a isso, não interferirem de forma consistente no processo de tomada de decisões. Essa problemática traz a questão da institucionalização da avaliação enquanto um esforço no sentido de tornar a prática avaliativa parte integrante do processo decisório (GASPARINI e FURTADO, 2014).

Consideradas essas questões, perguntamos aos entrevistados como descreveriam o processo atual de elaboração das metas em saúde. Um deles destacou a falta de seriedade na elaboração das metas, conforme verificamos:

> *Não quero parecer pessimista, mas a experiência que tenho é de ouvir muito discurso. As pessoas elaboram metas e na produção de relatório de gestão etc. muitas dessas metas não são realizadas ou são realizadas pela metade ou, já falando no plano nacional, como cidadão, como contribuinte, muitos desses números são escamoteados, não refletem a seriedade da gestão pública. Hoje, infelizmente, a gestão pública no Brasil ela é muito mal vista pelo cidadão, pelo pagador de imposto, porque os resultados se refletem no dia a dia das pessoas. Ou seja, a gestão pública é de má qualidade, é ineficiente, é ineficaz, é perdulária, gasta dinheiro com coisas que não são importantes, enfim. Então as metas, a elaboração de metas no Brasil e no caso aqui do Acre elas refletem principalmente a intenção das pessoas de querer fazer alguma coisa de maneira que a intenção seja ela expressa dentro de um nível de seriedade ou até mesmo para dizer que vai fazer, mas sabendo que não vai fazer (Entrevistado 11).*

Dessa forma, refletindo sobre essas respostas, observamos, na grande maioria das falas, uma opinião de que, apesar das tentativas feitas pela gestão para se alinhar os instrumentos de gestão do governo aos de gestão da saúde, há uma série de obstáculos e dificuldades, inclusive relacionadas ao momento e à forma em que esses planos são elaborados prejudicando uma interação mais coesa e concreta.

5.3.1.2 As Conferências como "Reuniões Contaminadas"

Com o propósito de concretizar a diretriz do SUS de participação da comunidade, a lei n. 8.142, de 1990, preconizou duas importantes instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Conforme entendimento de Noronha, Lima e Machado (2012), o principal objetivo das conferências é definir a diretriz geral para a política de saúde. Para isso, devem contar com ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos[136].

No Estado do Acre, diversos entrevistados apontaram a relevância das conferências de saúde, entretanto destacaram alguns pontos negativos, a exemplo da desarticulação de segmentos, de propostas serem apresentadas desconectadas das políticas públicas e da falta de representatividade de alguns segmentos. Houve entrevistados que destacaram a pouca consideração das sugestões apresentadas nas conferências pelos segmentos da população e dos trabalhadores da saúde, sendo considerada mais um "evento" do que propriamente uma instância colegiada onde ocorre a participação da sociedade:

---

[136] Representantes do poder público, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços.

> *Eu acho que as conferências têm muito a acrescentar, mas elas são engavetadas, os relatórios são engavetados e se leva muito pouco em consideração o que a população ou trabalhadores colocaram nas conferências. Eu acho que tem muito material ali que poderia ser aproveitado para se pensar um plano de saúde de uma regional ou de um Estado ou de um município (Entrevistado 2).*

Nesse aspecto, vários entrevistados citaram a falta de representatividade nas conferências, especialmente do segmento da população, provocando o esvaziamento da participação desse importante segmento social. Além disso, destacaram a participação das mesmas pessoas, os chamados "cativos das conferências", conforme observamos nas falas:

> *Eu vejo as conferências como um grande ato político. As conferências elas reúnem espécies exóticas, muito exóticas. Eu vi ali pessoas que utilizavam as conferências para divulgar discursos de frases feitas, de determinadas manifestações já organizadas com claques, claques que iam para lá aplaudir determinadas manifestações etc., e o embate político que se verificava na organização das conferências começava desde a escolha dos delegados. É uma coisa que, com todo respeito pela expressão que vou utilizar, é uma reunião contaminada, uma reunião contaminada. Como a maioria dos coletivos que são representativos e que no SUS eles têm uma importância didática muito grande que deveriam, se bem utilizados, representar exatamente o espírito do que a sociedade precisa, nós vemos que pela contaminação que acontece na organização e na estruturação desses coletivos isso é muito prejudicado (Entrevistado 11).*
>
> *Sinceramente eu não acredito mais que a conferência esteja surtindo algum efeito de mudança dentro da gestão do SUS. Por exemplo, eu posso citar alguns motivos, as conferências hoje são iguais aos conselhos de saúde, nas conferências hoje vão determinados grupos de pessoas, sempre os mesmos, que eu chamo de cativos das conferências... Não acredito em conferência mais, eu acho que é um dinheiro jogado fora, se não melhorar, é um dinheiro perdido. O povo não está representado ali, está representado em alguns segmentos, por exemplo, segmentos dos profissionais são sempre os mesmos profissionais, o segmento dos usuários são sempre as mesmas entidades com os mesmos usuários, coisa que assim não tem ideias novas, não tem inovação nenhuma (Entrevistado 23).*
>
> *As nossas conferências, não só aqui no Acre, mas no Brasil inteiro, a participação é assim mais dos profissionais que ocupam cargos, não há uma adesão espontânea da sociedade... Nós não estamos fazendo com que a sociedade entenda que a conferência é um momento mais oportuno das reivindicações dela, mas assim onde os profissionais tanto da parte de informação, das universidades, então você vê dentro da conferência uma participação muito vazia, de conselhos de classe, de sindicatos, de professores universitários, principalmente da área da saúde, de profissionais da saúde mesmo, da população, normalmente nessas conferências você vai ver que estão algumas associações que são convidadas pra algumas questões, não tem a participação efetiva. Eu já acompanhei muitas conferências, sabe, e eu realmente fico muito desiludida, porque, assim... (há) grupos que se formam pra defender a sua causa pessoal, não coletiva entendeu, o que é bom pra sociedade? O que é bom realmente pra esse sistema de saúde, no que nós precisamos avançar? O que nós precisamos abrir mão? (Entrevistado 18).*

Outras questões apontadas compreendem o fato das conferências estarem "soltas", desarticuladas, com propostas desconectadas das políticas públicas. Há o destaque para o fato das conferências serem realizadas com eixos pré-determinados o que, de certa forma,

direcionaria os debates. Além disso, há os que entendem que as discussões realizadas durante as conferências são, muitas delas, direcionadas a um entendimento único.

> *A conferência de saúde ela vem com eixos pré-determinados, as discussões realizadas durante as conferências elas são, muitas delas, são direcionadas a um entendimento único. Quando isso é feito não existe depois o consolidado desse tipo de informação, então assim, pelo tempo, porque tem prazos, prazo que você tem que entregar LDO, prazo que você tem que encaminhar o PPA, poucas pessoas, poucos recursos humanos que entendem de fazer a gestão, vamos se dizer assim, e em virtude do cumprimento desses prazos eles acabam que modificando um pouco, só aquilo que é de grande parte impacto dentro do processo em si. Então, eles não se complementam, deixam a desejar, tipo algumas coisas da conferência que foram discutidas a gente já verificou, em alguns planos que já passaram aqui, que não entraram, então assim: vai entrar em que momento, no futuro? Ou quando for exigido? Ou quando for discutido no conselho nacional? A gente ainda não sabe em que momento isso vai entrar.*
> *[...]*
> *É visível durante a conferência quais eram os maiores gargalos da saúde e se isso for utilizado, se o gestor tivesse acompanhando tudo isso, da conferência ele pudesse tirar dali o melhor plano de ação, plano realmente, eu acho que a gestão, talvez, eu acho que é muito irregular. E então, pra não fugir de algumas coisas, eu acho que o próprio gestor fala assim: poxa, isso é bem bacana que foi falado na conferência, mas lá na frente eu não posso colocar porque não é minha meta de governo. Então, eu acho que as metas, o que a população, a sociedade fala e grita é uma coisa e o que o gestor tem que colocar é cumprir metas legais, talvez a burocracia esteja atrapalhando a fazer uma boa gestão, talvez, eu fico sempre na dúvida (Entrevistado 25).*

Há, portanto, a questão da desconexão das deliberações das conferências como o plano de ação programado pela gestão, bem como do relato de dificuldades na incorporação, pelos Planos de Saúde, de deliberações estabelecidas nas conferências.

Essas questões coadunam com pesquisa realizada por Klein (2010), o qual identificou que as instâncias colegiadas do SUS apresentam uma dinâmica de funcionamento conformada por pessoas e grupos articulados para a realização de defesas das propostas dos gestores, o que acaba por inibir manifestações e debates.

5.3.1.3 Rotatividade de Profissionais e Gestores

Outra questão apontada como prioritária no que compete aos problemas da gestão refere-se à grande rotatividade de profissionais, com destaque para os municípios. Em algumas entrevistas foi citado que a Secretaria Estadual de Saúde procura realizar treinamentos constantes junto às secretarias municipais, tendo em vista a grande quantidade de sistemas que precisam ser utilizados no campo da saúde. Entretanto, não raro, pessoas

recebem treinamento para trabalhar com um sistema, porém acabam sendo substituídas por outras sem treinamento, forçando, com isso, o retrabalho e reforçando as dificuldades.

> *Se você capacita um determinado profissional em determinada área, amanhã ele já saiu e chegou outro porque tem a questão da precariedade da relação de trabalho, às vezes a pessoa é terceirizada, é emprestada, cedida, é cargo comissionado, não tem um vínculo efetivo e tudo isso contribui negativamente para que a coisa não avance (Entrevistado 4).*

Além da rotatividade dos profissionais, também foi destacada a constante substituição de secretários municipais de saúde o que, no entender de alguns dos entrevistados, está contribuindo para a fragilidade da gestão estadual enquanto instância coordenadora de processos. Dessa forma, um fator importante para a ocorrência de um trabalho incipiente no processo de avalição em saúde decorreria da grande rotatividade dos gestores municipais, visto o pouco conhecimento sobre a saúde por parte dos gestores que estariam assumindo as secretarias.

> *Nós também temos que pensar em investir nesses gestores, os secretários municipais entram, vão entender de saúde pública já no final da gestão, quando tão saindo né, e aí? Nós precisamos rever essa política de gestão que a gente tem (Entrevistado 2).*

> *Hoje, principalmente, no nosso Estado, a questão da gestão da saúde, principalmente municipal, eu considero como muito caótica, porque os administradores municipais eles não escolhem as pessoas indicadas pra área da saúde, as pessoas que têm um pouco de conhecimento sobre a questão da saúde, eles pegam os cargos eleitorais deles pra ser gestor público de saúde (Entrevistado 26).*

Para amenizar esse problema, alguns entrevistados alertam para a necessidade da escolha de gestor que tenha, pelo menos, algum tipo de formação em gestão, caso não tenha formação profissional na área da saúde. A sugestão é que esse gestor se cerque de pessoas que entendam do assunto:

> *A saúde deve ser gerida por pessoas que conheçam um pouco da saúde, não digo por profissionais de saúde, porque você não pode ser nem profissional de saúde, pode ser qualquer profissional que tenha um pouco de conhecimento sobre saúde, mas que tenha assessoria de pessoal da saúde, então, qualquer cidadão pode ser um gestor público de saúde que conheça um pouquinho de saúde, mas que ele seja assessorado por pessoas da área de saúde, eu acho que assim vai melhorar muito a questão da gestão pública de saúde (Entrevistado 26).*

Observamos, portanto, a partir das entrevistas realizadas, que a rotatividade de profissionais, tanto da área técnica quanto da gestão, tende a ser percebida como um fator negativo para o processo de avaliação em saúde pelo fato de estar dificultando uma articulação mais consistente entre a gestão estadual e as secretarias municipais no que compete à coordenação de processos técnicos e políticos.

5.3.1.4 Falta de uma Gestão Solidária e Cooperativa

Alguns comentários referenciam a falta de uma gestão solidária e cooperativa entre Estado e municípios. Uma das questões mencionadas foi a fragilidade técnica das secretarias municipais e a dificuldade da Secretaria Estadual em coordenar processos.

> *Eu acho que os três entes apresentam dificuldades na execução da política de saúde porque é uma política muito complexa, ela vai do transplante a dar um ponto no dedo do pé, isso eu costumo dizer, é muito complexo. E a população nunca está satisfeita, acontece [sic] falhas em todos os níveis de atenção e de gestão acontecem falhas, mas avaliando de longe... eu acho que está no caminho, eu acho que é uma gestão bem articulada, como eu tenho conhecimento dos municípios, como eu tenho conhecimento da gestão estadual... Eu enxergo assim, as áreas técnicas da Secretaria de Saúde muito presente nos municípios (Entrevistado 16).*
>
> *No Estado do Acre os processos técnicos não são coesos, isto é, nem todas as áreas técnicas dão o suporte adequado aos municípios, a questão política é muito acentuada. O município é melhor ou pior acompanhado conforme seu partido político (Entrevistado 13).*
>
> *A questão eu vejo a nível local [sic] que a questão técnica é mais presente que a política, por exemplo, todas as secretarias municipais são fragilizadas tecnicamente. O grande indutor para que se possa avançar é a Secretaria Estadual, que é a coordenadora de toda saúde do território do Estado. Isso tem funcionado relativamente, mais ou menos, não é excelente, e a política em si vai muito a reboque da política nacional, porque a gente avançou bastante, mas ainda há aquela interferência política no serviço de saúde com a política partidária. Quando isso ocorre, aí interfere nessas situações. Então, por exemplo, a questão técnica avança muito mais que a parte política, avança no médio escalão das equipes técnicas, tem avançado, tem induzido e tem colaborado com os municípios que têm capacidade técnica limitada e às vezes até inexistente (Entrevistado 4).*

Como exemplo dessa falta de articulação é o processo de implantação do COAP no Estado.

> *Desde a publicação do Decreto nº 7.508/2011, o Estado não realizou nenhuma oficina/planejamento nas regiões de saúde para implantação do COAP (Entrevistado 20).*

Outra questão apontada refere-se à fragmentação dos serviços, onde cada equipe atua de forma isolada junto aos municípios, contribuindo ainda mais para a fragmentação dos programas e desconsiderando a sua transversalidade. Ou seja, é uma percepção baseada na verticalidade, onde cada um estaria fazendo a parte que lhe cabe:

> *Acontece que determinado programa chega lá e faz a sua ação e vai embora, vem outro programa faz a sua ação e vai embora. Não dá para os municípios e isso é uma função que eu acho que a Secretaria de Saúde do Estado teria que ter, mostrar para o município de que o munícipe, ali onde a pessoa vive, afinal de contas é onde nós vivemos, é onde as pessoas precisam receber assistência é no município, e que*

> *essas pessoas têm um cardápio de ações que estão à disposição delas. Essas pessoas têm vários programas onde cada um desses programas está à disposição delas, mas não isoladamente, mas no conjunto. Essa ação de coordenação, estimulação, de promoção desse tipo ação dentro do município é a Secretaria de Saúde que tem fazer do Estado (Entrevistado 11).*

E isso, entende um entrevistado, é reflexo de uma cadeia de eventos que tem início com os programas já fragmentados no próprio Ministério da Saúde e que comprometem o entendimento da finalidade da Secretaria Estadual de Saúde junto aos municípios:

> *Essa ação que é de coordenação, de estímulo dessas integralidades dos diversos programas isso é obrigação da Secretaria de Saúde, mas enquanto a Secretaria de Saúde reproduzir essas caixinhas, que são as caixinhas do Ministério, enquanto a Secretaria de Saúde estiver tão preocupada com o atendimento imediato do indivíduo através de hospitais, através de UPAs não vai resolver. Essa ação, o principal obstáculo que eu acho da ação coordenadora da Secretaria de Saúde é a falta de percepção da finalidade da Secretaria de Saúde em relação aos municípios. Se você vir a maior parte do consumo de energia da Secretaria de Saúde de administração é preocupado com os hospitais, hospital de Sena Madureira, hospital de Cruzeiro do Sul, hospital de Brasiléia, hospital disso ou daquilo. Por que essa é a responsabilidade do Estado, ou seja, é um apagar de incêndio permanente (Entrevistado 11).*

Sobre esses aspectos, um dos entrevistados comentou, inclusive, que as visitas que deveriam ser realizadas com o objetivo de apoiar os municípios acabam por se tornar visitas de cobrança, em que mais do que apoiar são externalizadas cobranças decorrentes de resultados não alcançados:

> *A Secretaria de Estado que tem a obrigação legal de estar acompanhando [sic] os municípios, que é uma das atribuições da Secretaria de Estado. Ela falha muito no contexto de estar lá direto ajudando os municípios a fazer esse monitoramento e essa avaliação. Ela vai essas duas vezes por ano só pra cobrar, ela deveria estar lá ajudando os municípios durante todo o período do ano, pra coisa não chegar tão ruim no final, então essa é uma das atribuições da Secretaria de Estado que ela não faz muito bem (Entrevistado 23).*

Por outro lado, alguns entrevistados citaram que essa articulação é boa e que, em grande parte, os problemas são fruto do reduzido quadro de profissionais da SESACRE, conforme observamos nas falas abaixo:

> *O Estado como coordenador..., eu acho que esse processo o Estado tem que olhar um pouco melhor. Nós temos um processo muito bom, mas esse processo é o meu "euquipe" (Entrevistado 24).*

> *Infelizmente a gente não tem condições de estar nos municípios sempre. A gente mantém o contato por telefone e na medida do possível a gente vai lá. Assim a SESACRE deixa muito a desejar nessa articulação. A SESACRE entende, vamos dizer assim, isso aqui o Ministério diz que é sua população, então toma! Você que tem que fazer, então fica muito o discurso de que é isso não é atribuição, é sua, você faz, e por outro lado os municípios dizem: tá, mas a gente precisa discutir com o*

> *Estado, tem o cofinanciamento, o que eles vão dar de contrapartida (Entrevistado 12).*

A dificuldade de execução e de definição clara do papel a ser desempenhado por cada ente federado também contribui para agravar este cenário:

> *No Estado do Acre acho que os papéis dos entes federados são confusos, percebo que o Estado ainda assume funções assistenciais em algumas áreas, inclusive na atenção básica, o que interfere na sua capacidade de ser coordenador dos processos técnicos e políticos. Além disso, percebo também pouca capacidade técnica da gestão estadual de desempenhar esse papel. O que percebo no cotidiano é uma culpabilização entre gestores municipais e estaduais, não percebo uma gestão solidária e cooperativa, conforme propõe o pacto de gestão e o Decreto nº 7.508 (Entrevistado 7).*
>
> *O Estado do Acre por meio da SESACRE cumpre este papel coordenador, no entanto, pela fragilidade dos sistemas de saúde municipal, muitas ações que seriam de competência da esfera municipal acabam sendo executadas pela gestão estadual, a exemplo: a gestão e gerenciamento de unidades hospitalares. Desta forma, a árdua e pesada tarefa de executar, ou seja, de garantir a execução das ações assistenciais acaba sendo priorizada em detrimento a ações relacionadas ao planejamento dos processos técnicos e políticos (Entrevistado 8).*

Essa falta de gestão solidária e cooperativa também envolve aspectos financeiros, de montagem de equipe e de entendimento sobre os temas prioritários:

> *Os municípios dizem: o valor que o ministério repassa não é suficiente e de fato não é, e isso todo mundo sabe. Só que o município não tem dinheiro pra nada, e aí vêm essa história da crise, o FPM eles não recebem etc. e tal. O Estado diz: eu também não tenho condição de passar. Então fica numa situação extremamente complicada, como é que você vai sentar pra discutir organização do serviço, de rede, pra discutir implantação de serviço que é necessário, por mais que a gente fale na atenção básica ela não consegue lidar com os casos graves, então como é que a gente vai falar sobre isso se a gente não tem uma posição da Secretaria em relação a: eu entro com tal parte, é muito complicado (Entrevistado 12).*
>
> *Entendo que no ente estadual, na Secretaria de Estado de Saúde existem ainda elementos dentro da gestão estadual que mantém uma relação de diálogo, de pactuação com as unidades de saúde, mas existem pessoas que estão lá presas àqueles gabinetes e que tomam decisões totalmente arbitrarias sem conhecer as realidades (Entrevistado 14).*
>
> *O Estado é o espelho dos municípios, o Estado de forma nenhuma pode deixar de trabalhar articulado com os municípios, porque o resultado do município vai refletir nos indicadores de saúde do Estado. Se os indicadores de saúde dos municípios forem ruins, os do Estado vão ser ruins também. Então, nessa busca de trabalhar tendo resultados satisfatórios nos indicadores, o Estado deve efetivamente trabalhar articulado com o município, não pode se dissociar, o Estado não tem como se dissociar dos municípios. Agora, no Estado do Acre existe um pensamento que eu não concordo, nunca concordei, é que o Estado, a instituição do Sistema Único de Saúde diz que o Estado ele deve assessorar os municípios de forma técnica, financeira e aqui, essa assessoria, essa ajuda financeira pro município o Estado não dá, aqui no Estado não existe, dá assessoria técnica mas financeira nunca deu. O Estado em nenhum momento assinou convênio com os municípios, com raras exceções, com raríssimas exceções (Entrevistado 26).*

Dessa forma, no depreendido nas falas percebemos que há dificuldades importantes no processo de articulação da Secretaria Estadual de Saúde para com os municípios, transitando desde a formação de equipes mínimas, que não dão conta de estar nos municípios da forma requerida por estes, bem como em aspectos relacionados às interferências partidárias e a um modelo no qual os municípios percebem mais a cobrança do que propriamente o apoio. Esses elementos aliados às dificuldades financeiras na condução desses processos, tanto por parte do Estado do Acre em mobilizar e garantir a logística das equipes que estariam realizando esse apoio técnico aos municípios, quanto aos próprios municípios que sentem a cobrança por não alcançarem as metas pactuadas, contribuem para reforçar a fragilidade do processo de regionalização em saúde.

5.3.1.5 Regiões Enfraquecidas

A regionalização ganhou destaque relativamente recente na política nacional de saúde no Brasil. Mesmo presente nas diretrizes do SUS, a estratégia da regionalização é reforçada somente no início dos anos 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) e, de forma mais contundente, após o Pacto pela Saúde em 2006 (VIANA e LIMA, 2011). Soma-se a perda da centralidade das estratégias de regionalização pela emergência do neoliberalismo na década de 1970, conforme esclarece Lima et al. (2012, p. 826):

> Em meados da década de 1970, com a emergência do neoliberalismo, que propunha a crença exacerbada nas forças de mercado para impulsionar o crescimento econômico e diminuía o papel do Estado no planejamento, as estratégias de planejamento regional e regionalização começaram a perder centralidade. Outros temas emergiram, tais como a questão urbana. [...] O debate sobre o desenvolvimento foi suprimido pela ideia de competitividade, inovação tecnológica, estabilidade macroeconômica, rentabilidade financeira e reforma gerencial do Estado.

Nessa linha, torna-se importante identificar como vem ocorrendo o processo de regionalização da saúde no âmbito do Estado do Acre e sua relação com a avaliação em saúde. Para isso, buscamos o espaço de atuação da CIR. Perguntados sobre o funcionamento da CIR no processo de regionalização da saúde, diversos entrevistados as veem como espaços importantes, porém destacam alguns aspectos que a tornam incipiente.

> *As CIRs têm atuado timidamente, mas vejo que a saúde regionalizada é o melhor caminho para o avanço dos serviços (Entrevistado 19).*
>
> *Eu acho que a gente está num processo muito incipiente de colegiado, mas muito incipiente mesmo, porque os gestores municipais não têm a compreensão da importância desse colegiado, de estar pensando sua região de saúde. Nós percebemos é que a maioria dos municípios não olha a região, eles olham o município, eles não entendem que, por exemplo, o município que está a trinta, a vinte quilômetros de outro município ele não precisaria, por exemplo, ter um centro cirúrgico, ele não precisa de equipamentos de alta complexidade, mas ele não pensa na região pela localização, pela posição estratégica que ele está ali, pelo complexo que ele tem de equipamentos ali naquele município, ele ser a referência para os municípios mais próximos. Infelizmente, acho que ainda tem muito a caminhar, com os municípios para que eles entendam qual o papel da CIR, é um papel que se confunde muito com a CIB, que a CIB as pessoas confundem muito com o conselho. Então, assim, são coisas que não estão muito claras na cabeça das pessoas e tem muita da coisa da defesa do meu, não do nosso, do coletivo. Cada um quer arrumar o seu pedaço, mas não pensa realmente no crescimento de uma regional de saúde, de uma organização de serviço regional, de ter uma avaliação (Entrevistado 18).*

Há, portanto, a necessidade dos gestores enxergarem a região para além de seus municípios, faltando um entendimento do que é a política de regionalização. Outra questão apontada como um indicativo da fragilidade dessa instância foi a periodicidade das regiões da CIR:

> *As comissões intergestores regionais são fundamentais pra uma gestão pública eficiente. Agora, o que a gente observa no Estado, nesse pouco tempo de criação das comissões intergestores regionais, que os próprios municípios eles ainda não entenderam a importância disso, porque essa comissão deveria se reunir efetivamente uma vez por mês e existem municípios que passam de três, quatro meses sem reunir essa comissão e é uma comissão importante, porque lá que eles vão decidir o que é melhor pra região e as decisões das comissões intergestores regionais ela só vai ser [sic] homologada pela comissão pela CIB, comissão intergestores bipartite do Estado. Então o que se decidir na região está decidido, porque o município é que conhece os seus problemas, o município é que sabe o que está acontecendo no dia a dia do seu território. É fundamental, eu acho fundamental, mas os municípios precisam se apropriar dessas comissões e discutir efetivamente essas questões de saúde (Entrevistado 26).*
>
> *Eu percebo que das três regionais uma esta mais estruturada, uma está mais organizada, porque tem secretários de saúde que têm entendimento maior, as outras duas estão enfraquecidas. Eu acho que já foram melhores. O Estado faz esse movimento de tentar colaborar, ajudar, mas eu acho que isso na realidade deveria partir dos próprios gestores municipais, eles é que deveriam enxergar isso como uma maneira de fortalecimento, porque eles se fortalecem quando eles se juntam e exigem alguma coisa da gente, por exemplo, enquanto Estado e é isso que o Estado quer e a gente estimula esse movimento de organização de parceria. Eles é que sabem a realidade e a dificuldade de organizar o seu território, de organizar os movimentos e a gente enquanto Estado espera, e eu espero que nos próximos anos a gente consiga de fato esse fortalecimento (Entrevistado 5).*

Essa falta de periodicidade das reuniões da CIR foi confirmada por nós quando da realização dos grupos focais. Houve região de saúde que ficou quase quatro meses sem ter reunião da CIR, o que, inclusive, atrasou o andamento da pesquisa. Para além disso, importa

citar, também, que, durante o período do estudo, houve reuniões que tiveram que ser transferidas por falta de quórum.

Entre as dificuldades apontadas nesse processo de fragilização da CIR, foram destacadas peculiaridades dos municípios situados na Amazônia, relacionadas, especialmente, à questão financeira:

> *A gente tem uma série de adversidades que não tem como reunir muitas vezes, pelo menos uma vez por mês, primeiro porque a carência dos municípios é muito difícil, o município não tem dinheiro, mas eles deveriam reunir pelo menos uma vez por mês pra discutir a questão de saúde do município, porque a proposta ela é muito boa. O Ministério da Saúde hoje está com a política toda voltada para as regiões de saúde, fortalecer essa questão regional, tanto que os recursos dos ministérios agora eles vão dar prioridade pra liberar por região de saúde, então os municípios precisam se apropriar dessa importância e precisam começar a discutir, deliberar e decidir propostas importantes pra melhoria e qualidade de vida da saúde do seu cidadão (Entrevistado 26).*

Na regionalização, conforme observamos, os incentivos são dirigidos para as regiões, com o desafio de comportar a multiplicidade de agentes e organizações que atuam no espaço intraestadual. Esse processo é muito relacionado à esfera estadual e, em função disso, os estados assumem um papel central no sucesso dessa estratégia, bem como os municípios envolvidos na pactuação (LIMA e VIANA, 2011). Entre as alternativas para o fortalecimento das regiões foram destacadas a sensibilização dos gestores e sua qualificação técnica:

> *Existe a necessidade de qualificação técnica dos seus membros, no sentido de também qualificar os processos de discussão de propostas que realmente contemplem as necessidades regionais e não só se configurem como espaços de pactuação meramente cartoriais (Entrevistado 8).*

Para reforçar essa ideia exposta nas entrevistas, em estudo, Albuquerque, Mello e Iozzi (2011) concluem que não há experiências de regionalização na saúde no Estado do Acre, a despeito do processo de regionalização ser considerado antigo e estar vinculado à história de constituição do território acreano e à dinâmica territorial atual.

> Há uma enorme dificuldade de conformação e expansão do sistema de saúde no Acre, em razão das características de sua rede urbana (baixa densidade urbana e populacional) e de sua infraestrutura de fluidez (escassez de redes de transporte e comunicação). Essa situação também dificulta o processo de descentralização política e a atuação do conselho de secretários municipais de saúde, que tem fraca articulação técnica e política e fraca representatividade regional. A atuação da Secretaria Estadual de Saúde é, portanto, preponderante na condução do processo de regionalização (ALBUQUERQUE, MELLO e IOZZI, 2011, p. 138).

Para Viana e Lima (2011, p.15), é natural que processos assentados em princípios que envolvem a igualdade, a descentralização e a regionalização, tais quais os do SUS, tendam a ser lentos e negociados. Presumem o entendimento entre autoridades políticas possuidoras de

diversos tipos de legitimidade, as quais agregam e empregam diversos recursos. Ou seja, "envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política".

Dessa forma, o processo de regionalização da saúde no Estado do Acre é considerado frágil dada a pouca compreensão de sua importância. E isso contribui para que o processo de avaliação em saúde seja incipiente e cartorial.

5.3.2 Natureza da Avaliação

5.3.2.1 Falta de Comunicação e de Planejamento

Uma afirmação recorrente nas entrevistas, citada como um dos pontos cruciais para se avançar no processo de avaliação em saúde, diz respeito à comunicação, ou melhor, à falta de comunicação e à consequente necessidade de se aperfeiçoar este processo tanto no âmbito interno da Secretaria Estadual de Saúde (entre diretorias, departamentos, coordenadorias, divisões e unidades), bem como do governo do Estado do Acre para com os municípios e dos profissionais de saúde para com a população. Como exemplo, foi citada a falta de comunicação entre a equipe técnica da SESACRE e o setor de planejamento, conforme observamos na fala:

> *Eu avalio que existe uma extrema dificuldade de comunicação da Secretaria entre os diversos setores da Secretaria, os motivos são os mais diversos possíveis e isso faz com quem, por exemplo, a gente da área técnica que está envolvida em demandas do dia a dia, não seja acionado por áreas do planejamento, por exemplo, que precisam dar conta desses instrumentos de gestão de acompanhamento e monitoramento (Entrevistado 12).*

Essa falta de comunicação, não raro, se materializa em um atendimento não condizente com as necessidades do usuário, bem como na construção de "defesas", por parte de profissionais da saúde, dada a incapacidade de resolver problemas:

> *Eu comento com o pessoal aqui: a gente primeiro tem que dizer não para o usuário pra depois ver se pode resolver o problema? Primeiro, não depois, vai ver, então nós temos uma fábrica de produção de doença, não uma produção de saúde (Entrevistado 17).*

> *O conhecimento médico é uma coisa, medicina é outra coisa, a medicina em si é uma postura ética, é uma postura de sensibilidade social. E como eu me coloco dentro dessa sensação que eu tenho da minha sensibilidade? Eu vou utilizar o conhecimento médico para cumprir. Essas questões todas são questões que nós precisávamos ter uma pessoa que aglutinasse, que amalgamasse essa sensação, esse sentimento que existe desde o porteiro da instituição, existe, as pessoas estão, sim, sensibilizadas. Eu vejo pessoas que, com o passar do tempo, vão criando verdadeiras carapaças, porque sentem que não adianta chorar. As pessoas que trabalham nos diversos setores do hospital, vão se sentindo de tal forma agredidas pela incapacidade de resolver problemas que vão criando essas carapaças, essas crostas e vão se tornando, quase em um sentido de se defender, elas se tornam agressivas (Entrevistado 11).*

Além da falta de comunicação e da incapacidade de resolver problemas, também foi destacada a falta de confiança do gestor para com o servidor público, o que, na opinião de um dos entrevistados, estaria reforçando a má qualidade dos serviços ofertados:

> *A falta de uma relação do gestor, de confiança do gestor com o servidor público, isso em todos os níveis, seja na tecnologia leve, seja na tecnologia complexa, pesada. A relação em que as pessoas confiem naquilo que o gestor propõe é fundamental para execução de qualquer plano (Entrevistado 11).*

Um dos reflexos da falta de comunicação é a falta de planejamento, considerado um dos principais problemas de saúde. Foi citado, reforçando a perspectiva de uma avaliação incipiente e cartorial, que os processos avaliativos, atualmente, se constituem mais como uma etapa burocrática do planejamento do que como uma ferramenta de redirecionamento das ações ou de racionalização de recursos assistenciais e financeiros.

> *Percebe-se que na SESACRE não existe uma avaliação de desempenho permanente que possa sugerir e indicar melhorias ou reformulações necessárias e possíveis, para assegurar o cumprimento dos objetivos da política de saúde (Entrevistado 20).*

Em relação aos instrumentos de gestão utilizados para monitorar e avaliar a saúde, o depoimento abaixo é esclarecedor:

> *Os instrumentos que existem e como eles são obrigatórios, eles serão necessariamente preenchidos, eles serão utilizados. Agora, se esses instrumentos eles correspondem à busca de informações que sejam fundamentais para a correção de erros ou de observação de não atendimento de metas da saúde e que, por isso, medidas corretivas sejam tomadas, isso eu encontro que os instrumentos, existindo da forma como estão, eles não cumprem sua finalidade. Você veja, por exemplo, a questão apenas um dos exemplos à cobertura vacinal. As coberturas vacinais muitas vezes não atingem, em determinados municípios, a meta e continuam a não atender metas e nas diversas campanhas que são realizadas, muito provavelmente, um município que não atinge uma meta em uma determinada campanha, ainda que se continue com a campanha durante algum tempo na tentativa de chegar a um resultado favorável, é possível que na próxima campanha o problema continue. Então, esses instrumentos, se bem estou entendendo, a pergunta são instrumentos que deveriam ser utilizados para sinalizar a eficácia, a eficiência das políticas públicas de saúde, ainda que esses instrumentos vão dizer a maneira como eles são elaborados, eles são feitos para responder a essas perguntas, essas perguntas não*

> *são respondidas e o que é pior: essas respostas não servem para as correções necessárias (Entrevistado 11).*

A avaliação em saúde, nesse cenário e conforme destacamos nos primeiros capítulos deste estudo, vem sendo submetida a uma lógica utilitarista, refletindo a ideologia do produtivismo, a qual estabelece a política pública como sendo uma política de resultados**.** Essa lógica contribui para a fragilidade da gestão da saúde pública brasileira.

5.3.2.2 Centralidade da Avaliação Quantitativa

Nesse processo de avaliação baseada em uma concepção utilitarista e produtivista, há a ênfase no cumprimento de metas em uma perspectiva quantitativa. Essa questão foi percebida por alguns dos entrevistados, os quais apontam o problema da centralidade da avaliação quantitativa, a qual estaria contribuindo para o processo de avaliação ocorrer de forma "engessada", aquém de oferecer qualidade da atenção à saúde. Isso se evidencia por um quadro de indicadores que pouco reflete a qualidade e muito a quantidade, conforme se observa nas falas:

> *O processo atual de avaliação ainda é muito engessado e sem focar na avaliação qualitativa, com poucos indicadores que reflitam qualidade e não quantidade [...]. Acredito que os mecanismos de avaliação existentes ainda não dão conta de avaliar a qualidade da atenção à saúde, pois ainda está muito focado na avaliação quantitativa (Entrevistado 7).*

> *Acho que a gente ainda precisa melhorar muito esses critérios de avaliação, esses processos de avaliação de uma forma mais qualitativa (Entrevistado 2).*

Há, dessa forma, o entendimento sobre a necessidade das avaliações, longe de cartoriais, considerarem aspectos qualitativos. Martins e Bezerra (2014, p. 41) ilustram esse argumento quando ressaltam que, na atenção primária, a avaliação em saúde não deve se restringir a indicadores quantitativos mas incorporar critérios e indicadores qualitativos, conforme se observa:

> [...] a avaliação da ação em saúde no plano da atenção primária não pode se limitar a indicadores quantitativos, devendo incorporar critérios e indicadores qualitativos que explicitem a complexidade das relações intersubjetivas. Aliás, a insistência no uso de indicadores quantitativos para avaliar os cuidados nesse plano de práticas do cotidiano termina contribuindo para orientações ambíguas que contribuem para desorganizar os programas de atenção em saúde.

Dessa forma, as autoras entendem que essa priorização dos indicadores quantitativos reflete a influência do modelo positivista no campo da avaliação de serviços e programas de saúde. Torna-se importante, assim, que a avaliação em saúde não foque apenas indicadores direcionados a avaliar a oferta de serviços, mas que se considere, também, a integralidade na atenção à saúde, em defesa da garantia dos princípios do SUS.

5.3.2.3 Avaliações Pontuais, Incipientes e Cartoriais

Quando perguntado aos entrevistados qual a opinião destes sobre o processo de avaliação em saúde houve, manifestações no sentido de se considerar o processo incipiente, normativo e cartorial. Alguns dos argumentos para justificar essa posição envolveram o fato das avaliações serem pontuais, vindo a ocorrer somente por ser considerada uma exigência, ou seja, para cumprir o rito do Ministério da Saúde sendo, portanto, "documentos de gaveta".

Há o entendimento de que a avaliação em saúde é um poderoso instrumento de gestão, entretanto, pouco explorado e utilizado de forma irracional pelos gestores. Entende-se que o processo de avaliação encontra-se situado em um campo normativo. Além disso, alguns dos sujeitos da pesquisa relatam serem poucas as situações em que os processo avaliativos são percebidos como uma oportunidade para a gestão. Isso dificulta que a gestão possa ver os problemas centrais e atuar sobre eles e, dessa forma, avançar na política de saúde pública no Estado do Acre. Transcrevemos alguns comentários ratificadores dessa questão:

> *O processo de avaliação ainda melhorou um pouquinho, mas eu acho que continua cartorial, só pra atender ao Ministério da Saúde. Quase ninguém hoje pega os instrumentos pra ler, ele fica lá na gaveta e tal, foi feito só pra cumprir uma determinada ordem do Ministério da Saúde, precisa-se melhorar muito ainda, estabelecer a cultura de avaliação não é fácil (Entrevistado 23).*
>
> *Não enxergo nenhum processo de avaliação. Não tem. O que tem no Estado do meu conhecimento são ações pontuais de avaliação de alguns processos, de alguns serviços, avaliação não, avaliação não tem! Eu não conheço. Se tem, está muito escondida porque eu já teria achado, mas não tem avaliação, não vejo, não enxergo avaliação (Entrevistado 16).*
>
> *Embora seja uma ação bem antiga, o processo de avaliação porque é necessário você avaliar para que você conheça e para que você proponha, mas, mesmo sendo muito antiga, ainda não é uma prática que faça parte da rotina do dia a dia dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que trabalham com gestão, não é uma prática incorporada dentro do sistema como uma rotina. Acontece muito, assim, avaliar somente aquelas informações pontuais, aquilo que está dentro do*

> *Pacto pela Saúde ou que algum dirigente ou gestor peça uma informação que venha de fora (Entrevistado 18).*

> *A questão de utilizar-se a avaliação como subsídio para correção de erros eu vejo que isso não existe. As avaliações que são feitas elas são protocolares e são avaliações que atendem principalmente a uma necessidade de prestação de conta documental. Ou seja, é necessário até por uma questão de norma do SUS que se façam essas avaliações periódicas e têm instrumentos que são utilizados para isso, mas até onde eu pude perceber ao longo da minha vida administrativa, pública e etc., eu não vejo que os resultados dessas avaliações possam resultar ou possam levar a medidas de correções dos erros que estão mostrando, que os indicadores não estão adequados. Então, eu vejo que é muito mais uma questão protocolar, uma questão documental do que um instrumento de eficiência na correção de problemas da saúde (Entrevistado 11).*

Há, inclusive, a compreensão de uma relação de favor no âmbito do SUS, conforme relata um dos entrevistados:

> *Quando eu cheguei aqui... Eu senti que o SUS ainda estava distante das compreensões do Estado, ainda era uma relação de favor, a gente ainda escuta, ah, mas é porque ele é pobre, ah, porque vem do município. Mesmo que seja vizinho é um direito. Então, a gente vê esse discurso um pouco mais forte, eu acho até que já melhorou um pouco, nós já tivemos alguns avanços, mas a resistência é grande (Entrevistado 17).*

Observamos, a partir das falas transcritas, a afirmação de que as avaliações são realizadas para cumprir exigências formais e legais do Ministério da Saúde. São vistas como um instrumento obrigatório, ou seja, cartorial, e não como um elemento estruturante da política do SUS.

5.3.3 Fragilidades da Atenção Básica

5.3.3.1 Lógica Hospitalocêntrica

Um tema que se tornou recorrente nas falas dos entrevistados e, por conseguinte, o tratamos em uma seção específica, relaciona-se ao papel desempenhado pela atenção básica.

No Plano de Saúde de 2012 a 2015 está disposto que a atenção básica,[137] enquanto política de reorganização do modelo assistencial, deve estar incluída no planejamento estadual como prioridade e definida como a principal porta de entrada do sistema. Entretanto, nesse

[137] Também chamada de primária.

Plano também há a informação de que a expansão da estratégia de Saúde da Família no Acre não é homogênea, verificando-se um pequeno incremento nos últimos anos. Destacam-se vários fatores que contribuem para esse quadro, a exemplo, estruturas burocráticas pesadas, profissionais sem perfil adequado, dificuldades de fixação de recursos humanos, principalmente médicos. A insuficiência no financiamento das ações, rotatividade de profissionais e dificuldades de acesso seriam os grandes nós críticos enfrentados na condução dessa política.

Muitos dos entrevistados destacaram que a atenção básica não tem sido o foco das ações de governo e que, por isso, vivenciam, no Estado do Acre, um cenário no qual há uma forte demanda por serviços de média e alta complexidade. Além disso, destacam a falta de ações relacionadas à conscientização da população sobre a importância da atenção básica e que, hoje, estaríamos vivendo em um modelo "campanhista", onde ao invés de se produzir saúde se estaria produzindo a doença. As falas transmitem essas ideias:

> *Nós estamos investindo em alta complexidade em vez de investir na atenção primária, na atenção básica? Pra mim isso é sempre uma grande questão... Eu acho que os gestores precisam parar para pensar um pouco nisso: os meus investimentos estão sendo em que sentido? Se não está impactando em mortalidade e nos indicadores da atenção básica, então tem alguma coisa errada e a gente continua na lógica hospitalocêntrica e da alta complexidade, todos os gestores continuam nessa lógica, nós temos que repensar isso (Entrevistado 2).*

> *O que é prioritário, o que é necessário? É mudar a lógica da coisa, hoje se centra muito na questão da média e alta complexidade, mas o foco tem que ser na atenção primária, porque lá evita que o problema de saúde aconteça ou se agrave e venha para a média e alta onde o custo é maior. Um dia de internação na UTI da para fazer um bocado de coisas lá na atenção primária. Onde impacta muito o recurso? Na urgência e emergência, dos acidentes de trânsito, geralmente um acidente de trânsito enseja o que? Uma intervenção cara é uma cirurgia, uma UTI. Se isso fosse ser evitado, fosse reduzida a incidência desses acidentes, esses recursos poderiam ser aplicados em outras coisas (Entrevistado 4).*

> *Eu fico um pouco preocupada com os caminhos que eu tenho percebido as prioridades né, hoje a gente faz transplante, mas a gente não alcança meta de vacina e aí eu caio na discussão anterior, é necessário o transplante? É necessário, a gente não pode deixar de investir, mas eu acho que a gente precisaria, o Estado pelo menos precisaria focar mais na atenção básica mesmo (Entrevistado 5).*

> *O Governo do Estado implantou muitos serviços de atenção secundária e terciária, ou seja, há bastante investimento em estrutura nesse tipo de atendimento, porém não vem tendo uma contribuição da atenção primária levando em conta que cada dia aumenta o número de internação, cada dia aumenta o número de pessoas que precisam da consulta especializada, do exame especializado, da cirurgia, porque falta exatamente a contenção dessa situação na promoção e prevenção da saúde na atenção primária. e então, vem tudo para uma questão de recuperação e reabilitação dentro dos centros especializados, que custa mais caro que se houvesse a promoção e prevenção na base que é a atenção primária (Entrevistado 22).*

Essa priorização da média e da alta complexidade em relação à atenção básica é sentida inclusive no aspecto da valorização dos profissionais, conforme relata um entrevistado:

> *Acho que a gente também precisa da questão da valorização do servidor da atenção básica, o ACS é a pessoa mais importante da saúde e a gente esquece dele, porque ele trabalha a prevenção e a promoção e ai eu passo por condições de trabalho, por questões salariais, reconhecimento mesmo... Os médicos hoje, por exemplo, eles se formam e não querem ir pra atenção básica, porque a gente tem que de repente trazer médicos né, do Mais Médicos, de outro país, porque os nossos profissionais não querem ir, porque ele não deslumbram isso, ele não deslumbra um plano de carreira, ele não deslumbra qualificação, investimento, ele vai pro interior e fica lá esquecido. E ai você vê o médico, o cardiologista, o neurologista sendo ultra valorizado, enquanto que esse né, que evita que as pessoas adoeçam não obtém o reconhecimento. Eu acho que a gente precisa mudar o olhar, se voltar porque a gente criou programas, estratégias lindas, o SUS que está posto na teoria ele é possível, ele é plausível. Na prática, a gente não consegue porque entre o que eu escrevo e o que eu incentivo não acontece (Entrevistado 5).*

A população também prefere as UPAS às Unidades Básicas de Saúde:

> *A população é seletiva porque ela sabe dos problemas dela, e ela sabe que a unidade bate e se ela não resolver o problema dela ela vai pra onde, pras Upas. Ela sabe que pode passar o dia todinho lá, mas vai resolver o problema dela, então ela sabe muito bem. Então, pra que fazer um modelo assistencial no sentindo de tem que fazer aquilo hoje, porque entrar pela porta que é unidade base, aí eu sabendo que meu problema não é no nível básico, vai ser no nível médio, pra que eu vou passar por essa porta da unidade básica pra agendar com um especialista que eu vou passar não sei quantos meses pra poder encontrar esse especialista. Aí eu vou fazer a consulta, aí depois mais não sei quantos meses pra fazer os exames e retornar, resolveu o meu problema? Não! E o cidadão, o usuário, ele é seletista [sic], ele sabe qual é o problema dele, ele sabe onde vai resolver e onde não vai resolver (Entrevistado 9).*

Essa lógica hospitalocêntrica se alinha ao que discutimos nos primeiros capítulos, visto que é na média e na alta complexidade onde o consumo, principalmente de medicamentos e serviços, ou seja, de tecnologia pesada, contribui para uma saúde associada a uma lógica de mercado. Também é na média e na alta complexidade onde se consome grande parte dos recursos destinados à saúde. Se houvesse uma intensificação das ações na atenção básica, dada a ela a relevância necessária, muitas das situações de saúde poderiam ser resolvidas por meio de ações de promoção de prevenção. É o que entende um dos entrevistados:

> *Se não tivermos o impacto da atenção primária, a secundária e terciária não vai aliviar, ou seja, muito dinheiro está sendo gasto na atenção secundária e terciária e não tem resposta porque a promoção, a prevenção da saúde não está sendo feita como deveria ser para impactar na população e o adoecimento ser menor do que vem sendo acontecendo hoje, então, acho que essa avaliação precisa ser feita (Entrevistado 22).*

Como um dos desafios apontados está a organização de uma rede de saúde que efetivamente consiga se tornar a porta de entrada:

> *Assim, o grande desafio nosso é organizar uma rede de saúde realmente que tenha uma porta de entrada que seja realmente como ela foi pensada, mas que essa rede realmente consiga se operacionalizar, que o paciente na hora que ele precisar, ele vai lá na atenção básica, na hora que ele precisar de um especialista ele vai lá no especialista, na hora que ele precisar de um procedimento de média e alta complexidade ele saiba, o grande desafio, que ele tenha esse caminho combinado, que ele saiba como é que ele vai caminhar e que a gente ofereça realmente uma saúde de qualidade (Entrevistado 18).*

Há o entendimento de que o Estado do Acre gastaria menos recursos se essas ações primárias estivessem acontecendo de forma adequada. Por isso, retornamos à discussão sobre o processo de avaliação e de sua utilização incipiente e cartorial, conforme indica a fala abaixo:

> *Os processos de avaliação são incipientes e muitas vezes cartoriais. De fato, não são utilizados para direcionar as decisões, de forma a otimizar recursos assistenciais e financeiros e contemplar as reais necessidades de saúde da população. Um exemplo disto: um Estado com baixos índices de vacinação, baixa de cobertura de PCCU, altos índices de internação por causas evitáveis deveria ampliar os investimentos da atenção básica, ao invés da atenção especializada (Entrevistado 8).*

Assim, nas falas sugere-se que a atenção básica se torne um elemento importante e seja considerada nos processos de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre. Conforme nos esclarece Mészáros (2012), é muito difícil se contrapor à inexorável força do capital e do seu aliado mais fiel, o Estado. Estes atuam com o sentido de perpetuar o domínio do capital via dura imposição de conformidade ideológica e política. Dessa forma, há a busca da propagação de uma ideologia única, indispensável para a uniformidade do capital e, para isso, faz-se o uso de diversos meios, inclusive aqueles considerados violentos. A ideologia atualmente propagada, conforme vimos nos primeiros capítulos, é a do consumo, principalmente de tecnologias pesadas, que não se alinha ao fortalecimento da atenção básica.

Para Gomes e Bezerra (2014a, p.16), o SUS é lugar onde ocorrem disputas entre diversos modelos de assistência à saúde, com a tendência de se manterem modelos hegemônicos, os quais compreendem um modelo assistencial privatista com foco na assistência médico-hospitalar e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como o modelo sanitarista que enfatiza as ações de vigilância epidemiológica e sanitária e as campanhas de combate às doenças. Entretanto, há esforços em paralelo no sentido de se construírem “modelos alternativos que contemplem a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nas dimensões individual e coletiva”.

5.3.3.2 Ausência da Conscientização da População sobre a Importância da Atenção Básica

Há a preocupação com o estabelecimento de ações visando à conscientização da população sobre a importância da atenção básica. Entende-se que envolve uma questão cultural, sendo necessário, portanto, a criação de atrativos para a população:

> *A atenção básica tem que ter atrativos pra população, a gente tem que também conscientizar a população, porque a população também diz isso: eu prefiro ir para uma UPA que, porque na UPA eu tenho exame médico 24 horas, embora eu chegue lá e fique lá aguardando o dia inteiro porque às vezes eu estou com a tarja que não é prioridade o meu atendimento, seria de atenção básica. Mas ele têm essa cultura, é uma cultura de ir direto pra uma média complexidade, ao invés de procurar a atenção básica. Mas eu acho que é muito disso, é muito de investir em recursos humanos, em qualificação dessa atenção, em instrução pra população de onde eu devo ir, muito disso (Entrevistado 5).*

Foi destacada, ainda, falta de recursos destinados a este nível de atenção, os quais se resumem a alguns poucos incentivos aos municípios, bem como a necessidade de uma atuação mais efetiva por parte do Estado do Acre:

> *Se o Ministério se debruçasse e o Estado se debruçasse em apoiar, dar recurso que é o que falta para a atenção básica... No SUS temos muito recurso para média, muito recurso para alta, se você puxar lá você vai ver: nossa tem muito dinheiro, ai você puxa a atenção básica e dá vontade de chorar. Primeiro, que não são recursos, são incentivos e o Ministério insiste muito nisso e como o Ministério nos dá sempre um incentivo e a atenção básica tem quinhentos mil incentivos, incentivo de saúde da família, incentivo de saúde bucal, incentivo..., com a lógica de que o Ministério está dando um incentivo, o Estado tem que entrar com sua parte e o que a gente vê, não só no Acre como em grande maioria, alguns Estados já não, mas a grande maioria ainda é: não investem em atenção básica. O Estado acha que a atenção básica é só o município e o município não tem como, o recurso é muito pequeno, a capacidade técnica é pequena, a questão de você fixar o profissional no município, principalmente aqui no Acre é muito difícil. Então, a luta hoje no Ministério da Saúde é exatamente o financiamento e o principal é para atenção básica. Para mim, o maior desafio é esse: qualificar a atenção básica que ela realmente consiga atender e dar resultado a 85% dos casos de saúde, nós teremos a saúde que a gente quer, porque com certeza a média e a alta diminui onde o custo é alto e nós teremos um custo menor e menos pessoas adoecendo, porque a atenção básica é prevenção e promoção (Entrevistado 24).*

Conforme já ressaltamos, o modelo neoliberal trouxe importantes impactos para a saúde pública. Para amenizar os efeitos da crise do capitalismo contemporâneo, movida pela predominância do capital financeiro (e sua forma perversa de capital fictício) foram adotadas políticas estatais no sentido de reduzir direitos mediante cortes de gastos sociais,

influenciando diretamente sobre o montante de recursos públicos destinados ao financiamento da saúde pública.

5.3.4 Estudo Estatístico dos Indicadores

Ao serem apresentadas aos entrevistados algumas das análises estatísticas realizadas dos indicadores de saúde constantes no Capítulo 4, foi solicitado, caso se sentissem confortáveis, que se manifestassem acerca dos resultados encontrados. Os entrevistados demonstraram um interesse maior em comentar dois resultados: a) do indicador financeiro "despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do município" não se correlacionar aos indicadores municipais de saúde e, portanto, não refletir em alterações no quadro de saúde da população; b) quando analisados os procedimentos e intervenções de média e alta complexidade não se observaram relações destes com a "cobertura de equipes de atenção básica". Procuramos captar as impressões dos entrevistados a respeito destes resultados.

5.3.4.1 A Atenção Básica, a Média e a Alta Complexidade

Uma questão amplamente observada e comentada pelos entrevistados e que está alinhada à discussão sobre a análise estatística dos indicadores de saúde compreende à falta de relação entre os indicadores que medem os procedimentos e intervenções de média e alta complexidade com o indicador "cobertura de equipes de atenção básica".

Esses resultados vão ao encontro de falas que argumentam no sentido de comprovar a fragilidade da atenção básica. Há a compreensão de que faltam um melhor atendimento e qualidade no nível de atenção básica, ou seja, que as ações da atenção básica não são impactantes a ponto de alterar o quadro da média e da alta complexidade. Um dos entrevistados resumiu este cenário:

> *Quando você fala em assistência integral a saúde, você coloca dentro dessa assistência os cinco níveis de prevenção, que são: a promoção da saúde, a proteção específica, o diagnóstico precoce, a limitação da invalidez e a reabilitação. Então,*

> *isso é assistência integral e a gente sabe que os dois primeiros níveis, promoção da saúde e proteção específica, elas acontecem antes do cidadão adoecer. Já os outros três níveis são quando o cidadão adoece. E qual a relação que a gente pode colocar da atenção básica com a média e alta complexidade? É que se você intervier mais na atenção básica não há necessidade do cidadão buscar uma assistência de média e alta complexidade. Se você investir na promoção da saúde, na prevenção de doenças, você não vai precisar que chegue lá no hospital pra ser internado. Hoje, não existe essa relação porque, muitas vezes, a gente observa que o município está coberto com 100% pelas unidades básicas de saúde, mas não diminuiu o nível de internação, não diminuiu a procura pela média e alta complexidade. Então, existe alguma coisa acontecendo aí, que a atenção básica não está funcionando como deveria funcionar. E aí a gente pode ver uma série de razões pra que isso esteja acontecendo, desde a questão da carência de profissionais, todo tipo de profissional, como a aquisição de insumos, a forma como se adquire esses insumos e a não otimização dos recursos financeiros. Aí é que está a questão da não relação entre a atenção básica e a média e alta complexidade (Entrevistado 26).*

A falta de um atendimento adequado na atenção básica também foi um dos fatores citados por alguns dos entrevistados como impactante nessa fragmentação entre os níveis de complexidade.

> *As ações da atenção básica não são impactantes para alterar o quadro de pacientes da média e alta complexidade (Entrevistado 1).*

> *Se as pessoas não melhoraram lá na base, no primeiro atendimento, na porta de entrada que é a atenção primária, se eles não receberam o atendimento que impactasse isso e não foi organizada a rede de atenção, porque, muitas vezes, ela está ordenada, mas ela está desorganizada, a população não sabe para onde ir. Tem que organizar o serviço, tem que ter os instrumentos de gestão com serviço organizado e a gestão trabalhando nessa linha. Porque, muitas vezes, pode até estar acontecendo a atenção primária, mas a ação lá não está organizada para saber onde ele vai fazer a secundária e a terciária (Entrevistado 22).*

Há de se ressaltar a dificuldade da prática assistencial ser reorganizada de modo a poder substituir o modelo tradicional de assistência à saúde. Essa dificuldade é citada por Gomes e Bezerra (2014a), as quais acrescentam o fato da rede de atenção à saúde ser uma realidade apenas no aspecto jurídico-normativo. Isso porque, na prática, entendem ser constituída por serviços voltados quase que exclusivamente para intervenções no âmbito individual e curativo, com foco em terapêuticas medicamentosas onde os usuários são "coisificados".

Outro fator limitante para o resultado estatístico foi a falta de qualidade do serviço e no atendimento às pessoas realizado pela atenção básica:

> *Como as pessoas acabam não acreditando na atenção básica do município, lá na unidade de saúde da família porque o médico não vai, porque se vai sai cedo, ele espera piorar e quando vai ao médico já precisa de um especialista, ele já vai numa unidade especializada e já está a ponto de internar ou fazer uma cirurgia. Esse processo de atenção básica "lincar" com as internações e as ações de média e alta complexidade é um processo que na análise você enxerga muito isso, mas isso é estrutura e processo de trabalho, principalmente de atenção básica que no nosso*

> *Estado e, acredito, na grande maioria do Brasil houve uma melhora muito grande com o Mais Médicos. A gente não pode desconhecer isso, mas ainda deixa muito a desejar e o Ministério está lutando e a orientação é essa: qualificar a atenção básica. Nós só vamos melhorar a internação em média complexidade quando a nossa atenção básica estiver melhor qualificada (Entrevistado 24).*

Também foi destacada a importância dada à atenção básica comparada aos outros níveis de complexidade.

> *É a lógica dessa hierarquia e que eu não gosto muito desse tempo, mas essa hierarquia supõe, portanto, que esse sistema de alta complexidade seja de uma hierarquia superior ao do pessoal da atenção básica e não é, não tem nada a ver, ao contrário. Eu não gosto muito e em algumas manifestações eu falei isso dizendo que esse termo é até um termo que já carrega um preconceito muito grande, a atenção básica, atenção primária, etc. Quando as experiências que se tem de países em que isso funciona ela é muito mais importante, é muito melhor referenciada pela população do que o fato de que você tenha um hospital com alta complexidade de cirurgia disso ou daquilo e aquilo outro. A população se sente muito mais dona do seu processo de saúde no momento em que ele sabe que na esquina ele tem um médico que pode atendê-lo para fazer a sua prevenção do câncer, fazer a prevenção de diabetes, acompanhar o seu paciente que tem hipertensão arterial, ver a criança que precisa ser acompanhada na puericultura, o seu desenvolvimento e depois na própria pediatria no acompanhamento de prevenção e até mesmo de tratamento de determinados enfermidades. A pessoa se sente muito mais feliz nesse sentido se ele tiver esse serviço a sua disposição imediata, dentro de seu bairro, próximo da sua casa, do que o fato de que não tenha isso nada e dizer: olha se eu sofrer um acidente vai ter um doutor fulano de tal que opera cérebro que é uma maravilha. Não tem cabimento isso! (Entrevistado 11).*

Há, portanto, o entendimento no sentido da atenção básica ser essencial e ser fortalecida. A grande quantidade de demandas por serviços de média e alta complexidade seriam resultado da forma como se vê a atenção básica a qual, não raro, tende a ser considerada como um nível inferior e menos importante que os demais. Além disso, há dificuldades no processo de conexão entre os diversos níveis e essas dificuldades contribuem para que a própria população veja na média e na alta complexidade o local ideal onde seus problemas de saúde serão, de fato, resolvidos. Todas essas questões estariam contribuindo para que as ações de atenção básica não reflitam em alterações nos indicadores de média e de alta complexidade.

5.3.4.2 Indicadores Financeiros e o Quadro de Saúde da População

Nas entrevistas, foi perguntado se seria possível comentar acerca do seguinte resultado encontrado a partir da análise estatística dos indicadores financeiros: não ter sido identificada relação do indicador financeiro “despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade

do município” com os indicadores de saúde pactuados pelos municípios. A análise estatística mostrou que não houve relação entre uma maior despesa com saúde por habitante e alterações do quadro de indicadores de saúde, ou seja, o valor da despesa com saúde por habitante não estaria refletindo em alterações no quadro de saúde da população.

Essa falta de relação, conforme esclarecemos no capítulo anterior, está associada ao fato de existirem informações diferenciadas em cada sistema (SISPACTO e SIOPS). A ausência de aproximação entre os sistemas que apuram resultados em saúde e os sistemas que informam dados orçamentários e financeiros causa indignação, conforme verificamos na fala:

> *O nosso sistema SISPACTO não “linca” com o sistema SIOPS, que é o sistema orçamentário e financeiro. Nós temos os nossos indicadores, mas o SIOPS, que é o sistema orçamentário e financeiro, ele tem também seus indicadores e deveria trabalhar nesse processo de monitoramento e avaliação dos indicadores financeiros “lincando" com o SISPACTO. Mas, infelizmente, nas secretarias, isso não é só no Acre, acho que no Brasil inteiro, a grande maioria dos Estados isso não acontece. O SIOPS funciona independente e a visão de quem trabalha com o SIOPS hoje é única e exclusiva financeira: quanto o Estado recebe, quanto gasta, cumpriu ou não com a Emenda 29 que define que o município tem que colocar 12 % (doze por cento) do recurso em saúde e o Estado 15% (quinze por cento), cumpriu ou não cumpriu em quanto por cento. Então, a visão é muito estreita, realmente o link não existe, mas o monitoramento deveria ser feito e isso não é. O Estado realmente não faz, ele trabalha com SIOPS como sistema única e exclusivamente financeiro (Entrevistado 24).*

Paralelo a isso, houve comentários no sentido de ressaltar a questão da qualidade dos serviços ofertados e do gasto realizado.

> *As pessoas dizem que o financiamento da saúde é baixo, ele é um subfinanciamento. Eu já penso de outra forma: mesmo sendo subfinanciamento, a qualidade de gasto em saúde não é boa. Se eu não tenho uma boa qualidade no gasto isso já reflete ou nos diz que as ações do serviço de saúde que estão sendo desenvolvidas não têm uma boa qualidade. Porque se eu tivesse um bom desenho de ações e serviços a serem desenvolvidos, eu teria uma boa qualidade no gasto, ou seja, o processo de avaliação ele tem que buscar muito a questão dos instrumentos, se a saúde utiliza ou não os instrumentos de gestão (Entrevistado 10).*

Alguns dos sujeitos da pesquisa citaram as peculiaridades regionais e as condições socioeconômicas como fatores agravantes para explicar esse achado estatístico, tendo em vista o fato da região Norte ter uma captação de impostos extremamente baixa e os gastos com saúde serem muito elevados:

> *Os gastos per capita com a saúde dos municípios, variam de acordo com as condições socioeconômicas. Os municípios mais distantes dos grandes centros e/ou com menor desenvolvimento econômico têm seus gastos financeiros pelo SUS em maior proporcionalidade, porém, ainda há muito em melhorar o financiamento destes municípios [...]. Se você olhar os indicadores per capita de saúde dos municípios da região Norte e do Acre, eles são elevados em relação a outras regiões, mas em função basicamente das peculiaridades regionais. Você aqui tem dificuldade de acesso, você paga caro pelos insumos e materiais, você paga caro*

> *para a fixação do profissional de saúde no município e, dependendo da localização geográfica, muito mais ainda. Tudo isso contribui para que o gasto se eleve. Isso não necessariamente se reflete na questão de melhoria dos indicadores (Entrevistado 4).*

> *Realmente não existe uma correlação direta entre despesa com saúde versus melhora dos indicadores de saúde. Um exemplo: o fato de um município receber maior aporte financeiro para gasto com atenção básica, necessariamente não quer dizer que o município vai, por exemplo, garantir a redução de um indicador como a mortalidade infantil, considerando que este indicador é influenciado por uma gama de fatores como: acesso a saneamento básico, grau de alfabetização da mãe, aspectos culturais, acesso à alimentação adequada, garantia ao acesso à assistência de média complexidade. Já por outro lado, o investimento na atenção básica pode, sim, indicar melhoria de alguns indicadores referentes ao aumento de cobertura assistencial, como exemplo, aumento de cobertura de vacinação ou de PCCU (Entrevistado 8).*

A falta de maior consideração e de incentivos para a atenção básica também foram citados como elementos importantes para os resultados encontrados:

> *Ainda estamos focados na assistência curativa, mesmo na Atenção Básica, o que não causa impactos significativos nos indicadores de saúde, que reflitam a melhoria no quadro de saúde da população (Entrevistado 7).*

Entretanto, houve entrevistados que se voltaram para a atuação da gestão em saúde, ao argumentarem que não basta aumentar o recurso, mas é preciso qualidade e fazer planejamento na gestão:

> *Eu vejo um quadro, um retrato de ausência de planejamento, de ausência de direcionamento das gestões municipais de saúde. Falta, deveria haver uma relação entre o que eu financio, o que tenho com os indicadores de saúde da população. Superação de indicador com recurso que eu tenho, mas vou lhe dar um exemplo da assistência farmacêutica. A assistência farmacêutica é programada? Não, compra-se medicamento quando o remédio acaba. A Política Nacional de Medicamentos, a Lei 8.916 ela não é cumprida em nenhum município. Desde 1996, quando essa lei foi publicada, que é a Lei de Política Nacional de Medicamentos, o avanço nesta Lei foi que alguns municípios já se viram obrigados a contratar um farmacêutico, mas a política nacional de medicamentos ela não é olhada, ela não é cumprida, uso racional de medicamentos, não se faz isso. Seria muito importante que isso acontecesse. O que eu quero dizer com isso? Quero dizer que as coisas acontecessem [sic] por acontecer, a gestão não é qualificada, é primária. Quando você tem uma gestão primária acontecesse[sic] esse tipo de coisa. Não existe uma preocupação do meu planejamento, da minha programação anual com o que eu tenho de recurso. As coisas vão acontecendo, quer dizer, é uma bola de neve. Via de regra, os planos municipais de saúde são cartoriais (Entrevistado 16).*

Outra questão apontada como importante para justificar o resultado estatístico relacionado ao indicador financeiro que mede a despesa *per capita* com saúde foi a amplitude com que o município tem de atuar, extrapolando, muitas vezes, as ações de sua competência:

> *O sistema ele gasta com basicamente duas questões, uma que é promoção e prevenção e outra que é tratamento e reabilitação. Quando eu puxo esses gastos com saúde eu tenho que olhar lá dentro dos gastos uma série de questões. Por*

> *exemplo: se for um indicador referente ao município, eu tenho que puxar lá, como é que eu vou identificar se ali houve prevenção e promoção de saúde, que é exatamente o papel do município, ou seja, foi gasto um real por habitante lá no município, aí eu vou puxar: com o que foi gasto? Se desse um real eu identifiquei que cinquenta centavos foram gastos com medicamento, então eu já posso inferir que eu não estou fazendo prevenção e promoção, eu estou fazendo um tratamento. Então, a gente está fugindo da finalidade da competência do município, não quer dizer que o município não tenha que oferecer o tratamento, mas se ele está fazendo cinquenta por cento ou ate setenta por cento de gasto com tratamento é porque ele está negligenciando a parte de prevenção e promoção. Então, o município ele tem que atuar muito em cima, ou seja, pra discutir saúde você tem que avaliar muito as questões determinantes e condicionantes de saúde, você pode desenvolver uma grande ação com um bom resultado em saúde sem ter muito gasto, principalmente na área de saúde. Um exemplo, você pode diminuir as verminoses, você pode não ter um centavo de gasto em saúde, mas você pode aferir outros gastos que foram relacionados a saneamento e água tratada, então pra gente poder discutir essa questão se o indicador gasto ele realmente reflete a situação de saúde eu diria que é necessário extrair de dentro desse indicador com o que foi que ocorreu o gasto. Pra mim seria nesse sentido. Quando você olha pra média e alta complexidade, esse mesmo indicador gasto em saúde por habitante, ele diz que na média e alta complexidade eu tenho que garantir determinadas tecnologias de tratamento e reabilitação, eu também tenho que extrair novamente, com o que foi gasto? Porque se eu comecei a gastar também normalmente com mais medicamentos do que outros tratamentos, outro tipo de tratamento que não medicamento, aí eu fico meio pensativo, será que realmente reflete a situação de saúde? (Entrevistado 10).*

Também foi citada a falta de notificação dos resultados em saúde, o que estaria comprometendo o resultado dos indicadores e, dessa forma, o processo de trabalho não estaria de acordo com o preconizado pelas políticas do Ministério da Saúde. Além dessa subnotificação, houve entrevistados que ressaltaram o preenchimento automático das informações para o cálculo dos indicadores:

> *Pode ser que o gestor municipal de saúde tenha os seus profissionais, porém desorganizados. Pode até executar o trabalho, mas não cadastra esse trabalho, ou seja, ele não faz a notificação ou ele não tem os resultados disso cadastrado, ou seja, perdeu os dados, realizou, mas não cadastrou ou não notificou e não tem dados para abastecer o banco de dados e, aí, não tem os indicadores (Entrevistado 22).*

> *A gestão não tem esse olhar comparativo e como o preenchimento é muito mecânico ali vai, ah chegou, atendo, tem o prazo pra hoje então lança igual ao do mês passado. Eu acho que não fala da realidade, você vê muito isso até em reuniões de secretários municipais de saúde, outras no próprio ministério quando eles lançam os dados os secretários ficam ligando: como isso? Não! Os meus dados não são esses! Eles mesmos discordam, mas assim é tanto o dia a dia que eles não conseguem estar avaliando isso, e quando eles descobrem e falam: meu Deus, mas a minha produtividade foi só isso! Ou foi: eu consegui só essa meta! Então eu acho que ele não está tendo tempo, não tem uma equipe preparada para o preenchimento real, então, pra mim, esses preenchimentos muito automáticos eles não falam da realidade, então é complicado você aceitar eles (Entrevistado 25).*

Nas falas, observamos a necessidade de se qualificar a gestão: embora na saúde o recurso seja considerado insuficiente, o pouco que se tem, às vezes, é mal gasto, mal aplicado e mal gerido. A falta de autonomia dos secretários municipais de saúde também foi citada

como uma questão importante para evidenciar esse cenário de falta de relação entre a despesa em saúde por habitante e a melhoria do quadro de saúde da população, ou seja, dessa dissociação entre o que é aplicado financeiramente e o que é alcançado efetivamente com os indicadores de saúde. Alguns dos trabalhadores do SUS entrevistados ressaltaram a falta do gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde (FMS) por parte dos secretários municipais de saúde. O gerenciamento do fundo pelo prefeito municipal seria um fator agravante para esse cenário ao fazer com que os secretários não tenham, de fato, o controle das despesas com saúde:

> *Os secretários não gerenciam o fundo de saúde. Os prefeitos, apesar de escolherem os seus secretários, eles não têm confiança de deixar o secretário gerenciar o próprio recurso que é da sua pasta. Então, muitas vezes, o secretário, por exemplo, quer gastar numa ação que vai melhorar aquele indicador e ele não tem aquela liberdade de dizer: eu vou fazer isso! Não, quem determina é o prefeito (Entrevistado 23).*

Além da falta de gerenciamento do Fundo Municipal, houve quem citou a criação de alternativas frente à Lei de Responsabilidade Fiscal, conforme verificamos:

> *Esse custo, essa despesa per capita por município ele não reflete realmente na situação de saúde do cidadão do município, mesmo porque todas as despesas com saúde, a gente dividindo pelo número de habitantes, vai se ter um valor. E a gente sabe que essas despesas com saúde elas não são otimizadas, as despesas não são otimizadas, mesmo porque tem uma rubrica, que é a rubrica de pessoal, despesas com saúde que às vezes o gestor público ele procura inchar a folha de pagamento da saúde. Ainda bem que a lei de responsabilidade fiscal ela limita isso daí, mas sempre se tem alternativas que não refletem essa realidade da lei de responsabilidade fiscal. Por exemplo: hoje eles criam essas empresas de trabalho aí e contratam a empresa que, quando se paga, faz esse pagamento da empresa que contrata as pessoas. Isso daí não é dinheiro com despesas pessoal, então isso aí é uma alternativa que foi criada pra burlar a lei de responsabilidade fiscal certo? E, muitas vezes, isso daí quando você for ver as despesas, as despesas vão aumentar e é uma despesa com pessoal, por mais que seja de forma indireta, e que vai repetir no gasto por habitante e que não é gasto, esse gasto não é efetivamente com atividade de assistência e, sim, é gasto com outras atividades fora da assistência. Por isso é que não repercute na situação de saúde da população (Entrevistado 26).*

Acresce-se a isso a falta de uma fiscalização mais efetiva, a qual estaria favorecendo possíveis desvios e abusos:

> *O Ministério da Saúde não tem uma política de auditoria constante nos municípios, não tem essa cultura de fiscalizar os gestores, já teve, já teve muito mais, há muito tempo atrás tinha muito mais auditoria, hoje acredito que os gestores estão muito a vontade (Entrevistado 23).*

A questão do subfinanciamento também foi citada nas falas. Houve aqueles que destacaram a falta de recursos para a saúde como um fator que contribui de forma acentuada para a falta de relação dos indicadores do Siops com os indicadores de saúde do SISPACTO:

> *Não é novidade que a maioria dos municípios do Estado do Acre convive com a falta de recursos e com o subfinanciamento crônico. A crise econômica mundial, entretanto, agravou estes problemas e deixou gestores em estado de alerta. O ano de 2015 foi marcado por constantes atrasos em transferências de recursos da saúde para os municípios, o que ocasiona muitos transtornos à gestão e principalmente na execução das ações (Entrevistado 20).*

Outros, por sua vez, entendem que a contenção de gastos sempre existiu no SUS. Para eles, o que contribui para agravar o quadro é a falta de otimização desses recursos:

> *Eu tenho 20 e poucos anos de saúde de SUS, eu nunca ouvi dizer que a gente não estava contendo gastos. Sabe, a crise chegou à saúde e quando foi que não esteve? Quando foi que rolou dinheiro para investimento, em equipe técnica suficiente? Rolou investimento pra equipamentos, mobiliário suficiente pra estruturas físicas adequadas, pra formação de profissionais? Quando foi que sobrou dinheiro que você dissesse assim: não, olha, a gente teve um grande investimento! Tivemos investimento, ao longo dos anos tivemos investimento, mas não que estivesse fora de contenção (Entrevistado 2).*
>
> *Acredito que essa contenção de gastos, ao mesmo tempo em que representa uma dificuldade por reduzir os investimentos na área, dependendo da perspectiva e do olhar do gestor, também possa ser uma potencialidade, ao forçar o planejamento de ações que garantam a melhoria das condições de saúde, com menor custo. Porém, acredito que essa contenção terá um impacto negativo, principalmente na implantação de novos serviços e projetos (Entrevistado 7).*
>
> *O recurso não só é insuficiente como ele não é bem gasto, ou seja, ele é colocado na mão ou a disposição nos diversos setores. Se nós vermos [sic], por exemplo, como se comportam em determinadas áreas da prestação de serviço pela falta de protocolo, pela falta de diretriz, se gasta muito dinheiro em soluções mais complexas que poderiam ser resolvidas com soluções mais simples, mais baratas e com muito boa eficiência e eficácia. Isso se verifica, por exemplo, na utilização de antibióticos em determinados hospitais e, muitas vezes, os antibióticos que são utilizados são caros porque os mais baratos acabaram e não se repuseram. Então, essa questão de retração de recursos é uma questão que preocupa não só hoje como sempre preocupou, mas não é uma coisa que vem isolada, não adianta se colocar dinheiro se não melhorarmos a eficiência e eficácia da gestão (Entrevistado 11).*

Percebemos, portanto, que, para explicar o resultado estatístico encontrado, os entrevistados fizeram uso de diversos argumentos. Como causas foram citadas a falta de qualidade nos serviços prestados e, novamente, dificuldades em compreender o papel central da atenção básica. Para além disso, foi destacada como um dos pontos críticos a fragilidade no processo de gestão em saúde, incluindo nesta, a falta de planejamento e de gerenciamento do FMS. Isso estaria contribuindo de forma significativa para os resultados encontrados, sinalizando, inclusive a falta um processo mais efetivo de auditoria como forma de conter alguns desvios, com destaque para o não cumprimento de algumas normas estipuladas na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Paralelo a isso, foi citado o fato de municípios localizados na região Norte possuírem realidades distintas daqueles encontrados em outras regiões, a exemplo de piores condições

socioeconômicas da população, menor arrecadação de impostos e dificuldades de acesso, o que explicaria, em parte, uma maior despesa sem alterações dos indicadores que medem o quadro de saúde da população.

Na análise estatística realizada no Capítulo 4 percebemos inconsistências entre os indicadores, os quais, considerados individualmente, refletem a lógica de produção de metas em termos quantitativos. Cenário que acaba provocando dificuldades para a gestão da saúde e que sugere uma tendência a um processo de fragmentação que pode reforçar a perspectiva reducionista em que está inserida a avaliação em saúde.

5.3.5 Novas Formas de se Fazer Avaliação em Saúde

5.3.5.1 Importância de se Institucionalizar a Avaliação

Para a avaliação em saúde se tornar estruturada e, de fato, contribuir no processo de aperfeiçoamento da gestão pública no Estado do Acre alguns desafios são apresentados pelos entrevistados. Após serem evidenciados os principais problemas enfrentados no processo de avaliação em saúde, apontamos algumas das alternativas citadas pelos entrevistados no enfrentamento a esses problemas:

> *A gente precisa avançar em certas coisas, melhorar a prática clínica, melhorar a qualidade da gestão, trabalhar com indicadores, indicadores de resultados, apuração de custos, trazendo mais para o lado econômico. Então, se não tiver essa percepção e essa mudança de lógica a gente não avança. Nosso desafio é esse, para você avançar tem que avançar em gestão, avançar muito. Mas como é que se avança em gestão? Se qualifica as pessoas bem. Primeiro, as instituições formadoras começam a formar os profissionais com outro olhar e na hora da seleção você começa selecionar com outro olhar (Entrevistado 4).*

Apesar de considerarem a avaliação em saúde incipiente e cartorial, esta é entendida pelos entrevistados como fundamental para avançarmos na gestão em saúde.

> *A avaliação ela é necessária em qualquer gestão de saúde. Quer dizer, feita a avaliação você vai detectar onde você está errando, onde você tem que melhorar e, sendo assim, você vai otimizar os recursos nessas melhorias, então eu acho que é fundamental (Entrevistado 26).*

Nesse sentido, Takeda e Talbot (2006, p. 569) entendem que as instituições não podem deixar de exercer a avaliação, pois é uma responsabilidade. E o que seria institucionalizar a avaliação? Para os autores, seria incorporá-la ao sistema, possibilitando "monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas; enfim, retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades". E o que seria não avaliar? Os autores comparam a não avaliação como a pilotar um avião sem os instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições do voo e do motor, ou seja, seria "voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água".

Alinham-se a esse entendimento Gomes e Bezerra (2014a), as quais entendem que avaliar ultrapassa o objetivo de contribuir com a tomada de decisão, pois também proporciona conhecimento sobre o impacto efetivo da ação governamental, sendo, ainda, um instrumento político de poder.

Em Pinheiro e Silva Junior (2011) temos a defesa da institucionalização da avaliação enquanto um instrumento necessário para articular um processo colaborativo entre gestores, avaliadores, profissionais, usuários, academia e serviços de saúde, quanto ao apoio às tomadas de decisões, via participação, difusão e uso das investigações.

5.3.5.2 Comunicação de Instrumentos de Avaliação

Antes de avaliar é necessário comunicar os instrumentos, ou seja, não haverá uma avaliação adequada se os instrumentos necessários para isso não estiverem alinhados. Essa é a compreensão de alguns dos entrevistados, os quais reforçam a ideia de que o alinhamento desses instrumentos trará, à avaliação em saúde, planos realistas que permitem criar estratégias adequadas e correspondentes à realidade da saúde no Estado:

> *Como eu descreveria o processo atual de avaliação em saúde? E digo que o processo hoje ele estaria em torno de 50% (cinquenta por cento) a 40% (quarenta por cento) falho, falho, porque os instrumentos que deveriam ser utilizados para planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações eles não estão alinhados. Ou seja, nós temos primeiro que discutir os instrumentos, entendermos a importância dos instrumentos, criarmos condições técnicas para que esses instrumentos sejam utilizados. Esse é o grande desafio futuro (Entrevistado 10).*

Nesse aspecto, importante contribuição é encontrada em Tamaki et al. (2012, p. 840). Os autores desenvolveram uma metodologia de construção de um Painel de Monitoramento e Avaliação da Gestão do Sistema Único de Saúde, no qual compreendem a gestão do SUS como um processo pelo qual "equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões na implementação da Política de Saúde". Entendem como relevante o destaque dado aos aspectos normativos e legais estabelecidos no planejamento em saúde, como os Planos de Saúde, os Relatórios de Gestão, com atenção especial para o Pacto de Gestão e o COAP. Como um instrumento importante na gestão em saúde, o monitoramento visa acompanhar rotineiramente informações relevantes.

> O monitoramento propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomadas de decisão, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos (TAMAKI et al., 2012, p. 841).

Entretanto, entende-se que os instrumentos de gestão, além de estarem alinhados com os instrumentos de governo, também devem se conectar com os sistemas de informação:

> *Eu entendo que você tem que ter instrumentos formais bem relacionados, a programação, bem relacionados às metas. Esses instrumentos de avaliação, eles precisam dialogar muito bem com os sistemas de informação, com os programas, com as metas, com todos os procedimentos relacionados à gestão do SUS. Não consigo entender a avaliação pontual e nem setorial. A avaliação de sistema de saúde são instrumentos formais criados que dialoguem muito bem com as praticas cotidianas e que sejam capazes de lhe mostrar resultados (Entrevistado 16).*
>
> *Um dos desafios para o futuro é esse, é implementar e alinhar os instrumentos de gestão do SUS e implementar e alinhar os instrumentos de gestão pública e, consecutivamente, alinhar temporalmente esses instrumentos de gestão pública, esses instrumentos de gestão do SUS de tal forma que o PPA, a LDO e a LOA, eles sejam construídos com base no plano de saúde, a programação anual e o relatório quadrimestral de prestação de contas que é um instrumento de avaliação de gestão do SUS e de planejamento (Entrevistado 10).*

Nessa linha, Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012) ressaltam a fragmentação no uso das informações, as quais deveriam estar conexas e coesas. Entendem que há poucas conexões entre o estabelecimento de direcionalidade[138] e operacionalidade e, além disso, demonstram preocupação em relação às referências relativas ao uso efetivo de instrumentos normativos de gestão, como planos de saúde, planos orçamentários e relatórios de gestão.

---

[138] Entendida pelos autores como diretrizes deliberadas em instâncias de controle social, estabelecidas em processos de planejamento.

Em Contandriopoulos et al. (1997) encontramos a ideia de uma avaliação útil. Para que a avaliação seja de fato útil os autores argumentam sobre a necessidade da conscientização de que a avaliação produza informação e, portanto, seja fonte de poder para aqueles que a controlam. Para isso, os autores entendem que devem ser assegurados, entre outros requisitos, que todos os envolvidos no processo de avaliação possam definir os problemas que devem ser revolvidos e as estratégias de pesquisa; que a informação obtida por meio da avaliação não seja vista como uma verdade absoluta, mas se torne uma ferramenta de negociação entre os diversos interesses; e que haja a consciência sobre o fato de que quem decide, muitas vezes, não tem condições de definir de forma exata as necessidades de informações e, portanto, ter a compreensão de que a avaliação pode responder parcialmente a alguns dos problemas enfrentados.

Observamos, dessa forma, que vários entrevistados citaram o fato da avaliação, em grande medida, se tornar incipiente e cartorial por não conseguir atingir a realidade da saúde pública no Estado do Acre. Parte dessa dificuldade deve-se à falta de um processo de avaliação que considere aspectos qualitativos, bem como à falta de intersetorialidade e de comunicação dos instrumentos de avaliação em saúde.

5.3.5.3 Foco na Avaliação Qualitativa e na Intersetorialidade

Se a avaliação quantitativa foi um dos problemas citados pelos entrevistados, o desafio que se apresenta é concentrar esforços no sentido de uma avaliação qualitativa. Frisou-se a necessidade de promoção de avaliações qualitativas de programas:

> *Enquanto a gente se preocupar em discutir doença, é onde está o problema. Quando a gente começar a olhar e ver que nós temos que discutir a saúde, cada esfera de governo, cada ente da federação fazer a sua parte, eu acredito dessa forma ... Hoje, a realidade nas secretarias municipais, estadual e ministério da saúde é uma forma de governar que cada um toma conta da sua pasta, primeiro parte por aí. Você vê os municípios sequer fazem uma ação de prevenção de saúde e quando isso não acontece, essa prevenção de saúde, esse cuidado, esse entendimento... A questão da saúde bucal, que é uma questão que tem que estar executada, discutindo pra melhorar, a questão do atendimento às mulheres grávidas, que isso é assegurado na Constituição esse atendimento, esse cuidado, pra que reduza o numero de parto cesáreo, que traz gravidades futuras pra mulher. Ou seja, primeiro é: esse atendimento ele acontece na esfera municipal, de governo municipal, mas quando isso não acontece vem pra esfera estadual e se torna uma questão de média e alta complexidade, então, isso tende a agravar quando não se tem um olhar com carinho pra essa situação, quando os governos não se unem pra se conversar (Entrevistado 6).*

> *Há a necessidade de promoção de avaliações qualitativas de programas, ou ainda relacionar com a qualidade das informações nos sistemas oficiais de registro do SUS... já que pode estar ocorrendo subregistro dos procedimentos pelas equipes. Sabemos que existe, historicamente, uma perda grande de informações que deixam de ser informadas, pela pouca importância que se dá ao ato do registro (Entrevistado 8).*

Em suas falas, sujeitos da pesquisa destacaram ser fundamental que os gestores municipais e estadual desenvolvam estudos tanto quantitativos quanto qualitativos para se identificar as potencialidades e as fragilidades da saúde pública, estimulando os gestores da saúde a elaborarem seus projetos na direção das necessidades de saúde e da construção de uma rede de atenção. Entretanto, reconhecem que o SUS é permeado por uma lógica de mercado e destacam, inclusive, o papel da universidade nesse processo:

> *Eu vejo que a academia poderia contribuir com muito mais com isso, porque as pessoas estão sendo preparadas não para trabalhar no SUS, mas trabalhar como se fosse ambiente privado (Entrevistado 4).*

Para Akerman e Nadanovsky (1992) deve ser explicitado e decidido se o foco da avaliação se concentrará na qualidade da cura ou do cuidado e qual aspecto da qualidade se estará considerando. Isso porque há uma tradicional tendência da avaliação se concentrar na qualidade da cura. Entretanto, entendem a necessidade de se ampliar sistematicamente e de forma quantificável a avaliação em direção a outros atributos do cuidado.

Dada a falta de comunicação e de planejamento que, aliados à centralidade da avaliação quantitativa estariam contribuindo para uma avaliação normativa e incipiente, alguns dos entrevistados citaram como um dos desafios trabalhar a intersetorialidade interna e externa:

> *Eu acho que a intersetorialidade na gestão é um desafio, trabalhar intersetorialmente, porque saúde é para além, ela precisa da educação... A gente tem experiências individuais nesse sentido, quando eu fui gerente eu fomentei muito isso, e algumas áreas conseguem trabalhar. Eu acho que a intersetorialidade é uma necessidade, acho que a questão de investimento em educação permanente é um desafio, porque a gente ainda não consegue perceber isso, a burocracia que está posta, quando a gente tenta executar uma ação, a gente planeja lindamente, calcula e a gente não consegue e você tem uma frustação muito grande (Entrevistado 5).*

> *As unidades assistenciais não se entendem como SESACRE. Uma das metas é resgatar e unificar, ou seja, tornar o sistema uma única unidade, onde a SESACRE seja concebida como unidades assistenciais, unidades administrativas e enquanto ordenadora do sistema estadual de saúde trazer para si os sistemas municipais de saúde, ou seja, ela tem que se entender como suporte técnico e ordenador de políticas de saúde do Estado (Entrevistado 10).*

Para Pisco (2006), a questão central do processo atual de avaliação não é tanto a técnica, ou seja, de como se fazem atividades de avaliação e melhoria. Os esforços devem se concentrar em como se estabelecer e se manter, de forma sustentada, essas atividades como parte do trabalho de um sistema de saúde:

> Ou seja, como é que se estabelece um plano estruturado para institucionalizar estas atividades, como é que se cria com sucesso um sistema que, de forma coerente e integrada, englobe os múltiplos esforços qualitativos que os profissionais ou as instituições estão a desenvolver de forma a potenciar os benefícios para os doentes (PISCO, 2006, p. 567).

Incorporada de forma sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde, a avaliação traz aos gestores a oportunidade de terem acesso a informações necessárias para a definição de estratégias de intervenção. Coadunando com Silva e Formigli (1994), existe uma grande quantidade de informações registradas pelos serviços que estão disponíveis, mas que acabam por não serem utilizadas, seja para a análise da saúde, seja para a definição de prioridades e para a reorientação de práticas. Entende-se que se estas informações rotineiramente registradas fossem de fato analisadas seriam matéria prima para a construção de um necessário processo continuado de avaliação dos serviços de saúde.

Dessa forma, nesse primeiro momento, um importante desafio apontado é tratar o processo de avaliação para além dos indicadores de saúde, numa perspectiva que envolva a análise qualitativa dos processos, com destaque para a intersetorialidade.

5.3.5.4 Estabelecimento de uma Cultura Avaliativa e do Controle Social

A falta de uma cultura avaliativa também é entendida como um elemento crítico no processo de avaliação em saúde. A necessidade de estabelecer essa cultura a partir do envolvimento de todos e da mudança de pensamento sobre a necessidade de se monitorar e avaliar tem sido um dos importantes caminhos apontados rumo à emancipação da avaliação. As pessoas, entendem os entrevistados, devem sair dos seus espaços nos escritórios e enxergar do que precisam aqueles que vivem o SUS no dia a dia:

> *Estava bom de a gente sair um pouquinho da Secretaria e andar um pouquinho pela população, pra ver o que realmente a população está dizendo todo dia na televisão e a gente não escuta (Entrevistado 9).*

Há, dessa forma, o entendimento da avaliação envolvendo uma visão holística. Reconhece-se que a saúde dos indivíduos e das comunidades também é determinada por influências econômicas, sociais e ambientais. Há a necessidade de se envolver a sociedade no processo de gestão da saúde e, por outro lado, fazer com que a sociedade perceba o papel protagonista que deve assumir nesse processo.

> *Eu acho que os gestores têm que ouvir muito, os gestores têm que dar a atenção merecida aos segmentos organizados da sociedade, sobretudo o conselho, que agrega várias entidades de diversos segmentos. Eu acho que começa por aí a nossa discussão. Agora, eu vejo que no formato que está, não só no Acre, mas no Brasil, está longe disso acontecer, está longe, mas o desafio é esse, eu acho que quando começar a se pensar dessa forma e a sociedade entender que tem direito, que tem que questionar, que tem que fazer o controle social e os governos voltarem um olhar que tem que ouvir a sociedade pra poder fazer uma execução à altura que a sociedade almeja, com certeza, sim, a gente vai chegar lá (Entrevistado 6).*

Também foi lembrada a prestação de contas quadrimestral realizada em audiência pública e o fato de como esse processo deveria envolver o usuário, o qual deveria interagir e exercer um papel fiscalizador de gastos e de serviços realizados:

> *A cada 04 (quatro) meses a gestão, seja ela estadual ou municipal, ela tem que apresentar, prestar contas em audiência pública na casa legislativa sobre o que ela recebeu, executou. Isso é um avanço para que o controle social e o cidadão comecem a interagir e exercer sua parte no SUS, que é de controlar os gastos e os serviços que são oferecidos... Cabe à gestão estar motivando, convidando para participar e não ficar uma avaliação estritamente restrita só à gestão, aos trabalhadores, mas envolver, também, os usuários (Entrevistado 4).*

Cabe, portanto, ao gestor público perceber as necessidades dos usuários, saindo de seu ambiente para estar no local onde o usuário procura os serviços. Ou seja, sentir de perto a real necessidade das pessoas:

> *Chegou em [sic] um momento em que a gente precisa refletir melhor sobre saúde, nos debruçarmos mesmo diante da realidade, ir atrás de porquês. Uma vez encontrados esses porquês, lutar por uma coisa melhor, mas tem que ser todo mundo junto, não é eu aqui como gestora no momento e pensar como gestora, e sim pensar como usuária, porque um dia eu posso estar lá precisando desse serviço e o que ele pode estar me atendendo. Eu acho que a partir do momento que o gestor começa a pensar ele como um usuário, as coisas começam a melhorar. Mas enquanto eu só vejo uma realidade que me mostram dentro de um lugar fechado com ar condicionado, não vai me dar uma realidade da minha população (Entrevistado 9).*

Dessa forma, o envolvimento dos usuários para que possam, efetivamente, exercer o controle social, foi um tema presente nas respostas dos entrevistados quando perguntados sobre os desafios da avaliação em saúde. Há um sentimento de que os usuários são fundamentais nesse processo, pois são os que mais sentem os reflexos do sistema de saúde, sejam eles positivos ou negativos. Entretanto, essa participação deve ser qualificada.

5.3.5.5 Envolver e Qualificar as Pessoas

Qualificar as pessoas tem sido uma questão recorrente junto aos entrevistados quando perguntados sobre os desafios no processo de avaliação. Entendem que não é apenas o gestor e o profissional que devem ser capacitados, mas também pessoas que fazem parte da comunidade. Isso se traduz em uma mudança de perfil político por parte da gestão, conforme elucida a fala abaixo:

> *O principal desafio é você mover as pessoas para um objetivo que seja um objetivo civilizatório, que as pessoas se sintam incluídas no processo de participação no projeto de melhoria da comunidade, de responsabilidade social, isso é que eu vejo que nós precisávamos, ter um perfil político que seria muito diferente daquele que eu vejo hoje a disposição da comunidade (Entrevistado 11).*

Dessa forma, a comunidade deve ajudar a construir o programa de saúde, pois não é suficiente haver um plano elaborado sem um perfil diagnóstico realizado pela própria comunidade.

> *Quando você pode trabalhar a prevenção na comunidade, não adianta, tem que fazer um plano de fato, com perfil diagnóstico de fato construído pela própria comunidade (Entrevistado 17).*

Para Takeda e Tabolt (2006, p. 569), "avaliar é uma forma de participação" da construção e aperfeiçoamento do SUS. Avaliar seria uma oportunidade para os atores[139] participarem de decisões envolvendo os caminhos a serem trilhados pelo SUS, sendo, ao mesmo tempo, um processo tanto de aprendizagem quanto de controle social. Entretanto, observam que há uma "posição defensiva" sobre avaliar que, para eles, deve ser revertida na medida em que os profissionais necessitam vivenciar uma nova realidade, diferente daquela marcada por um sistema intensamente hierárquico e não participativo com o destaque no que saiu "errado".

Compartilham de opinião semelhante Gasparini e Furtado (2014) para os quais a avaliação compreende a entrada de diversos atores sociais nos processos avaliativos, extrapolando o simples fornecimento de informações para envolver esses atores em alguma ou em todas as etapas da avaliação, no sentido de poderem, de fato, influenciar nessa trajetória.

---

[139] Esses diferentes atores seriam, na opinião dos autores, provedores de serviços em saúde, políticos, gestores, população, universidades e demais instituições de aprendizagem.

A gestão social deve ser considerada para que o direito à saúde possa se firmar no que compete à democratização das informações, com a clara expressão dos julgamentos e tomadas de decisões sobre os cuidados oferecidos. Para Pinheiro e Silva Junior (2011, p. 39), cabe à gestão pública desenvolver competências avaliativas participativas de forma a potencializar os diferentes atores (gestores públicos, trabalhadores do SUS e usuários) em suas práticas cotidianas, tendo em vista que "nesses arranjos as responsabilidades passam a ser compartilhadas na esfera pública de decisões".

5.3.5.6 Avaliar para Regular o Consumo de Tecnologias e Fortalecer a Atenção Básica

A regulação do processo de saúde é percebida por alguns dos entrevistados como a regulação do consumo de novas tecnologias de saúde. Dessa forma, há o entendimento de que nem sempre o consumo de tecnologias é o que a população precisa.

> *Regular o acesso aos serviços de saúde, considerando que atualmente há um forte o apelo ao consumo de novas tecnologias de saúde. Tecnologias essas que nem sempre são a prioridade para dar conta do problema de saúde da população (Entrevistado 8).*

Essa compreensão de que há um excessivo consumo de tecnologias se alinha ao entendimento de que a atenção básica tende a não ser priorizada nem pela gestão e nem pelos usuários. Há um consumo excessivo de tecnologias, em parte em função de se considerarem mais importantes a média e a alta complexidades, sendo deixadas em segundo plano a prevenção e a promoção da saúde, o que se alinha à lógica utilitarista com base na ideologia do produtivismo, na qual se insere a avaliação em saúde.

Essa regulação do processo de trabalho se estende, para um dos entrevistados, à identificação das reais prioridades. Para isso, considera preocupante o caminho da ampliação da oferta de serviços e ações tendo em vista que estes implicam novos gastos:

> *Acho que estamos em um período no qual a grande preocupação deveria ser a de manter estruturas, serviços e ações já existentes. A implantação de novos serviços ou políticas deve ser avaliada com cautela, considerando que, necessariamente, novos serviços implicam em novos gastos (Entrevistado 8).*

Vale ressaltar que uma das questões apontadas pelos entrevistados como uma problemática é a ampliação da oferta de serviços de média e alta complexidade sem que se resolvam os problemas estruturantes na atenção básica.

Conforme já enfatizado, a lógica de produção de metas (produtivista) no campo da saúde pública se alinha a um processo de fortalecimento do capital financeiro em escala global, processo este discutido nos primeiros capítulos deste estudo. A lógica produtivista se estabelece no campo da saúde quando observamos que a saúde da população é mensurada a partir do consumo quantitativo de serviços e produtos médico-hospitalares, sendo o usuário tratado como um consumidor de serviços (GOMES e BEZERRA, 2014b).

5.3.5.7 Avaliar para Enfrentar a Crise Econômica

Enfrentar a crise econômica nacional por meio de ações e atividades administrativas mais flexíveis a partir de uma gestão que estimule a produção de serviços sem a perda da qualidade tem sido um dos caminhos apontados pelos entrevistados para a gestão superar a crise atual:

> *Para o enfrentamento da crise econômica nacional há necessidade de trabalhar as ações e atividades com flexibilidade administrativa através da implementação de mecanismos de gestão que estimulem a produção de serviços, mas sem perda de qualidade (Entrevistado 21).*
>
> *Eu acho que nós temos que trabalhar para captar recursos, fortalecer o financiamento, melhorar nossa gestão para poder garantir a melhora de vida da população do nosso Estado e do Brasil (Entrevistado 22).*

Vale ressaltar, conforme discutimos no capítulo 1, que o capitalismo contemporâneo passa por um processo de crise, crise esta que afeta a saúde na medida em que há a redução de benefícios e garantias sociais para a população, bem como há a retração de investimos na saúde pública pela via da política de financiamento.

5.3.5.8 Fortalecimento das Regiões de Saúde

Considerada um instrumento frágil e desarticulado, algumas das falas dos entrevistados sugerem como um dos desafios no processo de avaliação em saúde o empoderamento da CIR, confirmando-a como a instância preconizada legalmente[140]. As falas traduzem este argumento:

> *Empoderar as CIRs para que se tornem espaços de negociação e pactuações, legitimando-as como espaço de planejamento, regulação, controle, monitoramento e avaliação regional (Entrevistado 20).*
>
> *O que é fortalecer uma Comissão Intergestora Regional? É dar autonomia para ela para fazer a identificação, o seu diagnóstico da situação de saúde de sua regional, debater isso, pactuar, encaminhar para os colegiados de pactuação, seria homologado pela CIB e quando o financiamento for tripartite, encaminhado para a CIT para poder ser deliberado o sistema de financiamento na ação proposta pela CIR (Entrevistado 22).*

Na opinião de Santos e Campos (2015), uma região sólida pode unir o que a descentralização fragmentou. Não se deve desconsiderar, entretanto, o papel do gestor municipal enquanto sujeito integrador do sistema de saúde, o qual participa de forma efetiva nos aspectos político, financeiro e técnico. Os autores entendem que a região de saúde para ser qualitativa deve ser compreendida do ponto de vista da integralidade e não vista como simples divisão administrativa do Estado. À região cabe resolver a grande maioria das necessidades de saúde da população regional e integrar um sistema nacional, estadual e intermunicipal.

5.3.5.9 Avaliar como um Instrumento de Fortalecimento do SUS

Alguns desafios se apresentam no processo de incorporação da avaliação no dia a dia do setor da saúde. Entre eles, Takeda e Talbot (2006) destacam a falta de tradição em avaliar, bem como a pouca compreensão do que é o SUS por parte de muitos atores. Enxergar o SUS como uma conquista da sociedade brasileira e, por isso, merecedor de atenção e reconhecimento foi um dos desafios apontados por entrevistados. Há o entendimento de que

---

[140] Conforme o Art. 2º, IV do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, as Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

está em curso um movimento político forte no sentido de fragilizar o modelo do SUS, conforme apresentamos nas falas abaixo:

> *A saúde ela ainda não foi olhada como diz a Constituição, que a saúde ela é de relevância pública, a saúde ela é diferente de todos os outros setores, os outros setores eles não funcionam de domingo a domingo, 24 horas por dia, aí já existe uma grande diferença. Para o cidadão, não existe hora, não existe dia pra adoecer, qualquer hora e dia o cidadão pode adoecer e buscar a sua saúde em uma unidade pública de saúde (Entrevistado 26).*

> *Na lei 8.080 é linda, ela é fundamental, a gente vê que não tem falha, mas a prática... É como o Brasil hoje se encontra, ele se encontra hoje, como o Brasil é um país capitalista, ele não vai fugir do modelo capitalista e o capitalismo é isso, ele é selvagem mesmo, ele tenta mudar totalmente o modelo assistencial do SUS, do que é o do SUS mesmo, então o que acontece: são um monte de indicadores, mais de 90 indicadores, se você for ver não precisa de todos esses indicadores, você precisa de indicadores pilares, o que é taxa de natalidade, taxa de mortalidade, índice de doença, adoecimento das pessoas, tentar diminuir esse índice de adoecimento, então eu acho que se a gente for mesmo ver dentro do que é o SUS, a gente não precisava de tantos indicadores.*
> *[...]*
> *Hoje nós vemos um contexto em que a população está totalmente alienada, que muitas vezes não sabem o que querem e se deixam levar por políticas que acham cheias de razão. Então o que a gente vê é um movimento muito forte, político, forte, que quer toda a hora derrubar o modelo assistencial do SUS, porque não é atrativo, é gasto, é investimento, é porque é um modelo para o pobre não é para o rico, do primo pobre, primo rico, é o mesmo sentido. E é tão invejado pelos outros países, mas, ao mesmo tempo, o próprio país desconhece dele, do modelo que nós temos, porque existe ainda o modelo da velha política atuando em fortes decisões..., aí a coisa cada vez mais vai se esfacelando. Hoje eu vejo o SUS tipo como uma criança que está doente e se a gente não cuidar ela vai morrer (Entrevistado 9).*

Esse processo anunciado pelos entrevistados se alinha à compreensão de que o modelo de saúde pública preconizado pelo SUS sofre um processo de fragilização. Como ressaltamos nos capítulos iniciais, a saúde pública passa por um processo de crise, resultado de um cenário mais amplo, de crise do capitalismo contemporâneo, o qual impõe restrições à saúde pública na medida em que afeta o seu financiamento e provoca redução de benefícios e garantias sociais aos trabalhadores. E isso impacta no processo de avaliação em saúde na medida em que este passa a ser entendido a partir da ideologia do produtivismo e do consumo, típicos de uma lógica de mercado na qual o capital dita as regras.

5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCAIS

5.4.1 O Processo de Avaliação

5.4.1.1 A Realidade dos Municípios da Região Norte

As dificuldades que a região Norte enfrenta quanto ao deslocamento, às distâncias e ao financiamento da saúde foram constantemente lembradas pelos secretários municipais de saúde. O acesso pela equipe de saúde às populações isoladas, conforme demonstrado na fala abaixo, mostra essa preocupação:

> *A gente sempre acaba falando das dificuldades, a dificuldade sempre está na frente. No nosso município são os rios que no período de verão fica mais difícil o acesso, porque nós temos as nossas unidades na zona rural, temos a equipe de técnicos, enfermeiros, médicos. Só que é assim: não tem como manter o médico um mês na comunidade porque a gente depende tudo da cidade, não tem mercado nessas comunidades, lá os moradores vivem da caça e do peixe e assim, quanto mais chega o verão e o rio fica raso, mais difícil fica o acesso, porque fica bem rasinho, difícil chegar lá. As nossas equipes ainda levam uma cozinha dentro do barco, da canoa ainda, é do fogão à faca, panela, prato, botija, pra sair para as comunidades e são pessoas que moram distante, na mata, varadouros e rios que ficam sem acesso no verão, não tem como o barco chegar até lá e também a questão financeira. Hoje estou recebendo ligação a todo tempo que nossa equipe tem que partir, são três equipes e cada equipe requer três mil reais, que é o valor do combustível, alimentação, material de limpeza, bucha para o motor, palheta, óleo diesel, lubrificante, tudo isso. Então, chega na faixa de três mil a três mil e duzentos cada equipe para chegar até a comunidade. Isso sem falar dos problemas da natureza, são canoas porque não tem como ir um barco maior, bater em pau, cachoeiras, etc., pium[141]...(Grupo Focal 1).*

Pela fala percebemos a dificuldade do município, por dispor de recursos escassos, em viabilizar uma equipe de profissionais de saúde para atender as populações isoladas. Importa ressaltar que em determinadas regiões do Estado o transporte fluvial ainda é o mais utilizado. Alguns municípios não possuem estradas de ligação e, dependendo de onde estão localizados, o principal meio de transporte é o fluvial.

Essa dificuldade se estende para além do transporte às comunidades isoladas, envolvendo, inclusive, a participação dos secretários nas atividades regionais. Um dos

[141] Pium refere-se a um mosquito.

secretários comentou sobre a dificuldade de se deslocar do seu município para comparecer à reunião na regional de saúde:

> *Ontem eu saí de lá e vim num transporte que acharia que poderia ser mais rápido, gastei 12 horas e meia de viagem e não tinha outro meio aéreo e fluvial. Tive que pegar um transporte meu mesmo porque não consegui vir de barco, digamos assim de outra empresa, de avião, fiz de tudo para chegar, era para ter chegado quase nove horas da noite e que sai de lá oito e trinta da manhã pra chegar até aqui. Aí você pensa: o paciente que depende de Cruzeiro do Sul ou de Rio Branco, que às vezes não é nem na sede do município, que está lá nas cabeceiras do rio, que da sede do município até lá requer mais distância e apoio também, ele precisa chegar até a sede do município para poder chegar até aqui, quem dirá num barquinho, numa canoa, em cima de um estrado de paxiúba ou de chegar até uma unidade, um hospital para poder pegar uma consulta para poder ser encaminhado. Depende do TFD que leva dois, três dias para poder chegar lá, aí de barco, aí você fica naquele negócio, se vier de barco, se for um barco mais rápido como eu falei vai chegar em doze horas e se for um barco maior vai levar de dois dias a três dias de viagem pra chegar até aqui, aí quando a pessoa recebe o tratamento aqui ou em Rio Branco vem aquilo pra voltar e sempre precisa de um acompanhante pra estar cuidando daquele paciente, então é um negócio muito sério ... No interior a dificuldade é total (Grupo Focal 1).*

Em artigo que analisa os repasses de recursos entre os entes federativos para o financiamento da saúde, Santos e Mendes (2014) sugerem algumas diretrizes para a elaboração de uma proposta de rateio de recursos do governo federal aos estados e municípios, tendo como base os critérios estabelecidos no art. 17 da Lei Complementar 141/2012. Este artigo dispõe que o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde deverá observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Atualmente, entendem os referidos autores, o critério utilizado na transferência de recursos é o demográfico. Define-se um valor por habitante, de acordo com o número de habitantes, cuja referência é o IBGE. Dessa forma, municípios de grande proporção demográfica acabam por receber um valor mais significativo.

Pelo art. 17 da Lei 141/2012 o rateio dos recursos da União para estados e municípios deve observar as necessidades de saúde da população segundo as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde. Assim, entendem Santos e Mendes (2014), deve ser incorporada a noção de distribuição equitativa de recursos, baseada em critérios que considerem as diferentes necessidades de saúde da população. Dessa forma, os autores sugerem uma metodologia para o rateio dos recursos do SUS federal para estados e municípios baseada em um índice geral que envolve três eixos: necessidades de saúde (situação socioeconômica, demográfica,

geográfica e epidemiológica de cada ente), redes de atenção (capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde) e desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde. Cada eixo deve corresponder a um índice de alocação de recursos.

Essa nova forma de repasse de recursos, com respeito à equidade, é ressaltada de forma incisiva nas falas dos secretários municipais de saúde, especialmente no que compete ao rateio dos recursos da União, observando a dimensão espacial, presente no art. 17 da Lei 141/2012. Há o argumento de que a população deve ser analisada de forma mais qualitativa considerando, especialmente, características geográficas particulares dos municípios da região Norte, a exemplo das distâncias e do acesso às populações. Há de se ressaltar, entretanto, que o disposto no art. 17 carece de uma metodologia que defina de forma conclusiva os critérios a serem considerados, apesar da existência, desde 2013, de um Grupo de Trabalho que estuda o tema.

Perante as dificuldades, há o entendimento de que a gestão deve tratar os municípios da região Norte de forma diferenciada, considerando as dificuldades apontadas e vivenciadas pelos trabalhadores do SUS e pelos gestores de saúde:

> *Eles tratam a realidade dos municípios aqui na região Norte como se tratassem lá na região Nordeste, no Centro Oeste. Aqui um agente comunitário de saúde meu ele leva dois dias, três dias a pé e andando na lama para poder chegar no [sic] final do percurso dele. No Nordeste, o cara faz de bicicleta e aqui, numa época, acho que em 2000, 2001, 2002 nós tivemos que comprar até cavalos para os agentes comunitários de saúde fazerem o seu serviço. Aí como é que você vai protocolar, como é que você vai patrimoniar um cavalo? Então, é uma realidade totalmente diferente aqui na região Norte (Grupo Focal 2).*

Essa dificuldade pode ser percebida, inclusive, no processo relacionado aos exames laboratoriais. Os arranjos, muitas vezes necessários, acabam por comprometer todo um trabalho realizado, conforme exemplificado na fala abaixo:

> *Pra chegar um lote de exames pra ser analisados tem que vir de avião. A princípio não dispõe de recursos, aí pega uma carona no avião com uma pessoa que está vindo pra cá e traz. Aí não tem acompanhamento de um profissional, não tem um acondicionamento perfeito e o exame não é analisado porque perdeu, não estava acondicionado de maneira correta e o tempo até chegar não era um tempo hábil (Grupo Focal 2).*

A dificuldade de se alcançar as metas de vacinação também foi ressaltada em uma das falas:

> *Um exemplo de algo que raramente é alcançado é a rotina de vacina. Por que a gente não alcança? Porque é complicado estar buscando a população da zona rural, fazer rotina de vacina é muito complicado. A gente, às vezes, não consegue campanha em todos os municípios, raramente os municípios alcançam... (Grupo Focal 2).*

A preocupação com doenças sazonais, intensificada pela constante circulação de pessoas entre os municípios e entre os países demonstram preocupação aos municípios de fronteira, conforme observamos na fala abaixo:

> *O que tem de peculiaridades é essa fronteira, é esse cidadão que vem de Rio Branco de outros municípios pra Cobija pra fazer compras, ele passa por Epitaciolândia, ele passa por Brasiléia e isso é uma preocupação no caso das doenças sazonais. Tem que ter cuidado com esse viajante que vem, entra no mercado... A gente tem que estar sempre alerta, sempre preocupado com isso aí, vem o caso agora da Dengue, Chikungunya e Zika (Grupo Focal 3).*

O entendimento, portanto, é o de que os municípios possuem realidades diferentes e apresentam oferta de serviços e capacidades fiscal, técnica e administrativa também diferenciadas em relação às outras regiões do país. Essas questões, para Mendes (2005), são importantes para explicitar o grau de tensão entre as três esferas de governo que emergem dessa descentralização com base na municipalização e, simultaneamente, da pretensão que se tem em instituir um sistema nacional de saúde. Além disso, deve ser considerado como elemento integrante dessa tensão o grau de autonomia das esferas locais, especificamente na dimensão da descentralização fiscal[142].

Para Albuquerque, Mello e Iozzi (2011), há grande diversidade socioeconômica e cultura dos Estados, a exemplo da presença de reservas indígenas, população ribeirinha e população migrante. Destacam, ainda, desigualdade no processo de ocupação a partir da presença de áreas mais antigas e outras muito recentes, bem como a extensa faixa de ocupação de fronteira internacional.

5.4.1.2 Mesmos Critérios para Regiões Diferentes

Os gestores que participaram da pesquisa manifestaram seu descontentamento em relação ao modo como o Ministério da Saúde enxerga as diferentes regiões do país. Argumentaram que a região Norte apresenta uma série de peculiaridades se comparada ao

[142] Como elemento integrante das tensões entre os níveis de governo, Mendes (2005) cita o grau de autonomia das esferas locais, especificamente na dimensão da descentralização fiscal. Ressalta que o financiamento é dependente da esfera federal, mas a operação do sistema é, sobretudo, de responsabilidade local, situação que provoca tensões constantes no sistema de saúde.

restante do país, o que justificaria um tratamento diferenciado. O elevado percentual de população rural e de difícil acesso foi o principal argumento utilizado:

> *Temos nossas próprias características, eu tenho 70 a 80% de zona rural, igarapés e rios. Então, o nosso trabalho, pela metodologia do Ministério, dificulta muito nossas metas que a gente tem que pactuar, indicadores... Acredito que se o Ministério focasse independentemente em cada município, em cada regional, seria melhor o trabalho, os resultados dos municípios também seriam muito melhores (Grupo Focal 1).*
>
> *A grande dificuldade que a gente tem, município pequeno, 10.870 habitantes mais ou menos, 70% é zona rural, então eu, enquanto gestora, tenho muita dificuldade de acesso, porque a gente não tem uma estrutura muito grande pra ter acesso à essa população isolada rural, que é uma população muito carente. O Ministério da Saúde tem uma visão em cima dos municípios menores que não é a realidade, essa adequação da nossa realidade fica muito ruim (Grupo Focal 2).*

Nesse aspecto, também foi citado o elevado número de portarias, decretos e sistemas que devem ser cumpridos sem, entretanto, considerarem as particularidades da grande maioria dos municípios do Estado, os quais se defrontam com enormes dificuldades em atingir as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde:

> *Ele cria as portarias, os decretos, os sistemas que, pra gente adequar aqui dentro da nossa realidade, enquanto gestor, fica muito difícil. É pra cumprir as metas, as pactuações, não sei se os colegas passam por essa mesma situação, mas a gente tem essa grande dificuldade, entendeu? Porque quando se criam esses decretos, esses sistemas eles vêm como um todo e, no entanto, no meu ponto de vista, deveria ter uma particularidade em relação à região Norte. Porque eles dão um período de adaptação e, às vezes, a gente depende de barco, não tem veículo para fazer cadastro, recadastramento de famílias, por exemplo (Grupo Focal 2).*

Os gestores dos municípios que integram a Região III (Regional do Juruá/Tarauacá-Envira) foram os mais incisivos em relação a essas dificuldades. Certamente, por se tratarem de municípios que se localizam nas áreas mais isoladas do Estado do Acre, nos quais há dificuldades tanto no transporte terrestre (estradas de difícil tráfego) bem como em acesso às comunidades isoladas, onde para se chegar são necessários dias de viagem e gastos adicionais em infraestrutura.

Para Marques e Mendes (2007), uma importante diferença do Brasil com relação aos países que implantaram a universalização da saúde no pós-guerra foi a permanência de elevado grau de desigualdade, com destaque para a desigualdade existente entre as regiões brasileiras.

> Nos primeiros anos que seguiram à universalização da saúde no texto constitucional, os recursos do Ministério da Saúde (MS) foram alocados com base na produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares, sancionando, portanto, as desigualdades da distribuição da oferta, sabidamente concentrada nas regiões mais ricas do país e nas capitais. A partir de 1997, iniciou-se um processo com vista a uma alocação mais

> eqüitativa dos recursos destinados às ações e serviços da atenção básica tendo como referência o mecanismo de remuneração *per capita* denominado Piso de Atenção Básica (PAB). Para isso definiu- se um valor mínimo (equivalente à média do gasto nacional) e um valor máximo (destinado aos municípios com gasto histórico acima da média nacional). Incentivos financeiros voltados para o desenvolvimento de programas específicos, entre os quais o Programa de Saúde da Família é o mais emblemático, complementavam essa estratégica (MARQUES e MENDES, 2007, p. 46).

Na opinião de Arretche (2003), os municípios podem ter agendas locais em que as prioridades não são as mesmas daquelas estipuladas nacionalmente. Nesse caso, há de se considerar a possibilidade desses municípios construírem uma agenda própria, visto terem controle sobre a execução dos seus serviços. Nesse caso, é estratégico um bom funcionamento de sistemas de avaliação, controle, monitoramento e auditoria, conforme se observa:

> Em sistemas, como o SUS, em que a provisão de serviços é feita com base na delegação, os agentes encarregados da execução - no caso do SUS, os municípios - têm suas próprias agendas, as quais podem diferir das prioridades pactuadas nacionalmente. Como têm controle sobre a execução dos serviços, os agentes podem implementar ações compatíveis com suas próprias preferências. Nestas condições, sistemas de avaliação, controle, auditagem e monitoramento do desempenho dos agentes assumem relevância estratégica (ARRETCHE, 2003, p. 342).

Entretanto, em trabalho de campo que envolveu entrevistas semidirigidas, Albuquerque, Mello e Iozzi (2011) identificaram grandes dificuldades nos estados do Norte em relação ao processo de descentralização da saúde, tendo em vista a falta de capacidade técnica, financeira e política dos municípios em promover a gestão, o financiamento e o planejamento em saúde. Observaram, também, a já relatada falta de autonomia dos municípios, tendo em vista a grande dependência em relação ao governo federal, estadual e das capitais dos estados para poderem levar a efeito políticas e programas de saúde. Nesse aspecto, Viana e Lima (2011) destacam a maneira de agir cooperativa como essencial:

> Na saúde o *modus operandi* cooperativo é fundamental para a otimização do uso de recursos no caso de enfrentamento de problemas de ação coletiva que atingem mais de uma jurisdição (caso das doenças transmissíveis e outros agravos de saúde); o auxílio aos governos menos capacitados ou mais pobres para realizarem determinadas tarefas e melhor integrarem o conjunto de políticas compartilhadas, evitando o jogo de empurra entre os entes; o combate a comportamentos predatórios, que repassam custos de um ente à nação (esse comportamento se expressa, por exemplo, nas dificuldades de atendimento dos pacientes em unidades mais complexas situadas em municípios-pólo); a distribuição de informações sobre fórmulas administrativas bem-sucedidas, incentivando o associativismo intergovernamental (VIANA e LIMA, 2011, p. 16).

O problema do gerenciamento do FMS também foi externalizado pelos gestores. Eles argumentaram que a falta de controle sobre o fundo é um fator negativo para se alcançar os

resultados em saúde preconizados pelo município. A grande maioria dos secretários não gerencia o Fundo.

> *Você que gerencia no município já tem dificuldade e que não gerencia que fica na mão do prefeito, é ele quem define o que vai fazer? (Grupo Focal 2).*

Há, dessa forma, diferenças significativas entre as regiões do Brasil e, para, além disso, entre os próprios municípios. Essas dificuldades, inclusive, acabam por favorecer um modelo no qual a avaliação assume um papel incipiente e cartorial.

5.4.1.3 Instrumentos de Avaliação para Cumprir Exigências

O processo de avaliação em saúde é entendido mais como uma exigência do que propriamente como um instrumento estruturante da política de saúde. Sua utilidade se dá mais na lógica da garantia de recursos do que propriamente enquanto instrumento de gestão, conforme se observa na fala de um dos gestores:

> *Eu vejo assim, os instrumentos de planejamento de avaliação, controle, eles geralmente são falhos, eles são feitos, são elaborados, os secretários, os prefeitos até pagam assessores pra que sejam elaborados tendo em vista que, quando a gente não apresenta, o Ministério corta o recurso, então nós temos que cumprir, mas, na verdade, não tem nem como seguir (Grupo Focal 3).*

Não há, conforme observamos, relevância no processo de avaliação em saúde. Este é visto mais como um instrumento normativo, obrigatório e necessário para que repasses de recursos não sofram restrições do que propriamente como um instrumento estruturante na política de avaliação em saúde. Esse entendimento sobre a avaliação aproxima-se, conforme vimos, dos princípios do modelo neoliberal, no qual a avaliação da saúde geralmente tende a seguir um modelo normativo.

5.4.2 Fragilidades do Processo de Regionalização

5.4.2.1 A Comissão Intergestores Regional (CIR)

Os secretários municipais de saúde reconhecem a CIR como instância importante, porém frágil. A falta de periodicidade das reuniões e de quórum demonstra essa fragilidade.

> *A questão maior da CIR a gente não pode dizer muita coisa, porque ela estava praticamente parada e no ano passado, já na reta final, é que a gente começou a tentar levantar a CIR. Não tá ainda... pra ter uma ideia nós somos 11, só tem seis secretários, porque a gente começou a estruturar o ano passado que ela estava totalmente parada. Então, a CIR não se pode dizer que a CIR está servindo pra isso por enquanto, enquanto não tiver essa estruturação que o secretário venha mesmo participar, que o secretário descubra o seu potencial, o potencial da CIR... (Grupo Focal 2)*

A falta de priorização dessa instância e a falta de conscientização por parte dos prefeitos e de alguns secretários municipais sobre esse instrumento de gestão são citadas como elementos significativos para um cenário de CIRs frágeis e desarticuladas. Inclusive, a grande rotatividade de profissionais é vista como um agravante desse cenário:

> *Aí tem que passar essa consciência para os nossos gestores maiores que são os prefeitos que não veem tanta importância nessas reuniões, acha que é besteira e, no entanto a gente sabe que não é, a gente sabe que é aqui que a gente tem que se fortalecer porque cada um esclarece uma coisa... Gestor é muita rotatividade também e são muitas dúvidas, muitas portarias, a gente tem dúvida: posso pagar isso por aqui? Não posso? A gente tem que ter muita cautela pra mais lá na frente não estar respondendo um processo. Então, a CIR é justamente pra gente estar se fortalecendo e a gente tem que mesmo descobrir esse potencial e colocar à frente mesmo (Grupo Focal 2).*

> *É uma questão, sim, de conscientização do próprio secretário. Tem certos momentos que a gente tem que deixar as questões partidárias, as bandeiras todas, a gente está tratando a saúde da comunidade (Grupo Focal 2).*

Dessa forma, entende-se que deve haver um empoderamento do gestor para que as decisões sejam de fato tomadas no âmbito da CIR, de forma coletiva e não da forma como acontece atualmente na qual os secretários, de forma individual, se dirigem à Secretaria de Estado de Saúde para apresentar suas demandas, fragilizando um processo de regionalização. Há uma manifestação no sentido do fortalecimento da região a partir do empoderamento do gestor na Região de Saúde e de um financiamento regional para que as decisões sejam

tomadas de forma coletiva no âmbito da região e não isoladamente na Secretaria Estadual de Saúde:

> *Existem regiões que não estão fortalecidas, há o desenho, mas não há uma liberdade de trabalho, você tem uma gerência regional, uma coordenação regional, mas eu acho que tinha que funcionar nas regiões os recursos, o empoderamento do gestor da região para tomar as decisões, ser aquela coisa mais imediata quando a gente precisa de ajuda, tanto que os municípios eles se dirigem à capital, não à gestão regional, com raras exceções, então as coisas são realmente decididas lá. Acho que a regional ela tinha que ter a sua liberdade financeira, que ela produzisse, que os recursos viessem pra cá com a gestão na região. Então, eu acho que falta o fortalecimento da região (Grupo Focal 1).*

Há apontamento no sentido da verticalidade de criação dessa instância, o que justificaria a sua fragilidade:

> *Na verdade, as CIRs elas não disseram por que vieram, é vindo de cima pra baixo (Grupo Focal 3).*

Outras justificativas apontadas nesse processo de fragilização das regiões em saúde referem-se novamente ao problema das distâncias e das dificuldades de locomoção:

> *As distâncias fazem com que as regiões não funcionem bem (Grupo Focal 1).*

> *Acontece que os municípios deixam de ir às reuniões. Para quê vai se largar daqui numa estrada dessa, complicada, o município não pode mais pagar diárias, está tudo suspenso (Grupo Focal 3).*

A falta de empoderamento dos gestores no âmbito das regionais foi vista como um importante fator que contribui nesse processo de fragilidade. Nas conversas percebemos que os gestores, mesmo sabendo do potencial da CIR, a enxergam como um espaço cartorial, necessário para referendar decisões já pactuadas e para que políticas sejam aprovadas viabilizando recursos, sem serem, de fato, dialogadas e discutidas:

> *Quando diz que tem que ser aprovado pela CIR senão não passa em tal Estado, aí a gente: olha tem que aprovar isso aqui porque se não aprovar a gente não recebe tal recurso ou isso ou aquilo, mas, na verdade, a reunião da CIR, tem a reunião, a gente vai discutir o que mesmo hein? A gente pode até discutir entre nós, porque a gente quer se ajudar, tem aquela coisa, a gente discute a minha experiência, a experiência dele pra mim, como é que nós vamos fazer, da dengue, por exemplo, a gente vai até reunir e tal, mas de CIR mesmo não tem o que decidir (Grupo Focal 3).*

> *A pauta também já é direcionada de documentos que são produzidos, da SESACRE, de documentos que se manda de algum município, promove alguma coisa, não tem um tema assim exclusivo (Grupo Focal 3).*

Observamos o reconhecimento da CIR enquanto instância que promove o fortalecimento da política de regionalização em saúde. Entretanto, atualmente, essa instância

tem sido um espaço vazio, com pouca participação dos secretários municipais de saúde, não sendo o local onde há pactuações importantes no âmbito da região. Funciona mais como um espaço formalmente criado e necessário para pactuar decisões já tomadas. As decisões ainda são tomadas de forma individual pelos secretários municipais de saúde.

Em comentário sobre as CIRs no âmbito do Estado do Acre, Rodrigues, Santos e Pereira (2014) identificam a falta de reuniões ordinárias o que, para eles, pode sinalizar fragilidade dos pactos cooperativos entre as regiões de saúde e enfraquecimento das políticas de saúde concernentes à necessidade da população. Destacam, ainda, que as reuniões acontecem apenas quando há a necessidade de pactuação envolvendo os municípios. A alegação, sustentam os autores, é o longo tempo das reuniões e a necessidade de tomada de decisão rápida. Essas impressões externalizadas pelos autores foram confirmadas pelos secretários municipais de saúde quando observamos suas falas, acrescidas de outros aspectos já comentados.

5.4.2.2 Dificuldades para a Pactuação do COAP

A grande maioria dos secretários municipais que participaram dos grupos focais entende que os municípios não têm condições de pactuarem o COAP. As razões são diversas. Há aqueles que acreditam que primeiro se deveria organizar melhor as redes para depois dar o passo seguinte rumo ao COAP:

> *Nós não podemos fazer o COAP agora porque nós não conseguimos nem organizar as redes (Grupo Focal 1).*

Outros, por sua vez, entendem que não há, nesse momento, condições para os municípios, com a estrutura atual, cumprirem as metas estipuladas pelo COAP. Estão certos de que serão punidos, pois não terão condições de cumprir as diversas metas constantes no Contrato.

> *Eu vou ter que assinar o Contrato dizendo que vou realizar aquilo, que vou chegar naquela meta e se eu não chegar? Eu tenho quase certeza que algumas metas eu não consigo. Não tem condições, eu vou estar sendo responsabilizado, o município vai estar sendo responsabilizado por uma coisa que ele não tem condições de fazer (Grupo Focal 1).*

Para poderem cumprir as metas estipulas pelo COAP, há o entendimento sobre a necessidade de recursos. Há, portanto, dificuldades decorrentes da falta de condições financeiras para alcançar as metas a serem pactuadas.

> *Porque se a gente fizer um contrato, como é que vai contratualizar se não tem dinheiro para aquilo? Tudo é incentivo, o SUS não nos dá nada, ele nos dá incentivo. Os municípios não arrecadam, ninguém tem dinheiro (Grupo Focal 1).*

Há o questionamento, inclusive, de que não houve uma consulta aos municípios sobre a condição destes em pactuar o COAP, sendo um processo vertical no qual o município será mais punido do que beneficiado.

> *Muitas coisas foram empurradas "goela abaixo" para o município, sem a gente ter participação na elaboração e condição de assumir tudo isso (Grupo Focal 2).*

> *Acho que o COAP, não é o momento de iniciar com o COAP, eu acho que os gestores quase todos não têm o conhecimento devido do COAP. Eu mesmo não tenho, já li, mas ainda não aprofundei, tem que ter um estudo, tem que fazer uma sala de estudo pra gente ver se o município vai ser beneficiado ou se ele vai ser punido. Parece que ele é mais punido, então ele pune mais, a gente assina uma carta pra ir preso, porque nós já temos leis pesadas, lei de licitação, é a 101, é a 141, e a gente tem que cumprir com tudo isso e você ainda assina um negócio desse daí, está morto, as dificuldades são muitas. Eu acho que não é o momento não, teria que esperar mais, teria que trabalhar mais (Grupo Focal 3).*

Previsto no Decreto n°. 7.508, de junho de 2001, o COAP se afirma como um espaço de negociação interfederativa regional. Entretanto, para Santos e Campos (2015), há a necessidade de que o Contrato não seja deturpado no sentido de se transformar em um documento de adesão, que nasce pronto em apenas uma esfera de governo.

Essas dificuldades relatadas acabam por tornar a pactuação do COAP, na opinião dos secretários, um horizonte distante e incerto. Para Santos e Campos (2015), o ordenamento político-jurídico brasileiro dificulta a construção da região e sua governança. Destacam a necessidade de se buscar soluções para a região de saúde, as quais envolvem aspectos administrativos e sanitários. Lembram, ainda, que o processo de municipalização rompeu com o centralismo na saúde, porém foi um processo competitivo e pouco solidário.

5.4.2.3 O Financiamento da Saúde

Problemas dos mais diversos decorrentes da falta de recursos foram apontados pelos secretários municipais ouvidos. Inclusive, a falta de recursos para participar de reuniões e oficinais consideradas importantes:

> *O Estado convoca e aí às vezes alguém pensa que até é falta de vontade, mas, assim, a gente tem que agendar a passagem uma semana antes de avião, senão não vem, ou de barco, aí você chega aqui, digamos, leva muito tempo, tem que estar dependendo de estadia, de alimentação e não tem recursos financeiros para estar pagando diárias diretamente para essas pessoas. Então, o que eu vejo, fico triste que, às vezes, são reuniões importantes, são oficinas importantes, são encontros importantes e o nosso povo fica perdendo por questões financeiras, mesmo porque nós não temos uma cota de recursos pra questão do transporte (Grupo Focal 1).*

Há problemas decorrentes da falta de equipamentos e de recursos para atender as populações situadas nas regiões mais isoladas dos municípios, conforme percebemos na fala de um dos gestores:

> *Alguém que está morrendo no ramal, por exemplo, que já aconteceu, eu fiquei de coração partido, mas eu não tinha um quadricículo. Solicitei à política militar, estava quebrado... O que acontece, pega o pessoal, coloca na rede, no pauzinho lá na rede e sai na mata afora, andando, quando não é, coloca na carroça com bois e sai puxando por dois dias, um dia inteiro, pra poder chegar a uma via que tem asfalto, pegar uma carona para poder fazer o atendimento... (Grupo Focal 1).*

Por outro lado, há situações em que recursos são disponibilizados, porém, acabam por serem direcionados para atividades diversas das emergenciais. O exemplo é dado por um secretário ao afirmar a disponibilização de recursos via emenda parlamentar para o município, os quais podem ser alocados nas mais diversas áreas. Entretanto, não podem ser utilizados para a compra de medicamentos, o que, na opinião deste, dificulta ou mesmo inviabiliza as atividades:

> *Eu estou vivendo uma situação hoje, uma situação atípica, talvez seja até surpresa aqui para os colegas: mas nós recebemos agora incrementos que chegam a passar de meio milhão, incremento na atenção básica, agora eu tenho dinheiro para fazer tudo na atenção básica, mas como é, eu tenho dinheiro para comprar combustível, pra comprar alimentação, pra levar o profissional até a comunidade, mas eu não posso utilizar desse recurso para comprar o medicamento que é um dos fatores fundamentais. Se eu chegar com médico na comunidade sem o medicamento de que vai me adiantar... (Grupo Focal 1).*

Outra questão citada foi a falta de segurança no repasse dos recursos, ou seja, repasses que estavam programados deixam de ser repassados, comprometendo toda a agenda de atividades do município e trazendo fragilidades para a gestão:

> *Essa falta de segurança que nos traz, que nos leva a segurar um pouco quanto a nossa pactuação... Espera aí...vou pactuar hoje, hoje que tem o dinheiro, e amanhã? A população tem que ser assistida, é um processo contínuo, a pessoa não vai adoecer até esse dinheiro acabar e se esse dinheiro acabar vai ter mais, vai entender? Então, a cobrança em cima da gestão vai continuar, vai até duplicar porque a população acostumou com o fluxo, eles vão até o ponto, modificou, vai levar aí dois meses para eles se adaptarem com fluxo, mas vão se adaptar, e, aí, depois? Vai dar continuidade a esse processo? (Grupo Focal 2).*
>
> *O governo só cobra o repasse dele. Eu estou desde junho sem receber o repasse, desde junho sem receber um centavo pra assistência farmacêutica... Já sentei, já discuti com eles, estou esperando agora (Grupo Focal 2).*
>
> *Se o Estado recebe mensalmente, por que que ele tem que repassar de quatro em quatro meses para o município? Tá errado, não é verdade...sabe por quê? Porque vira uma bola de neve, igual lá atrás... Ele faz o primeiro repasse e o segundo e o terceiro não faz... aí volta todo o fluxo de novo de termos os mesmos problemas, dos exames serem suspensos. Então, já prevendo isso, a gente não pode aceitar a questão de o Estado fazer esse repasse de quatro em quatro meses porque senão vai sobrar pra nós pequenos, lá da ponta (Grupo Focal 2).*

O atendimento de pessoas de outros municípios ou mesmo de outros países (Peru e Bolívia) também foi lembrado, o que acarreta um aumento na quantidade de pessoas atendidas sem o necessário acréscimo no volume de recursos repassados pelo Ministério da Saúde, visto que os recursos são recebidos tendo como referência os dados do IBGE:

> *Nós temos hoje no censo do IBGE 8.400 e poucas, 8.464 pessoas pelo último censo do IBGE. Nós tratamos mais de quatorze mil, então nós recebemos o mesmo percentual para acolher um público totalmente diferente. E a população não entende quando falta um paracetamol... a medicação do hipertenso e do diabético, não quer nem saber, sem falar dos compromissos que a gente assume que não estão dentro do piso da atenção básica, que não estão dentro da atenção básica (Grupo Focal 2).*
>
> *Porque muita gente de outro país vem pra cá e consegue com facilidade algum documento e vamos dizer assim, já se torna brasileiro e já tem atendimento, já assume, assim, até tratamento fora do município. Ela se vê no direito que eu tenho, já tem CPF, já tem direito a usar essas questões do SUS, então o atendimento aumenta e o recurso é pouco (Grupo Focal 3).*
>
> *Vem o cidadão da Bolívia, pode vir cidadão do Peru, o Haitiano que passa, todo mundo é atendido aqui e ele quer remédio e ele quer medicamento e ele quer ser atendido... Então, essa parte do financiamento totalmente precário, totalmente, o Ministério da Saúde não olha pra isso daí, ou o Estado não faz nada pra que aconteça alguma coisa, não tem contrapartida estadual em momento algum, de recurso financeiro, é tudo defasado e tudo mínimo, existe a bipartite que é insuficiente (Grupo Focal 3).*

Há a crítica em relação aos repasses tendo como parâmetro o censo do IBGE, a partir do entendimento de que regiões de fronteira atendem muitas pessoas de outros países e que a população localizada em um município, devido à distância, acaba por acessar o sistema de

saúde do município vizinho, superlotando as unidades de saúde deste. Essas questões não são consideradas na hora do repasse dos recursos para os gestores.

> *A Bolívia também entra no nosso sistema público de saúde... Então, o povo da Bolívia a gente atende nas nossas unidades básicas de saúde e que não está na estatística do Ministério... (Grupo Focal 2).*

A essas dificuldades acresce-se o fato de estarmos vivendo períodos de crises, os quais afetam o repasse de recursos e, consequentemente, têm reflexos negativos para a população.

Nesse cenário de dificuldades, aliamo-nos a alguns questionamentos elaborados por Santos e Campos (2015). Os autores ressaltam a problemática de planejar serviços para municípios vizinhos quando esses municípios atuam no interesse estritamente local. Além disso, há o problema de como resolver impasses locais referentes à contratação de pessoal na e para a região, os quais envolvem questões salariais, carreira e limites de gasto com pessoal, bem como a falta de escala em compras e na organização e suporte de serviços de maior densidade tecnológica. Além disso, há a dificuldade de se gerenciar atribuições executivas solidárias, além da necessidade de se considerar o processo de judicialização da saúde, o que torna vulnerável a já difícil organização sistêmica do SUS.

Observamos, portanto, o desafio de se pensar de forma regional. Isso, entretanto, não é tarefa impossível, conforme demonstram Santos e Campos (2015), ao entenderem que a partir da edição do Decreto 7.508, de junho de 2011,[143] houve a definição da região de saúde e das comissões intergestores e a disposição sobre o COAP como um instrumento jurídico-institucional, de caráter regional. Entretanto, conforme o relato dos gestores, percebemos desafios quanto ao funcionamento adequado desta instância e deste instrumento de gestão.

5.4.2.4 Indicadores Financeiros

Perguntados sobre os resultados da análise estatística, os secretários manifestaram opiniões referentes à correlação entre o indicador financeiro “despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município” não se correlacionar aos indicadores municipais de saúde. O debate se concentrou sobre a gestão dos recursos. Algumas das

[143] Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

justificativas para os resultados estatísticos encontrados se direcionam novamente para a falta de uma política que considere as particularidades dos municípios, conforme verificamos na fala abaixo:

> *Hoje, nós estamos tendo 500 casos de malária/mês, entendeu? Então, hoje, nós estamos sem nenhum profissional de vigilância em saúde, de combate às endemias, tendo em vista que o Tribunal de Contas travou o concurso pra combater a malária no município. Então, tem que conhecer as diferenças de cada município. É injusto um município que tem 50 casos de malária receba o mesmo financiamento que o município que tem 500 casos de malária/mês. Acho que não é só financiar, tem que conhecer o município, conhecer a região, saber para onde é que eles estão mandando dinheiro e como vai ser trabalhado esse recurso (Grupo Focal 1).*

Outra questão referenciada foi a crise econômica atual, a qual estaria contribuindo para as dificuldades financeiras:

> *Por mais que a atenção básica melhore, nós estamos falando de unidade básica de saúde, você trabalha sem saneamento básico, sem água tratada, sem rede de esgoto, então, a gente está oferecendo consulta médica na unidade básica de saúde, então você diz pra pessoa: olha tome água limpa, não dê água suja para os meninos, mas ai ela diz: quando eu tenho água eu não tenho gás e por aí vai. Não posso nem ferver uma água à base de hipoclorito. Vamos viver pelo resto da vida, dando hipoclorito para as pessoas? Então eu acho que o caminho, o desenho é muito bom, na prática ele não funciona e, nos últimos dois anos, eu, de minha parte, sinto uma diminuição de tudo isso, a gente não tem avançado, porque os recursos financeiros destinados ao Sul do Brasil são os mesmos que estão aqui, então não é suficiente, não querendo ser muito pessimista (Grupo Focal 1).*
>
> *O SUS está falindo. Aquilo que eu falei anteriormente: a gente leva mais uns 10 anos pra poder se organizar enquanto região, enquanto avanço porque quando a gente está até aprumadinho [sic] vem uma crise econômica. Aí esse ano... tivemos muito atrás de recurso, mesmo aquele recursozinho que vem atrasado, passa dois meses, então acho que, no mínimo 10 anos pra poder consolidar (Grupo Focal 1).*

Conforme destacamos no Capítulo 1, com base nos argumentos de Mendes (2015a), a saída mais imediata adotada para o enfrentamento da crise e com menor resistência junto às classes dominantes refere-se à adoção de políticas macroeconômicas que provocam a redução dos gastos públicos relacionados aos direitos sociais, incluso o direito à saúde.

5.4.3 Modelo de Atenção Básica

5.4.3.1 A Atenção Básica vista como Ambulatório

> *Nós temos, também, que analisar o que é saúde, a saúde não é só o cuidado, a cura, o que é que é saúde? A gente está muito avançado, estamos atendendo 50 pessoas em caso de dengue. Estamos atendendo, mas saúde realmente é só atender? É só curar? Cadê a promoção? Cadê a educação em saúde? Isso é saúde, isso é o cartão postal da atenção básica (Grupo Focal 2).*

Pela fala do gestor percebemos um entendimento sobre a finalidade da atenção básica, na qual a prevenção assume um papel importante. Entretanto, por entenderem a promoção e prevenção da saúde como essenciais, os gestores entendem que a atenção básica vem perdendo a sua característica e se tornando mais próxima a um modelo caracterizado como ambulatorial:

> *Nós temos a qualidade de vida? Como é que nós trabalhamos a questão de prevenção? Como é que está a nossa educação em saúde? A atenção básica não é ambulatório, hoje a atenção básica é vista como ambulatorial. Então, eu penso muito em relação à qualidade de vida. No NAS estão trabalhando com fisioterapeuta? Com prevenção, com educação e postura? O educador físico está fazendo as atividades físicas e incentivando o hábito, o alimento saudável? Isso é saúde! (Grupo Focal 2).*

> *Porque, assim, acho que a atenção básica fugiu do papel principal dela, que era a prevenção. Hoje nós estamos consultando só dentro de uma unidade. E cada vez mais jogando as coisas pra cima da gente pra poder realizar. Se a gente conseguir voltar de novo e só fazer a parte da prevenção dentro da atenção básica, a gente vai parar com vários tipos de doença, mas como a gente vai fazer prevenção se a gente tem que estar com o médico lá dentro da unidade atendendo todos os dias, fazendo todo o tipo de atendimento? A gente não vai conseguir (Grupo Focal 2).*

Essa necessidade do médico estar presente na unidade de saúde segue os anseios de uma população que percebe o médico como o único profissional que irá resolver seus problemas de saúde.

> *A maior dificuldade que eu acho na gestão é mexer com os próprios profissionais e a questão da própria população entender a rotina da unidade de saúde, a questão da atenção básica, porque, como eu falei, a própria população ela não quer nem saber, ela quer que tenha médico na unidade de saúde, ela quer que o enfermeiro esteja lá. Mas ela esquece a situação de trabalho que é realizada na atenção básica, das visitas, das campanhas, dos acompanhamentos, das doenças crônicas, entendeu? Eu acho que a maior dificuldade mesmo é a situação dos profissionais, até a situação do próprio atendimento (Grupo Focal 2).*

> *E isso está difícil porque a comunidade já aprendeu que a unidade de saúde, aqui tá unidade de saúde da família, só que o ideal era estar de casa em casa, e é o contrário, a família é que vem pra dentro da unidade. Isso é o que está acontecendo hoje e, cada dia,, aumentando mais. Enquanto não houver a consciência de todo mundo de que as unidades de saúde da família têm que ir até as famílias, até as casas para a prevenção como era antigamente, antes, a gente não vai mudar esse ciclo. As nossas unidades vão estar, que já estão com atendimento maior que um hospital... E, no dia que falta um médico, você tem a maior confusão, que o ideal era estar só um enfermeiro dando palestra, então você vai ter que ver onde mudar e isso nós não vamos conseguir tão cedo, por causa do que já aconteceu com a comunidade, porque o médico tem que estar lá, se não tiver ele vai três, quatro vezes, não passou um remédio que ele queria, ele já vai, não termina de tomar o remédio... Uma grande dificuldade que temos é a parte da medicação, você compra uma medicação e chega lá e o paciente, você fica olhando, ele sai com aquela cestinha da bicicleta lotada de remédio que nem vai tomar e aí é um remédio que foi desperdiçado, não vai ter para atender a outra pessoa que precisa. Então, é muito complexo, muito difícil, sem contar que o secretário não gerencia o seu recurso (Grupo Focal 2).*

Observamos a afirmação de que a população já está acostumada ao consumo de medicamentos e a unidade de saúde, nesse processo, acaba por desviar de sua finalidade principal e se adaptar a esse padrão de consumo. Medicamentos consumidos sem necessidade pela população aliado à falta de gerenciamento do fundo público por parte do secretário municipal de saúde acabam por agravar ainda mais esse cenário. Nesse processo, o programa Saúde da Família também sofre interferências:

> *Descaracterizou totalmente a Saúde da Família no Brasil, descaracterizou, ela passou a ser um ambulatório, porque onde tem todos os profissionais é um ambulatório, fila da vacina, fila do curativo, a pré-consulta, do teste rápido... (Grupo Focal 3).*

Há, inclusive, uma questão legal:

> *Legalmente, a gente tem que esperar uma questão judicial pra poder comprar, porque, legalmente, você não pode comprar fora da atenção básica (Grupo Focal 3).*

Conforme nos alerta Martins (2003), cresce o temor de que as vidas das pessoas valem pouco diante de uma medicina preocupada com a produção de medicamentos e equipamentos com a finalidade principal de ganho econômico.

5.4.3.2 Responsabilidades dos Municípios

No atual processo de desenvolvimento do SUS ocorre intensa descentralização das responsabilidades de gestão e dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, tendo em vista a necessidade de reorganização do modelo assistencial do Sistema e da

garantia da integralidade do atendimento, no qual o município passa a ser o principal executor. Esse processo traz, de um lado, a possibilidade de garantir maior controle e fiscalização do dispêndio de recursos para a política de saúde, mas, por outro lado, os municípios acabam sendo mais cobrados na execução de seus serviços e ações, tanto pela comunidade como pelo governo federal, tendo em vista que é o Ministério da Saúde a instância que responde pela coordenação do sistema nacional e que dispõe da maior parte do financiamento das ações e dos serviços do SUS (MENDES, 2005).

Os secretários municipais de saúde relataram que os municípios, não raro, acabam assumindo funções que extrapolam o previsto legalmente como sendo de sua competência. Há críticas relacionadas ao fato do governo do Estado, em algumas situações, não cumprir com o seu papel no nível de complexidade a ele correspondente e, em função disso, os municípios acabarem por assumir funções que vão além de sua competência, conforme verificamos:

> *Nos últimos anos, se você prestar atenção, todas as portarias, tudo que vem do Ministério e vem do Estado, mas tudo de saúde quem tá fazendo é o Município, dentro da alta complexidade à média. Eu tenho ultrassom, eu tenho que colocar o ginecologista, porque no Hospital não tem, tenho que dar um jeito num eletrocardiograma, tenho que dar um jeito na ultrassom, então o que eu tenho que gastar aqui eu tenho que dar um jeito de gastar na alta aqui e me virar pra poder atender, senão quem tá na lá ponta é que sofre. Se você não faz, o cara tá lá no Ministério Público, o promotor tá em cima, você tem que fazer, o Estado tá aqui, tá lá em cima, então, quem tá lá na ponta é que se vire. O promotor não quer saber de quem é, ele quer saber de que a Secretaria Municipal de Saúde tem que dar um jeito. Então, o recurso que vem pra cá você tem que desdobrar e tentar resolver e tentar trazer outras ações pra atender. Vamos supor, no meu município, eu trago segunda, quarta e sexta uma equipe , faz o TFD, no mínimo é 70 pessoas que eu trago pra cá, tudo custeado pelo município, que é a responsabilidade do Estado. Que não tem o atendimento lá tem que trazer pra cá... (Grupo Focal 2).*
>
> *E você tem uma demanda de 40 pessoas se abriu o sistema uma vez no mês que te oferecem duas vagas. Aí o povo que vai lá que deixa a receitinha, a consulta, a solicitação dele lá aí quando ele volta, depois do dia 20 ele olha, só abriu duas vagas, mas ele diz: isso não é possível? Quem pega é a gente que está lá. É o povo que marca lá, mas como é que pode, duas vagas, daí é daqui a dois meses, três meses, seis meses... (Grupo Focal 2).*

Outra crítica é a de que, apesar do modelo de atenção básica ser teoricamente muito bem formulado, na prática, há uma série de variáveis que não estão sendo consideradas por seus formuladores, a exemplo, novamente, das particularidades dos municípios da região Norte, especialmente no que compete à falta de estrutura para se chegar às comunidades distantes:

> *Acho que esse modelo da atenção básica hoje está colocado para o Brasil, em teoria ele é quase perfeito, mas, na prática, ele machuca muito aqui a nossa região. Por exemplo, eu, no meu município, eu não consigo fazer o atendimento, por exemplo, de pré-natal para as mulheres de nosso município, tendo em vista que eu*

> *levo dois dias e uma estrutura enorme para chegar na última comunidade que é fronteira com o Peru e as mulheres dessas comunidades elas não têm condições. Eu, no máximo, vou para essas comunidades com equipe completa no máximo três vezes no ano e aí essas mulheres não vão conseguir chegar à unidade básica de saúde de dois em dois meses, por exemplo (Grupo Focal 1).*

Essas dificuldades citadas, aliadas ao entendimento de que o município acaba por ter de assumir serviços para além da atenção básica estariam favorecendo o processo de fragilidade desse nível de atenção o qual, inclusive, foi expresso e confirmado por grande parte dos entrevistados.

5.4.3.3 Referência e Contra Referência

No processo de construção da regionalização da saúde há a necessidade de se criar e implantar instrumentos e mecanismos mínimos que promovam a articulação e a garantia da assistência entre os serviços de saúde dos distintos níveis de complexidade num processo dinâmico e flexível. Para elaboração do PDR, a SESACRE realizou um diagnóstico em relação à capacidade de oferta dos municípios, o qual apontou graves problemas na organização da atenção básica e grande carência de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de referência em vários municípios candidatos à sede de módulo assistencial (ACRE, 2003).

Considerando essas questões, foi debatido junto aos secretários municipais, no âmbito das regionais, o processo de referência e contra referência. Entre os comentários, está o fato de que, apesar dos avanços na estrutura física, ainda há dificuldades em termos de referência e contra referência, conforme verificamos:

> *O que melhorou na saúde foi muito a estrutura física, tanto nos municípios quanto no Estado, mas a relação na referência, na contra referência não mudou nada, não melhoramos quase nada... E aquilo que eu falei no PDR, enquanto nós não tivermos uma política pública em que sente todo mundo, independente de questões partidárias, sejam relações institucionais, nós não vamos chegar a lugar nenhum. Eu vejo avanços no sentido de que hoje o Acre tem Hospital do Câncer, o Acre oferece transplante, o Acre gerencia hemodiálise, que eram coisas que antes a pessoa viajava para fora do Estado. Isso tudo eu acho que foram avanços, entretanto, está dando os passos maiores do que as pernas: primeiro a gente tinha que se organizar aqui, organizar as redes, organizar referência, contra referência, sabe, ouvidoria, reguladoria [sic], pra depois a gente avançar tanto em saúde de altíssima complexidade. Então eu acho que se avançou, mas cada um cuidando do seu, não naquela coisa de um ajudar o outro, um amparar o outro. Primeiro arrumar a casa pra depois entender (Grupo Focal 1).*

Para Santos e Campos (2015), é indiscutível a relevância da regionalização para sistematizar e dar resolutividade às redes de atenção à saúde, com a região de saúde assumindo um papel central na integração das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos. A questão que se coloca, entretanto, é como proporcionar unidade regional equitativa quando há uma soma articulada de individualidades municipais não simétricas. Para responder a esta questão, os referidos autores destacam a necessária constituição de uma instância unificada de gestão e de planejamento regional, com comando único regional e controle colegiado de municípios, Estados e União.

5.4.3.4 Fragmentação de Programas

Nos primeiros capítulos deste estudo destacamos que a atual de crise do capitalismo contemporâneo impacta a saúde pública e, por conseguinte, o processo de avaliação em saúde. Nesse cenário, a avaliação acaba por ser realizada a partir das diretrizes do capital, em uma lógica movida pelo utilitarismo e pelo produtivismo, no qual a saúde de uma população envolve mais aspectos relacionados ao consumo de serviços médico-hospitalares e de medicamentos do que propriamente de tecnologias leves e relacionadas à promoção e à prevenção, as quais estão inseridas no nível da atenção básica.

Observamos, nas conversas realizadas, que a população já internalizou, de certa forma, essa visão, pois requer que a própria atenção básica ofereça uma estrutura na qual comporte médicos e equipamentos em uma lógica que ultrapassa a sua finalidade e se aproxima de tecnologias mais pesadas alinhadas à média e à alta complexidade.

Esse processo, já discutido em momentos anteriores, traz, também, como um elemento importante, a fragmentação de ações, programas e serviços. Essa fragmentação foi percebida por parte dos gestores que participaram da pesquisa, conforme observamos na fala abaixo:

> *Então, é o Estado, o Estado que eu digo como um todo pode ser o Ministério da Saúde, o governo, o Estado eles dificultam nossa ação, se nós temos uma unidade da saúde da família sempre composta por um médico, um técnico de enfermagem e um enfermeiro e seis agentes comunitários, hoje em uma unidade da saúde da família tem que ter três enfermeiros, não sei quantos técnicos, porque um é só pra vacina, o outro é pra curativo, o outro é só pra isso, quando a estratégia e saúde da família não preconiza isso (Grupo Focal 3).*

Percebemos, portanto, que esse processo de fragmentação das ações e dos serviços de saúde, típica de um modelo onde o capital impera, tem reflexos também na gestão da saúde no Estado do Acre. Conforme nos esclarecem Santos e Campos (2015), há fragmentação da saúde pública quando observamos a ampliação de programas locais, cada um direcionado a um tipo de risco ou enfermidade.

Dessa forma, um dos grandes desafios que se apresenta e que deve ser enfrentado pelo SUS é o de superar a fragmentação pela constituição de um modelo voltado para a integralidade, buscando superar a separação entre as ações de promoção e de prevenção das relacionadas ao atendimento médico.

5.4.4 Papel do Governo do Estado

5.4.4.1 A Cobrança pela Gestão Estadual

O papel desempenhado pela gestão estadual foi um dos temas abordados na conversa com os gestores estaduais. Dentre os pontos positivos e negativos relacionados ao papel desempenhado pela gestão estadual, enquanto instância coordenadora dos processos técnicos e políticos, os secretários municipais de saúde, em sua grande maioria, destacaram a excessiva cobrança feita pela gestão estadual às secretarias municipais quanto às metas a serem atingidas, pactuações e responsabilidades.

> *Todos os nossos técnicos são pouco capacitados pelo Estado, a gente tem poucos técnicos que têm que fazer tudo, então, a gente não tem um ideal de se ter um grupo, ou um núcleo de monitoramento em avaliação, que seria interessante que nós conseguíssemos isso, mas a gente não tem nem técnicos pra isso, muito menos capacitados. O Estado, ele coloca o monitoramento e avaliação dele apenas numa planilha que ele faz de quatro em quatro meses e apresenta lá, que é quadrimestral, apresenta, e a única coisa que diz pra gente é: está ruim aqui, está ruim aqui, que monitoramento e avaliação é esse e coloca do lado assim: "observação", o município não fez isso, o município se recusa a fazer isso... (Grupo Focal 3).*

> *Coage... né, a questão do município porque a gente chega lá e: vocês têm que cumprir isso, vocês têm que fazer isso, vocês têm que se adequar a isso então, quer dizer, é muita exigência e a gente não tem essa condição de cumprir, às vezes, a exigência do Estado, entendeu? e então, a minha visão como gestora realmente é a grande dificuldade de a gente se adequar a essa realidade do Ministério da Saúde (Grupo Focal 2).*

> *Aí eu vejo assim, parece que depende muito do gestor do Estado, não é aquela coisa bem tripartite, há determinados momentos em que a gente é bastante apoiado, mas há momento que não. O Estado acaba que te cobra de forma bem incisiva quanto a indicadores, quanto à produtividade, às vezes, eles não sabem. Eles até conhecem, entendem a dificuldade em ter acesso a esse tipo de informação, em ter acesso à população, mas acaba que por serem cobrados pelo Ministério eles repassam essa cobrança e acabam que, de forma agressiva, nós ficamos coagidos, são portarias e mais portarias com ameaças, que vai cortar recursos, se não fizer vai ficar sem dinheiro e, aí, a gente trabalha com um pessoal pouco qualificado, a rotatividade também é um grande problema, então, assim, há um subsídio, há um apoio institucional ainda inferior com relação ao que se cobra. Se cobra muito, se quer muito (Grupo Focal 1).*

A falta de recursos aliada à cobrança realizada pela gestão estadual tem proporcionado aos gestores municipais uma série de desafios, sejam relacionados à realização de exames, ou mesmo no combate às epidemias.

> *O que vai adiantar eu como município pactuar uma coisa e eu dizer pra comunidade que todo o dia eu vou recolher 40 exames de 40 pessoas que chega lá na unidade do Hospital e ele não me dar o resultado? Eles só transferiram responsabilidade... (Grupo Focal 2)*
>
> *Eles cobram muito, nós é que somos responsáveis, quando o recurso é mínimo não temos apoio do governo do Estado, as prefeituras estão passando por crises e os secretários têm que dar conta do mosquito, o secretário tem que dar conta de tudo sozinho (Grupo Focal 3).*
>
> *O Estado está deixando muito a desejar com relação ao papel dele. Você vê que, por exemplo, a gente tá discutindo a questão dos exames da atenção básica, há sete meses estão suspensos os exames da atenção básica. Como que ficam essas grávidas? Voando pra lá e pra cá e nós da atenção básica, como é que a gente explica isso pra população, entendeu? Não tem como explicar, o povo não vai entender que o Estado é que não está repassando para o município, né? Então, é assim: é muita falha nesse nosso desejo do nosso SUS, entendeu? Muitas falhas mesmo que impedem a gente de caminhar, infelizmente... (Grupo Focal 2).*

Essas questões nos trazem novamente à discussão de como pensar formas de se fazer avaliação que superem essas dificuldades.

5.4.4.2 O Apoio Técnico e Político dos Gestores do SUS

Para o sucesso da implantação da política de saúde estadual, entende Klein (2010, p. 150), torna-se necessário ao gestor a capacidade de negociação política, a qual faz parte do "processo de descentralização de serviços bem como a implementação da política de saúde,

implicando em relações intergovernamentais no processo federativo que envolve diferentes atores políticos e distintos interesses".

Nos grupos focais, vemos o entendimento sobre a importância do governo do Estado em identificar as dificuldades e fragilidades dos municípios, mas, para, além disso, os gestores também observam que deveria haver um maior apoio técnico por parte de alguns setores da Secretaria Estadual:

> *Falta alguém nos nossos municípios para estar ali com a gente. É fácil dizer o que você não tá fazendo, sua cobertura vacinal, olha você tem que acompanhar, tem que fazer isso, tem que chegar na linha do azul, do preto, você está no vermelho. Mas como traçar essas estratégias sem recursos, sem condições? Eu preciso de um técnico e, às vezes, os nossos municípios não têm isso. No meu município, por exemplo, falta alguém que tenha condições de, tenha acúmulo de conhecimento que diga, olha, temos que fazer desse jeito, não que no nosso não tenha alguém que não pense, mas é alguém para dar apoio técnico né? Um suporte para que eu possa desenvolver as ações com a melhor qualidade (Grupo Focal 1).*
>
> *Então, falta pelo Estado uma permanência de um grupo de pessoas ali para nos ajudar, de estar conosco, conhecendo a realidade, vendo a situação, acho que existe mais pontos negativos do que positivos, sem querer ser pessimista. Tenho que reconhecer que algumas coordenações vêm para ajudar, para dar ideias, mas a sua grande maioria é muito superficial (Grupo Focal 1).*

Há o reconhecimento, entretanto, das limitações do próprio governo do Estado, inclusive relacionadas à autonomia:

> *O Estado também tem muitas limitações e muitas dificuldades porque o Estado também depende da esfera federal, então é uma cascata, se não funciona bem lá em cima, não funciona bem aqui no meio e nós que estamos lá na ponta, pior ainda. Então, essas parcerias até são estabelecidas, mas não são cumpridas a maioria. Eles até tentam (Grupo Focal 2).*
>
> *Quer dizer, ninguém tem a certeza de que realmente a coisa vai acontecer a contento, a nossa autonomia é muito limitada. Eu vejo assim, assim como o Estado é muito limitado, a autonomia dele, então, é uma coisa que depende da outra. Fala-se muito de construir as redes, mas para que a rede funcione precisa o principal, que é a esfera federal cumprir a parte dele (Grupo Focal 2).*

A questão da política partidária também foi citada:

> *Eu acho que o que atrapalha muito é a política, política partidária infelizmente atrapalha muito a Secretaria de Saúde, como um todo o sistema de saúde, municipal muito comprometido por conta da política partidária (Grupo Focal 3).*

De maneira geral, salientam Noronha, Lima e Machado (2012, p. 372), os gestores do SUS atuam nas esferas política e técnica. A política compreende o relacionamento dos gestores com outros atores sociais, no âmbito dos diferentes espaços de negociação e de decisões. Isso implica considerar que os gestores não exercem suas funções de forma isolada havendo, portanto, negociações com diversos atores governamentais e não governamentais

quanto aos objetivos e planos de ação e, desse modo, os processos de formulação e implementação das políticas de saúde assumem um aspecto compartilhado. Nesse contexto, aos gestores cabe “assumirem a liderança da negociação política em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS”. Para os autores, a perspectiva técnica, por seu lado, não deixa de trazer elementos políticos, visto a atuação do gestor do SUS se consubstanciar por meio do exercício das funções gestoras na saúde e, portanto, estar permanentemente permeada por variáveis políticas.

5.5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Há uma série de convergências entre as concepções dos gestores municipais de saúde por meio dos grupos focais, bem como dos trabalhadores e usuários do SUS via entrevistas semiestruturadas realizadas. Os sujeitos participantes da pesquisa externalizaram um quadro de grandes dificuldades e importantes desafios para a avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre.

São identificadas questões centrais que preocupam tanto os trabalhadores e usuários do SUS quanto os gestores municipais. Uma delas é a alta rotatividade de pessoas que atuam na saúde. Os gestores ressaltam dificuldades relacionadas à questão política e os trabalhadores e usuários do SUS argumentaram do ponto de vista da descontinuidade de processos técnicos. É importante ressaltar que, ainda em 2003, quando da elaboração do PDR, foi evidenciada a insuficiência de recursos humanos em toda região, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, ressaltando-se a grande rotatividade de profissionais.

As dificuldades que a região Norte enfrenta quando às distâncias e ao consequente deslocamento às populações mais isoladas constitui uma das preocupações centrais dos gestores municipais, mas também é lembrada pelos trabalhadores e usuários do SUS. Reconhecer aspectos espaciais é uma reivindicação de quem trabalha e gerencia os serviços de saúde no Estado do Acre. Há o argumento, em especial, pelos secretários municipais de saúde, que os municípios situados na região Norte apresentam peculiaridades se comparados ao restante do país que não devem ser menosprezadas, mas devem justificar um tratamento diferenciado por parte da instância federal.

Essa questão remete à problemática do financiamento da saúde citada pelos dois segmentos participantes da pesquisa. O entendimento central, por parte dos gestores, relaciona-se à escassez de recursos recebidos que, aliada às particularidades regionais, agrava ainda mais os problemas de saúde. Já os entrevistados, externalizam comentários referentes ao subfinanciamento, à má gestão dos recursos públicos e à administração do Fundo Público por parte dos gestores municipais como questões agravantes. Dessa forma, há o entendimento de que não é suficiente o aumento dos recursos, mas faz-se necessário melhorar a qualidade e fazer o planejamento por parte da gestão e, além disso, conferir estabilidade ao financiamento da saúde.

Esse tema remeteu à questão da análise estatística dos indicadores financeiros. Para explicar os resultados estatísticos, foram citadas, pelos trabalhadores e usuários do SUS, questões relacionadas à fragilidade no processo de gestão. Os gestores, por sua vez, citaram as peculiaridades regionais e as condições socioeconômicas como fatores determinantes para explicar o achado estatístico. Isso porque a região Norte, entendem, tem uma captação de recursos baixa e os gastos são elevados. Esse cenário é resultado, em especial, da distância para se chegar às comunidades isoladas.

Além disso, há consenso quanto à fragilidade da atenção básica, destacando-se a lógica hospitalocêntrica que a permeia. Esta tende a ser vista mais como uma espécie de ambulatório do que como um conjunto de ações que visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população e ser a porta preferencial de entrada das pessoas no SUS. Isso se torna evidente, segundo os sujeitos da pesquisa, quando observamos o desvio de sua finalidade e da priorização de investimentos para a média e a alta complexidade. Há dificuldades no processo de conexão entre os níveis de complexidade e essas dificuldades contribuem para que a própria população não veja a atenção básica como o local onde os seus problemas de saúde são resolvidos, migrando para a média e a alta complexidade.

Outra questão presente nas falas tanto dos trabalhadores e usuários do SUS quando dos gestores municipais envolve o papel assumido pela gestão estadual. Há o entendimento, em linhas gerais, da necessidade de uma ação mais solidária e cooperativa por parte da gestão estadual. A gestão estadual deveria, na opinião dos sujeitos, estar mais presente nos municípios, no seu papel de coordenadora de processos técnicos e políticos. Atualmente, entretanto, observamos, especialmente por parte dos gestores municipais, um processo no

qual o contato tende a ser feito mais no sentido da cobrança do que propriamente no sentido de atuar de forma solidária.

Há, inclusive, o entendimento acerca da fragilidade do processo de regionalização em saúde. Tanto nas entrevistas quanto nos grupos focais evidencia-se que as instâncias de pactuação no âmbito regional, com destaque para a atuação da CIR, desempenham um papel incipiente nas discussões envolvendo questões estruturantes no âmbito regional. Há o reconhecimento da importância desta instância, porém é um espaço fragilizado. Quando há problemas a resolver, é comum que os secretários municipais de saúde se dirijam à gestão estadual e não à CIR, o que demonstra a fragilidade desta instância.

Aliado a isso temos o entendimento de que a avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre vem sendo feita de forma incipiente e cartorial, no sentido de ser uma exigência do Ministério da Saúde, mais do que uma ação estratégica e um importante instrumento de gestão. Nesse cenário, a avaliação é entendida como útil para a garantia de recursos. Isso mostra que não há uma prática no sentido de se considerar a avaliação em saúde um elemento estratégico na condução da política de saúde no âmbito do Estado do Acre.

Os programas, ações e serviços, conforme ressaltando pelos sujeitos da pesquisa, são fragmentados. Isso porque nos modelos utilitaristas o foco está na doença. A fragmentação na saúde pública se dá por meio de ampliação de programas focais, cada um direcionado a um tipo específico de risco ou enfermidade. Essas questões são convergentes entre trabalhadores do SUS e gestores municipais de saúde e demonstram a dificuldade da emancipação da avaliação nessa lógica utilitarista de se ver a saúde pública.

5.6 PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

Este estudo nos trouxe uma série de informações em relação ao processo de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre. Dessa forma, consideramos importante apresentar a síntese das principais evidências obtidas a partir de uma perspectiva conjunta das duas abordagens utilizadas: a) quantitativa (análise estatística aos indicadores municipais de saúde) e b) qualitativa (entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do SUS e grupos focais

com gestores municipais de saúde). No Quadro 5 constam as principais evidências obtidas sob a perspectiva quantitativa.

Quadro 5 - Principais evidências a partir da abordagem quantitativa, Acre, 2016.

ABORDAGEM QUANTITATIVA	
Análise estatística aos indicadores municipais de saúde do SISPACTO e do SIOPS	
Análise Estatística	**Principais evidências**
INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE POR DIRETRIZ E OBJETIVO	• Correlação positiva entre "proporção de óbitos infantis e fetais investigados" com "proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados"; • Os indicadores "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" e "cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal" têm correlação positiva significativa; • O indicador relacionado à redução do percentual de exodontia está negativamente relacionado com a cobertura de equipes de atenção básica e com a cobertura de equipes de saúde bucal; • Não há relação entre os indicadores relacionados aos procedimentos e intervenções de média e alta complexidade com a cobertura de equipes de atenção básica; • Há relação significativa entre o aumento da cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica e a redução de óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva; • O indicador "percentual de parto normal" apresenta correlações significativas e positivas com o aumento da "proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal", com a "cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica" e com a "cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF; • Há correlações entre o indicador "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" com a "proporção de registro de óbitos com causa básica definida" e com a "proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação"; • O indicador relacionado à incidência parasitária anual (IPA) de malária não se correlaciona com a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. Também não há correlação significativa do IPA de malária com as ações de vigilância sanitária; • O indicador "cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica" não se correlaciona com a proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas e nem com as ações de vigilância sanitária realizadas.
INDICADORES FINANCEIROS	• Não se verificaram correlações estatísticas significativas do indicador financeiro "despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município", com os indicadores municipais de saúde; • Não foi possível encontrar, no período analisado, correlações estatísticas entre os indicadores financeiros e os indicadores em saúde pactuados pelos municípios.
MATRIZ FATORIAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS	• Componente 1: indicadores relacionados à ampliação da atenção básica com sinais opostos: cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (-0,582) e média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (0,758); • Componente 1: indicadores relacionados com a política da atenção especializada: procedimentos ambulatoriais de média (0,880) e alta (0,907) complexidade, bem como internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade (0,781). • Componente 2: indicadores potentes também relacionados à atenção básica; • Componente 2: diferentemente do verificado nas correlações por diretriz e objetivo, na análise fatorial observamos que o indicador "proporção de parto normal" apresenta polaridade negativa (-0,652), enquanto que a "proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (0,551) tem polaridade positiva; • Não é possível referenciar os componentes da análise fatorial a dimensões específicas.

Obs.: elaboração própria.

No Quadro 6 apresentamos as principais evidências referentes ao estudo qualitativo.

Quadro 6 - Principais evidências a partir da abordagem qualitativa, Acre, 2016.

ABORDAGEM QUALITATIVA		
Entrevistas com trabalhadores do SUS e grupos focais com gestores municipais		
Principais evidências		
Unidade Temática	**Categoria**	**Subcategoria**

PROBLEMAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	Problemas da gestão	• Desarticulação de instrumentos de gestão
		• As conferências como "reuniões contaminadas"
		• Rotatividade de profissionais e gestores
		• O apoio técnico e político dos gestores do SUS
		  • Falta de uma gestão solidária e cooperativa
		  • A cobrança pela gestão estadual
		• A realidade dos municípios da região Norte
		  • Mesmos critérios para regiões diferentes
		  • Regiões enfraquecidas

	Natureza da avaliação	• Falta de comunicação e de planejamento • Centralidade da avaliação quantitativa • Instrumentos de avaliação para cumprir exigências • Avaliações pontuais, incipientes e cartoriais
	Modelo de atenção básica	• Lógica hospitalocêntrica • A atenção básica vista como ambulatório • Responsabilidades dos municípios • Referência e contra referência • Fragmentação de programas • Ausência da conscientização da população sobre a importância da atenção básica
	Estudo estatístico dos indicadores	• A atenção básica, a média e a alta complexidade • Indicadores financeiros e o quadro de saúde da população
	Fragilidades da regionalização	• A Comissão Intergestores Regional (CIR) • Dificuldades para a pactuação do COAP • O financiamento da saúde
DESAFIOS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	Novas formas de se fazer avaliação	• Importância de se institucionalizar a avaliação • Comunicação de instrumentos de avaliação • Foco na avaliação qualitativa e na intersetorialidade • Estabelecimento de uma cultura avaliativa e do controle social • Envolver e qualificar as pessoas • Avaliar para regular o consumo de tecnologias e fortalecer a atenção básica • Avaliar para enfrentar a crise econômica • Fortalecimento das Regiões de Saúde • Avaliar como um instrumento de fortalecimento do SUS

Obs.: elaboração própria.

As evidências demonstram fragilidades no âmbito do estudo aos indicadores, expressas, entre outras, no fato de inexistir uma aproximação entre os sistemas que apuram resultados em saúde (SISPACTO) e os sistemas que informam dados orçamentários e financeiros (SIOPS), bem como na inexistência de correlações tidas como importantes. Nesse cenário, algumas respostas foram obtidas por meio da pesquisa qualitativa. Nesta, foram evidenciados problemas de gestão, fragilidades no processo de regionalização e no modelo de atenção básica. Entretanto, para além dos problemas, foram externalizados importantes desafios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos tempos desafiadores para o SUS e, especificamente, para a avaliação em saúde. São desafiadores, pois provocam uma série de questionamentos em relação ao processo de avaliação em saúde. Perguntamos se a avaliação em saúde é, de fato, uma avaliação no sentido originalmente proposto, ou seja, como um elemento fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde.

Desafios que são a expressão da fase atual do capitalismo, marcada pelo predomínio do capital financeiro que almeja obter lucro onde não há produção, mas com base no capital fictício e parasitário. Com a queda tendencial da taxa de lucro, as economias nos países, para viabilizar suas atividades por meio de suas empresas e alcançarem seus lucros, acabaram por migrar para o mercado financeiro. Do empréstimo de recursos começou a decorrer juros em um movimento no qual o dinheiro se transforma em dinheiro sem sair da esfera financeira. Esse modo de lucrar, necessariamente, implica em constantes crises, visto não ser possível sua sustentação, pois sendo um capital parasitário, gera lucros sobre juros e não sobre a produção.

Mas a crise econômica e global, constante e cada vez mais duradoura, não leva ao colapso do sistema capitalista, pois existem alternativas para contorná-la. No entanto, a saída frequentemente utilizada implica sérias pressões sobre a força de trabalho, resultando na perda de garantias sociais, na fragmentação de entidades sindicais e na precarização das relações de trabalho. Nesse processo, o Estado assume um importante papel.

Considerado um aliado de toda hora do capital, o Estado acaba por incorporar uma agenda em consonância com os anseios do capital financeiro em busca de valorização, injetando dinheiro quando há alguma ameaça de colapso ou, mais frequentemente, fazendo, desde grosseiras às mais sutis, manobras no sentido de retirar garantias sociais historicamente conquistadas e consolidadas em nossa atual Constituição. O Estado, portanto, acaba por se afastar de suas antigas funções relacionadas à proteção social, ao priorizar a contenção de gasto público. Procura manter a lógica do valor e, por meio de sua violência, desempenha um importante papel no processo de reprodução econômica do sistema capitalista. Conforme nos mostra Marx (2007), as ideias da classe dominante tornam-se as ideias dominantes de cada época. Vemos, assim, a fragilidade do sistema de proteção social estatal e o fortalecimento de um estado com sua face liberal.

Esse fortalecimento de um Estado alinhado à lógica do capitalismo globalmente financeirizado implica importantes desafios para a saúde pública, tendo em vista que o SUS tem características que se alinham a um modelo no qual o Estado garante as condições de saúde de sua população. Trata-se de um Sistema que tem por base os princípios da universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde. Mas o SUS vem concorrendo com essa lógica marcada pela crise do capitalismo contemporâneo. É só observamos, por exemplo, a constante disputa dos recursos destinados para a saúde, a exemplo da DRU e as tentativas ventiladas sobre a dificuldade de se manter o caráter universal do sistema e, para isso, da necessidade de se garantir "cobertura", em um sentido mais restrito. Soma-se a isso a necessária estabilidade ao financiamento da saúde, o que continua sendo um dos graves problemas no campo da política social.

Esse amplo cenário acaba por trazer reflexos para a avaliação em saúde. E por quê? Porque a lógica marcada pelo capital financeiro leva em consideração resultados em termos quantitativos, ou seja, quantidade de serviços e produtos médico-hospitalares consumidos, ou seja: quantidade de consultas realizadas independentemente da qualidade dessas consultas; quantidade de medicamentos consumidos em uma lógica que desfavorece a proteção e prevenção das doenças; a quantidade de exames realizados em uma perspectiva que ressalta e enaltece o papel da média e da alta complexidade.

É uma forma fragmentada de se fazer avaliação. Essa lógica de avaliar a saúde é típica de um modelo liberal, no qual o utilitarismo torna-se o motor que movimenta o processo de avaliação. O fortalecimento do capitalismo financeirizado em escala global se alinha à lógica do produtivismo, ou, seja, da produção de metas na saúde pública e, especificamente, no processo de avaliação em saúde. Não resta dúvida que no modo de produção capitalista em geral, e na sua fase contemporânea de dominância financeira, em particular, distanciamos de uma perspectiva humanista, na qual, como nos diz Martins (2003, p. 21), a "vida teria prioridade sobre a ganância".

Várias são as visões sobre o processo de avaliação em saúde. Há entendimentos desde mais conservadores quanto mais críticos de como deve ser conduzido o processo de avaliação em saúde. Entretanto, fugir dessa lógica na qual a avaliação tende a ser vista em uma perspectiva utilitarista, baseada na ideologia do produtivismo, não é uma tarefa simples. Teoricamente, podemos pensar um "modelo ideal" mas, na prática, há uma série de variáveis impostas à avaliação para esta se tornar, de fato, reconhecida como um elemento importante no processo de desenvolvimento e manutenção do SUS. Tais variáveis não devem ser

desprezadas nem acometidas por interesses que refletem o modelo hegemônico atual, onde impera o capitalismo financeirizado.

Nesse processo, torna-se difícil conceituar a avaliação em saúde. Fala-se em avaliação de quarta geração, centrada no processo mais do que no resultado, o que favorece uma perspectiva qualitativa. Além disso, ressalta-se a importância de se considerar os componentes da avaliação de forma integrada e não isolada. Em todo o caso, a avaliação em saúde pode servir a interesses hegemônicos e contra-hegemônicos, a depender da escolha feita. Podemos fazer a escolha – e o fizemos - por enfoques emergentes que procuram fazer a crítica ao processo de avaliação baseado no utilitarismo e no produtivismo. Emergentes no sentido de democratizar as instituições de saúde, de atribuir poder a grupos ou indivíduos, de dar transparência aos processos e de fortalecer a sociedade.

Compreendemos que há necessidade de se fazer essa crítica, ou seja, de se externalizar o processo atual de avaliação em saúde no contexto da crise do capitalismo contemporâneo. Isso porque acreditamos que a avaliação deve, aos poucos, se emancipar dessa lógica imposta pelo capitalismo financeirizado, no qual importa mais o consumo dos serviços do que propriamente a saúde das pessoas. Ou seja, de se pensar o processo de avaliação em saúde como um instrumento democrático promotor de políticas públicas alicerçadas nos princípios do SUS. Para que o processo de avaliação em saúde se torne humanizado, há a necessidade de se considerar aspectos subjetivos e de se fazer uma pesquisa qualitativa.

Entretanto, para estudar o SUS, é preciso conhecê-lo. Para isso, discutir os instrumentos formais de estruturação do Sistema, com destaque para as diversas Normas Operacionais pelo Ministério da Saúde, o Pacto pela Saúde e o COAP ganha relevância. Paralelo a isso, temos a adoção de arranjos para o problema do financiamento da saúde. Em um cenário de crise de fontes de financiamento, algumas propostas começaram a ser formatadas com o objetivo principal de aumentar o volume e dar maior estabilidade aos recursos destinados à Saúde. A CPMF e a EC 29/2000, a qual estipulou a forma de inserção da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento do SUS, foram algumas das alternativas, mas não resolveram o problema. Tanto é que o problema do financiamento mantem-se presente.

Consideradas princípios norteadores, a regionalização e a descentralização fazem parte do processo de organização político-territorial do SUS. Pela literatura examinada, observamos que o processo de descentralização avançou, alinhado ao contexto federativo brasileiro. Entretanto, a discussão sobre a regionalização foi tardia em relação à descentralização, o que

contribuiu para a identificação da fragilidade das instâncias da pactuação e negociação regional no âmbito do SUS, a exemplo das CIRs.

São questões, muitas delas teóricas, podem ser confirmadas, em sua grande maioria, quando estudado o processo de avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre. Desde que se tornou Estado – e mesmo antes disso – o Acre sentia algumas fragilidades no âmbito do seu sistema de saúde. Decisões de gestão influenciadas por questões político ideológicas, fragilidades no quadro funcional e de estrutura das secretarias de saúde contribuíram para que se instalassem dificuldades na condução do Sistema no Estado.

Atualmente, a população do Estado usa predominantemente o SUS. Os dados relacionados aos estabelecimentos públicos e privados, considerada a sua natureza, bem como os convênios e contratos que a administração pública mantém com a iniciativa privada, além de números relacionados aos procedimentos hospitalares e internações comprovam isso. Conforme o Plano Estadual de Saúde (2012-2015), 94,5% da população do Estado é dependente do SUS. Isso demonstra a dependência que o Estado possui em relação aos serviços oferecidos pelo SUS e reforça, portanto, a importância do processo de avaliação em saúde.

Para o estudo empírico do processo de avaliação voltamos a análise, de início, para os indicadores de saúde. Consideramos importante estudar os indicadores, pois partimos do entendimento de que o processo de avaliação em saúde é fragmentado e os indicadores de saúde contribuem para isso. Após vários estudos estatísticos, confirmamos esse argumento. Há um rol de indicadores pactuados pelos municípios do Estado do Acre que não “dialogam” entre si. Como exemplo, podemos citar os procedimentos e intervenções de média e alta complexidade que não se relacionam com a cobertura de equipes de atenção básica, o que pode sugerir que, independentemente da intensidade das ações de atenção básica, o quadro de internações e procedimentos de média e alta complexidade não se altera.

Também, o indicador financeiro “despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do município” não se relacionar aos indicadores municipais de resultados do SISPACTO, o que evidencia, entre outros, o fato de existirem informações diferenciadas em cada sistema. Dessa forma, a ausência de aproximação entre os sistemas que apuram resultados em saúde (SISPACTO) e os sistemas que informam dados orçamentários e financeiros (SIOPS) constitui um problema a ser enfrentado.

Isso não implica desconsiderar as informações trazidas pelos indicadores, muitas delas de considerável relevância. O que se questiona é a utilização racional dos resultados desses

indicadores no auxílio ao processo de avaliação em saúde, no sentido de procurar respostas ao porquê de determinados resultados. Ou seja, para além do resultado, compreender o processo. Os indicadores, se olhados para além de suas fragilidades, podem se tornar referências no auxílio ao processo de avaliação em saúde.

Observamos o preenchimento dos dados relacionados aos indicadores pactuados e, nos relatórios anuais de desempenho das metas dos indicadores pactuados pelo Estado do Acre, há menção ao alcance ou não da meta prevista, com algumas considerações em relação ao desempenho em municípios que não atingiram a meta pactuada. A questão é se os dados informados sobre a situação de saúde da população informados nos sistemas de saúde implicam na real produção de conhecimento e na sua efetiva utilização como subsídio para os processos decisórios relacionados aos serviços de saúde.

Consideramos, portanto, que os dados disponibilizados pelos indicadores de saúde não devem ser considerados de forma isolada e, além disso, devem ser considerados em seus eixos comuns. Se as informações provenientes dos indicadores fossem, de fato, utilizadas no processo de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre, não teríamos um processo cartorial e normativo, conforme citado pelos sujeitos da pesquisa.

Temos, então, a partir dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, um cenário no qual a avaliação em saúde existente é uma exigência imposta pelo Ministério da Saúde e, portanto, um instrumento normativo e cartorial. Um processo no qual os instrumentos não se comunicam, não se conectam. Um processo problemático em que a avaliação, a qual deveria auxiliar na elaboração do plano de saúde, pouco dialoga com os instrumentos de gestão do governo e pouco traz das conferências de saúde. Falho, pois considera em melhor patamar a média e a alta complexidade, mesmo com as enormes dificuldades e desafios impostos à atenção básica. Dessa forma, a hipótese mais genérica, consubstanciada a partir da análise das informações relatadas pelos sujeitos da pesquisa, diz respeito à incipiência do processo de institucionalização da avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre.

Podemos supor, inclusive, o porquê dessa opção pela média e alta complexidade. É nesses dois níveis de complexidade que há um consumo mais expressivo de serviços, materiais e equipamentos, ou seja, nesses espaços há mais oportunidade para o capital exercer seu anseio pelo consumo em uma lógica utilitarista com base na ideologia do produtivismo. Na atenção básica há menos consumo e mais políticas de promoção e proteção. Essa preferência pelos serviços de média e alta complexidade é, inclusive, internalizada pela população atendida. Conforme relatos dos sujeitos da pesquisa, a população não mais aceita

unidades que não ofereçam médicos, medicamentos e exames. É a lógica do consumismo que está internalizada nas pessoas quando estas optam por serviços nos quais há o consumo de produtos médico-hospitalares, independentemente da real necessidade.

Pelas entrevistas e grupos focais realizados, percebemos problemas relacionados à gestão, a exemplo da desarticulação de instrumentos, da rotatividade de profissionais e gestores, da falta de uma gestão solidária e cooperativa que contribui, inclusive, para o enfraquecimento das regiões de saúde. A falta de comunicação e de planejamento e a centralidade da avaliação quantitativa contribuem para termos no Estado do Acre uma avaliação considerada incipiente e cartorial. Ao lado disso, há também as fragilidades da atenção básica, expressas pela lógica hospitalocêntrica e pela falta de uma política de conscientização da população. Se consideradas as regiões de saúde, temos problemas relacionados à equidade de critérios considerando as particularidades das diferentes regiões do país, dificuldades de pactuação do COAP, fragilidade das CIRs e da Atenção Básica, a qual tende a ser vista mais como um ambulatório, fragmentação de programas e críticas à condução de processos técnicos e políticos por parte da gestão estadual.

Nesse cenário as políticas de recuperação ganham força frente à promoção e à prevenção da saúde. Ganha força, portanto, a lógica utilitarista e produtivista. Ganha força um processo de avaliação em saúde assentado sob a dominância da valorização financeira, na perspectiva de produção de metas, as quais estabelecem a política pública como sendo uma política de resultados. Esse processo de avaliação em saúde permeado pela lógica do capital é percebido pelos sujeitos da pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, mas também pelas secretarias municipais de saúde, inclusive a partir da análise das três regiões de saúde do Estado.

Percebemos, pelos comentários dos secretários municipais de saúde, que não se consideram particularidades regionais e locais. As políticas são as mesmas para todos, sejam municípios do Norte sejam do Sul, sejam municípios onde o acesso às comunidades isoladas se dá apenas em alguns meses do ano sejam em municípios onde é possível estar presente nas comunidades a qualquer momento. Municípios com pouca arrecadação própria e com altos gastos em termos de logística para chegar a comunidades isoladas têm acessos aos mesmos incentivos que aqueles nos quais há considerável arrecadação própria e é possível acessar com rapidez e baixo custo. São algumas das peculiaridades de um país de extensão continental e que não são consideradas. Essa desconsideração pelo Estado quanto a peculiaridades

regionais e locais demonstra uma lógica na qual não se procura realizar intervenções, apenas as necessárias e “igualitárias” para todos.

A fragilidade do processo de regionalização, verificada a partir do esvaziamento e da falta de periodicidade das reuniões da Comissão Intergestores Regionais, demonstra que, se o processo de avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre está com problemas, o processo nas regionais enfrenta problemas ainda mais graves. “Precisamos fortalecer a CIR”, dizem alguns secretários municipais. Entretanto, a alta rotatividade desses secretários e de servidores, bem como a falta de administração do Fundo Municipal e de sensibilização do prefeito municipal frente à importância da CIR tendem a dar a essa afirmativa ares de utopia, pelo menos em um breve futuro. Observamos um honesto desejo, porém, faltam as condições para sua realização mais imediata. Como nos alertam Mendes e Louvison (2015), nesses tempos de risco ao SUS torna-se essencial resgatar o debate sobre a regionalização, no sentido de contribuir com o fortalecimento de coletivos políticos fortes no enfrentamento aos problemas de saúde.

Percebemos muitos desafios para a avaliação em saúde no SUS do Estado. Simpatizamos com Mészáros (2015) quando este fala em desafios. Este autor, conforme discutimos neste estudo, quando analisa o Estado, o capital e o trabalho, traz desafios que são do tamanho de uma montanha. Para ele, o Estado, especialmente, estrutura uma montanha em relação à qual, em geral, as lutas são para escalá-la. Há o desafio, não só de escalar a montanha, mas também de dominá-la. Aqui podemos fazer analogia ao processo de avaliação em saúde.

Não é apenas necessário entender que deve ser realizado um processo alternativo, que considere de fato as necessidades das pessoas - os próprios sujeitos da pesquisa demonstraram estar cientes de seu conhecimento -, mas, para além disso, é necessário desvencilhá-la dessa lógica movida por um cenário de crise do capitalismo contemporâneo que, ao mesmo tempo, promove e ameaça reduzir direitos sociais historicamente conquistados, mas que também faz com que o processo de avaliação em saúde se torne um processo fragmentado, utilitarista e baseado em um ideologia produtivista. É necessário, portanto, como nos diz Mészáros, não apenas escalar, mas dominar a montanha.

E como dominaremos a montanha, aqui entendida como a construção de um processo de avaliação que se proponha emancipatório? Em outras palavras, como tornar a política de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre um instrumento emancipatório, no sentido de produzir políticas públicas, ampliar espaços de participação, auxiliar a democratizar o Estado

e a enfrentar a fragmentação à luz da dominância do capital financeiro nessa fase contemporânea do capitalismo?

Afirmamos ser um desafio. Estamos cientes da complexidade e da dificuldade de se propor algo na contramão da lógica atual, ou seja, da lógica do capitalismo financeirizado sempre à procura da maximização dos lucros para enfrentar a crise atual que vem se arrastando por décadas. Entretanto, é nos sujeitos da pesquisa que encontramos algumas pistas. A melhoria da qualidade da gestão, o foco na avaliação qualitativa e na intersetorialidade, o estabelecimento de uma cultura avaliativa e do controle social, o fortalecimento das regiões de saúde e a utilização da avaliação como um instrumento de fortalecimento do SUS têm sido alguns dos desafios apontados pelos sujeitos da pesquisa. A avaliação em saúde deve voltar os olhos para o real problema da população e se desvencilhar dessa lógica que promove doença ao invés de saúde.

A comunicação de instrumentos de avaliação é outro ponto central. O apoio político e técnico da secretaria estadual junto às secretarias municipais, sobrepondo interesses políticos tem sido outro desafio, mas, se implementado, trará um movimento marcado pela intersetorialidade e fortalecerá a integralidade. O Estado, dessa forma, precisa desempenhar o seu papel de articulação regional, de forma a apoiar solidariamente os municípios. Isso não corrige a necessidade de comunicação interna, intra e entre os setores. Se isso não acontecer da forma devida, irá prejudicar um processo de avaliação que realmente se torne um instrumento para a tomada de decisões.

Fazemos uso de Contandriopoulos et al. (1997, p. 45) para destacar o fato de que quanto mais a avaliação for bem-sucedida, mais provável será que ela promova a possibilidade de novas perguntas. Ela “semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo”. Segundo este autor, na medida em que a avaliação passa a ser percebida como parte do desenvolvimento de uma cultura democrática, tende a se tornar uma ferramenta de mudança, possibilitando uma visão crítica da ordem estabelecida e um instrumento de libertação. A avaliação, emprestando os argumentos de Pisco (2006), deve ser vista como um poderoso instrumento de mudança e não como uma ameaça. Sua finalidade está associada à produção de mudanças que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados a uma população. Isso porque a avaliação pode trazer mudanças significativas para a sociedade e para as instituições de saúde.

Dessa forma, neste estudo fizemos um esforço no sentido de produzir conhecimento para contribuir com o processo de avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre. Implementar o processo de avaliação tal qual preconizado quando de sua concepção original, de forma a romper com o modelo sobre o qual o SUS de estruturou no decorrer de décadas (baseado em um lógica marcada pelo predomínio do capitalismo financeirizado e global, onde a saúde é fortemente pressionada a seguir uma lógica utilitarista com base na ideologia do produtivismo) não é um desafio dos mais fáceis. No entanto, é um horizonte que deve ser vislumbrado e, a partir dele, dar passos iniciais rumo ao que chamados de emancipação da avaliação, a partir de um processo mais abrangente e solidário. Nossa contribuição, desse modo, é no sentido de serem feitos questionamentos acerca dos perigos que ameaçam a saúde pública a partir do avanço da lógica produtivista no processo de avaliação em saúde no âmbito do SUS do Estado do Acre.

Neste estudo questionamos a complexidade de se propor novas formas de se avaliar a saúde, no sentido de emancipá-la, em um contexto de crise do capitalismo contemporâneo. Após as análises, algumas questões se mostram ainda mais consistentes: que tipo de avaliação estamos realizando? Que elementos consideramos quando avaliamos a saúde de uma população? A institucionalização da avaliação é suficiente para promover uma construção mais democrática da política de saúde e da política do SUS? Que caminhos podem ser construídos no sentido de tornar a avaliação em saúde um processo menos fragmentado, dissociado da lógica produtivista que permeia a saúde pública nesses tempos de crise do capitalismo contemporâneo? Como garantir uma proteção social para toda a sociedade brasileira no âmbito de um Estado atado e constrangido pela dinâmica do movimento do capital?

Sabemos da dificuldade de se produzir respostas para as perguntas colocadas, pois estamos falando em emancipar a avaliação em saúde no âmbito de uma sociedade capitalista. Entretanto, essas questões reforçam o reconhecimento de que ganha força dentro da lógica do capitalismo a crítica ao processo atual de avaliação. Há poucos espaços onde é possível estabelecer um diálogo sobre a emancipação da avaliação dentro da lógica do lucro. Qual o raio de manobra da emancipação da avaliação no contexto do capitalismo contemporâneo com base no produtivismo? Essa luta caberá àqueles que criticamente questionam os caminhos trilhados pela atual forma de se avaliar a saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

ACRE (Estado). Secretaria de Meio Ambiente. **Aspectos socioeconômicos**: população e as condições de vida, infraestrutura e a economia do Acre. Programa Estadual de Zoneamento Ecológico-Econômico do Estado do Acre. Rio Branco, 2011.

ACRE (Estado). Poder Executivo. **Os Municípios**. Disponível em: <http://www.ac.gov.br/wps/portal/acre/Acre/estado-acre/municipios>. Acesso em: 04 jul. 2016.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 117-172.

AKERMAN, Marco; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos Serviços de Saúde: Avaliar o Quê? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, 1992.

ARANHA, Francisco; ZAMBALDI, Felipe. **Análise fatorial em administração**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARNES, Ruth; SCOTT-SAMUEL, Alex. Health impact assessment and inequalities. **Revista Panamericana de Salud Pública**: Pan am. j. public health. v. 11, n. 5-6, p. 449-453, maio-jun. 2002.

BERNARD, H. Russell. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. 4. ed. Oxford: AltaMira Press, 2006.

CALLINICOS Alex. **Bonfire of Illusions**. New York: John Wiley, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 24-34, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte. **Planejamento sem normas**. 2. ed.. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Wagner de Souza; CAMPOS, Rosana O. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 82-91, maio/ago. 2000.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CARCANHOLO, Reinaldo A.; NAKATANI, Paulo. O capital especulativo parasitário: uma precisão teórica sobre o capital financeiro, característico da globalização. **Ensaios FEE**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 284-304, 1999.

CARCHEDI, Guglielmo; ROBERTS, Michael. **The Long Roots of the Present Crisis**: Keynesians, Austerians, and Marx`s Law. Paper presented at 10th Annual Historical Materialism Conference. London, 7-10th, November, 2013. Disponível em: <http://thenextrecession.files.wordpress.com/2013/12/the-long-roots-of-the-present-crisis.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

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

CASTEL, Robert. **El ascenso de las incertidumbres**: trabajo, protecciones, estatuto del indivíduo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: CHESNAIS, François (Org.). **A finança mundializada**: raízes sociais e políticas, configuração, consequências. Tradução: Rosa Maria Marques e Paulo Nakatani. São Paulo: Boitempo, 2005, p. 35-67.

CHESNAIS, François. As raízes da crise econômica mundial. Tradução: Rosa Maria Marques. **O Olho da História**, Salvador, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (et al.). A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997, p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 253-256, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRUZ, Marly M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, Ruben Araújo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011, p. 181-198. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 10 ago. 2015.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

DONABEDIAN Avedis. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 11, p. 1115-8, nov. 1990.

DRAIBE, Sonia Mirian. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; BARREIRA,

Maria Cecília Roxo Nobre (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001, p. 13-42.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**. Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321 2004.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução: Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Medicina Social. In: _____. **Microfísica do Poder**. Tradução: Roberto Machado. São Paulo: Graal Ed., 1993, p. 79-98.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação para o conhecimento e transformação. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 191-206.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GADELHA, Nair d'Aquino Fonseca. **O Cavalo de Tróia das políticas sociais Brasil e Argentina**: um estudo comparado das políticas públicas. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade de São Paulo, 2010.

GASPARINI, Max Felipe Vianna; FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 117, p. 122-141, 2014.

GOMES, Wanessa da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. **Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica**: reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde. Novas Edições Acadêmicas, 2014a.

GOMES, Wanessa da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): reflexões à luz da teoria anti-utilitarista. In: MARTINS, Paulo Henrique (et al.). **Produtivismo na Saúde**: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014b, p. 81-97.

HAIR JR; Joseph F. (et al). **Multivariate Data Analysis**. 6. ed. Upper Saddle River. NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.

HARVEY, David. **Os limites do capital.** Tradução: Magda Lopes. 1. ed.. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Condição pós-moderna.** Tradução: Adail U. Sobral e Maria S. Gonçalves. 25. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HOBSBAWN, Eric. O Século: vista aérea. Olhar panorâmico. In: _____. **Era dos Extremos**. O breve século XX 1914-1991. Tradução: Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p. 11-26.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre Saúde Pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Saúde Pública e Sociedade de Risco. **Revista de Direito Sanitário.** São Paulo, v. 8, n. 3, p. 38-48, 2007.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil**. Campinas, SP: Alínea, 2012.

KLEIN, Estanislau Paulo. **As relações intergovernamentais na implantação da política de saúde no Estado do Acre de 1990 até 2008**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

KLIMAN, Andrew. **The failure of capitalist production:** underlying causes of the great recession. Londres: Pluto Press, 2012.

LEITE, Valéria Rodrigues (et al.). Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-56, 2012.

LEVI, Maria Luiza; SCATENA, João Henrique Gurtler. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LIMA, Luciana Dias de (et al.). Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-14, 2012.

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, Luciana Dias de. Federalismo Fiscal e Financiamento Descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008.

LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LUIZ, Lindomar Teixeira. A ideologia do consumismo. **Colloquium Humanarum**. São Paulo, v. 3, n. 2, p. 39-44, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**. Campinas: São Paulo, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MARQUES, Rosa Maria; NAKATANI, Paulo. A crise mundial e a economia brasileira. **O Olho da História**. Salvador, n. 16, jul. 2011.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique (et al.). **Produtivismo na saúde**: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

MARTINS, Paulo Henrique. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco, 2011, p. 53-60.

MARTINS, Paulo Henrique; BEZERRA, Raphael. Gestão pública local em saúde na perspectiva do duplo registro: contribuições das teorias de Goffman e Mauss. In: MARTINS, Paulo Henrique (et al.). **Produtivismo na saúde**: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014, p. 27-52.

MARX, Karl. **A ideologia alemã**: crítica da novíssima filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas, 1845-1846. Organização, tradução, prefácio e notas: Marcelo Backes. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política.** São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, Áquilas; LOUVISON, Marilia. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, supl.1, p. 66-81, 2015a.

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: Maria Inês Souza Bravo; Maria de Fátima Siliansky Andreazzi; Juliana Souza Bravo de Menezes; Joseane Brabosa de Lima; Rodriane de Oliveira Souza (Org.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Rede Sirius, v. 1, 2015b, p. 12-19.

MENDES, Áquilas (et al.). O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, p. 423-437, 2015.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São

Paulo (1995-2001). Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da UNICAMP. Campinas: SP, 2005.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MÉSZÁROS, István. **O poder da ideologia**. Tradução: Magda Lopes e Paulo Cezar Castanheira. 4. reimpr. São Paulo: Boitempo, 2012.

MÉSZÁROS, István. **A montanha que devemos conquistar**: reflexões acerca do Estado. Tradução: Maria Izabel Lagoa. , São Paulo: Boitempo, 2015.

MERCADO, Francisco Javier; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 11-21.

MERCADO, Francisco Javier (et al.). Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 22-62.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 163-190.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, Alcides Silva de; CARVALHO, André Luis Bonifácio de; CAVALCANTE, Caio Garcia Correia Sá. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 913-920, 2012.

MORAES, Ilara Hãmmerli Sozzi de; SANTOS, Silvia Regina Fontoura Rangel dos. Informações para a Gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2001.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 365-393.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Francisco de. **Crítica à razão dualista**: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo, 2013.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique

Novaes (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco, 2011.

PISCO, Luis Augusto. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

PORTO, Silvia Marta. **Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde**: uma contribuição para o caso brasileiro. Tese (doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1997.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder, o socialismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

PRADO. Eleutério. **Kliman**: a grande falha do capitalismo. Disponível em: <http://eleuterioprado.wordpress.com/resenhas/>, 2012. Acesso em: 18 fev. 2015.

REIS, Eduardo J. F. B. dos (et al). Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 50-61, 1990.

REZENDE, Mônica de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A análise da política proposta por Ball. In: MATTOS, Ruben Araujo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para a análise das políticas de saúde,** 2011, p. 173-180. Disponível em <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 8 ago. 2015.

RODRIGUES, Valéria; SANTOS, Cleber Ronald Inácio dos; PEREIRA, Mariana Uchoa. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 173-181, 2014.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **SUS Brasil**: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, Lenir; MENDES, Áquilas Nogueira. Notas Técnico-Jurídicas Sobre Critérios e Metodologia de Rateio dos Recursos Federais para os Estados e Municípios no SUS. **BDM** (São Paulo, impresso), v. 9, p. 647-664, 2014.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, Valéria Rodrigues da. **Gestão pública do SUS na Amazônia ocidental**: problemas antigos e desafios contemporâneos da Secretaria de Estado de Saúde do Acre 2000-2007. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth M. de. **Prevenir e curar**: o Controle Social através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1978.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

TAMAKI, Edson Mamoru (et al.). Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TAKEDA, Silvia; TALBOT, Yves. Avaliar, uma responsabilidade**. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 564-576, 2006.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3 p. 777-796, 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila (et al.). Política de saúde e eqüidade. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIANA, Ana Luiza d´Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 59-87.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

WESTPHAL, Marcia Faria; BÓGUS Cláudia Maria; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira F. Métodos qualitativos em nutrição e saúde pública. In: TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo (et al). **Nutrição em saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011, p. 25-40.

LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS CONSULTADOS

ACRE (Estado). Comissão Intergestores Regional (CIR). **Ata de Constituição do Colegiado de Gestão Regional Região de Saúde do Alto Acre**. Rio Branco, 2009.

ACRE (Estado). Comissão Intergestores Regional (CIR). **Ata de Constituição do Colegiado de Gestão Regional da 1ª Região de Saúde do Baixo Acre e Purus**. Rio Branco, 2009.

ACRE (Estado). Comissão Intergestores Regional (CIR). **Ata de Implantação da Comissão Intergestores Regional (CIR) e Eleição do Coordenador e Vice-Coordenador da 3ª Região de Saúde do Juruá/Tarauacá-Envira**. Cruzeiro do Sul, 2013.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde (2012-2015)**. Rio Branco, 2012.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Rio Branco, 2003.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Portaria nº 646, de 18/1993**. Rio Branco, 1993.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Anual de Análise do Desempenho das Metas dos Indicadores de Saúde do Estado do Acre (2012)**. Rio Branco, abr. 2013.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório do Desempenho das Metas dos Indicadores Pactuados pelo Estado do Acre em 2013**. Rio Branco, fev. 2014.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório do Desempenho das Metas dos Indicadores Pactuados pelo Estado do Acre em 2014**. Rio Branco, mar. 2015.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº. 38/2009**. Rio Branco, 2009.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº. 36/2012**. Branco, 2012.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº. 132/2013**. Rio Branco, 2013.

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº. 31 de 26 mar. 2012**. Rio Branco, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores:** 2013-2015, 2. ed. Brasília (DF), 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35,156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 14 set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013**. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.023, de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a NOB 01/96 - Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Dispõe sobre a NOB 01/93 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 24 maio 1993.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Rol de indicadores de saúde do SISPACTO (2012-2014).

NOME ABREVIADO	NOME COMPLETO
1. Cobertura de equipes de atenção básica	1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
2. % Int. cond. sensiv. at. básica	2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)
3. Cobertura de acompanhamento de condições de saúde - PBF	3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
4. Cobertura de equipes de saúde bucal	4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
5. Média de escovação dental supervisionada	5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
6. % Exodontias relac. proced.	6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
7. Proc. amb. média compl./100hab.	7. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
8. Int. média complex./100 hab.	8. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
9. Proc. amb. alta compl./100hab.	9. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
10. Int. alta complex./1000 hab.	10. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente
13. % Acesso a hospitais de óbitos por acidente	13. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
15. % Óbitos em UTI de menores de 15 anos	15. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)
16. Cobertura do SAMU	16. Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)
18. Razão de exames citopatológicos do colo do útero	18. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária
19. Razão de mamografias realizadas	19. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
20. % Partos normais	20. Proporção de parto normal
21. % NV com 7 ou mais consultas pré-natais	21. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
22. Número de testes de sífilis por gestante	22. Número de testes de sífilis por gestante
25. % Óbitos infantis/fetais investigados	25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
27. % Óbitos de mulheres em	27. Proporção de óbitos de mulheres em idade

idade fértil investigados	fértil (MIF) investigados
35. % Vacinas com cobertura adequada	35. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
37. % Casos novos TBC c/ex HIV	37. Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
38. % Óbitos c/ causa definida	38. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
39. %Doenças Notificação Compulsória Encerr. Oport.	39. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação
41. % Ações Vig. Sanit. Realizadas	41. Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
45. % Cura casos novos Hanseniase	45. Proporção de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
46. %Contatos Hansen examinados	46. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
48. % Cães vacin. camp. antirráb.	48. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
50. IPA de malária	50. Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária
53. %Anális. realiz. amostr. água	53. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
61. %Trab SUS públ. vínc. prot.	61. Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos

Apêndice 2 - Rol de indicadores orçamentários e financeiros do SIOPS (2012-2014).

N.	INDICADOR
1	Participação da receita de impostos na receita total do município
2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município
3	Participação % das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município
4	Participação % das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município
5	Participação % das transferências da União para a saúde (SUS) no total de Transferências da União para o município
6	Participação % da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do município
7	Despesa total com saúde, em R$/hab., sob a responsabilidade do município, por habitante
8	Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde
9	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde
10	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com saúde
11	Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde
12	Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde
13	Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000

Apêndice 3 - Fases da análise de conteúdo.

A partir das orientações propostas por Bardin (2011) e das sugestões de Campos (2004), estabelecemos quatro fases:

1) **Fase de pré-análise do material**: operacionalização e sistematização das ideias iniciais, de forma a guiar um esquema de desenvolvimento das etapas seguintes. Tem-se então um processo de "leitura flutuante" no qual se estabelece contato com o texto de forma a proporcionar impressões e orientações (BARDIN, 2011). A partir de leituras do material coletado, procurou-se organizar este material de forma não estruturada, ou seja, sem o compromisso de sistematização, mas atendo-se às questões centrais, ideias e significados presentes no material coletado para as próximas fases (CAMPOS, 2004).

2) **Fase de seleção das unidades temáticas de análise:** as questões de pesquisa orientam o pesquisador nos estudos qualitativos. Nesse contexto, a análise temática apresenta-se como um recorte que desperta um interesse maior, tendo em vista o fato de sentenças, frases ou parágrafos serem utilizados como unidades de análise. A escolha das unidades de análise depende de fatores como os objetivos do estudo, as teorias e intuições do pesquisador. Desse conjunto surgiram as unidades de análise que na fase seguinte passaram a ser categorizadas (CAMPOS, 2004).

3) **Fase de categorização e subcategorização**: As categorias podem ser entendidas como enunciados gerais que envolvem um número variável de temas, de acordo com a proximidade e intimidade, pelos quais são explicados significados e elaborações consideradas importantes aos objetivos da pesquisa e à criação de novos conhecimentos (CAMPOS, 2004). Para Bardin (2011, p. 118), "classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros". Coadunando com este autor, entende-se que as categorias são classes que agrupam um conjunto de elementos com características comuns (subcategorias) por meio de um título genérico.

4) **Fase dos resultados e da interpretação:** depois de organizado e classificado o material coletado, fez-se necessário buscar interpretações e explicações para o problema e as questões de motivaram a pesquisa. Nesse ponto, Bardin (2011) nos alerta para o fato da análise qualitativa ser caracterizada pela inferência, sempre que realizada, estar assentada na presença de questões como tema, palavra e personagem e não sobre a frequência de sua presença em cada comunicação individual.

Apêndice 4 - Roteiro de entrevista individual.

ROTEIRO BÁSICO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Data:_____/_____/_____
Local da entrevista:_____

1. Identificação
Nome:_____
Cargo:_____ Município ☐ Estado ☐
Tempo que ocupa o cargo: _____
Sexo: ( )1-M ( )2-F
Ano nascimento: _____
Formação:_____

COMENTÁRIO GERAL SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Bloco 1: **INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

1) Quais são os INSTRUMENTOS utilizados para monitorar e avaliar a saúde?

2) Há relação entre os instrumentos de PLANEJAMENTO e ORÇAMENTO de governo (Plano de Governo, PPA, LDO e LOA) com o Plano de Saúde, Programação Anual em Saúde e o Mapa da Saúde?

3) No Plano de Saúde vigente constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na CONFERÊNCIA DE SAÚDE? Como ele é construído?

Bloco 2: **ARTICULAÇAO**

4) Qual sua opinião sobre o papel desempenhado pela GESTÃO ESTADUAL enquanto instância COORDENADORA dos processos técnicos e políticos.

5) Como vê o funcionamento das COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS no processo de regionalização da saúde? Cite experiências, críticas e pontos positivos.

Bloco 3: **INDICADORES DE SAÚDE**

6) Um instrumento comumente utilizado na avaliação da gestão é o INDICADOR.
   - *Apresentação de alguns resultados das análises estatísticas realizadas aos indicadores municipais de saúde do SISPACTO e aos indicadores orçamentários e financeiros do SIOPS (período de 2012 a 2014) para comentários.*

Bloco 4: **DESAFIOS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

7) Como descreveria o PROCESSO ATUAL DE AVALIAÇÃO em saúde no âmbito do Município, Estado e Região?

8) Como descreveria o processo de ELABORAÇÃO DAS METAS em saúde?

9) Quais são os PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE e quais as prioridades de intervenção.

10) Como vê a perspectiva do SUS no Acre em um quadro de forte CONTENÇÃO DE GASTOS?

11) Desafios da GESTÃO.

12) Quais as ATIVIDADES DIÁRIAS que ocupam maior parte do seu tempo?

13) OBSERVAÇÕES adicionais.

Apêndice 5 - Roteiro dos grupos focais.

ROTEIRO BÁSICO

COMENTÁRIO GERAL SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

INSTRUMENTOS DE GESTÃO

1) O Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) e o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP) são instrumentos que tem fortalecido a construção da política de regionalização?

ARTICULAÇÃO REGIONAL

2) Como se dá o processo de ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL, PLANEJAMENTO e APOIO TÉCNICO das secretarias municipais de saúde no âmbito da região.

O PROCESSO DE ATENÇÃO À SAÚDE

3) Como avaliam a implementação das seguintes necessidades que constam no PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO:

- Divisão de responsabilidades entre a Secretaria de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, no que se refere à prestação e gestão das ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade da ASSISTÊNCIA;
- Formulação de estratégias para fortalecimento e organização da REDE DE ATENÇÃO à saúde, de médio e longo prazo;
- Formulação de MODALIDADES ALTERNATIVAS DE ATENÇÃO à saúde que superem as dificuldades de acesso e aumentem a resolutividade da assistência, diminuindo-se a demanda para referências intermunicipais e interestadual;

4) Como descreveriam as pactuações em termos de referência e contra-referência da ATENÇÃO BÁSICA para outros níveis de complexidade.

O PROCESSO DE GESTÃO

5) Quais os ASSUNTOS PRIORITÁRIOS que são discutidos no âmbito da CIR? Quanto o item FINANCIAMENTO ocupa na pauta de discussões?

6) Quais são os mecanismos de NEGOCIAÇÃO e de relacionamento no âmbito a CIR.

7) Ressalte pontos positivos e negativos relacionados ao papel desempenhado pela GESTÃO ESTADUAL enquanto instância coordenadora dos processos técnicos e políticos.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS INDICADORES

- *Apresentação de alguns resultados das análises estatísticas realizadas aos indicadores municipais de saúde do SISPACTO e aos indicadores orçamentários e financeiros do SIOPS (período de 2012 a 2014) para comentários.*

DESAFIOS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

8) Como veem a perspectiva do SUS no Acre num quadro de forte CONTENÇÃO GASTOS.

9) Como veem o processo de FINANCIAMENTO para o fortalecimento das regiões. Quais são as críticas e sugestões?

10) Como descreveriam o processo de AVALIAÇÃO em saúde no âmbito das REGIÕES. Quais são as críticas e que soluções poderiam ser criadas?

11) COMENTÁRIOS adicionais.

ANEXOS

Anexo 1 - Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013.

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Comissão Intergestores Tripartite

RESOLUÇÃO Nº 5, DE 19 DE JUNHO DE 2013

Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o disposto no art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a necessidade de construção ascendente e de compatibilização sistêmica dos instrumentos de planejamento da saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011,

que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o disposto no art. 24 da Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe que os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão incorporados, no que couber, no Indicador Nacional de Garantia do Acesso, expresso no Indicador de Desempenho do SUS (IDSUS), de observância nacional e obrigatória;

Considerando a Resolução nº 4/CIT, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas respectivas diretrizes operacionais;

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 24 de novembro de 2011, sobre as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS; e

Considerando as premissas para pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde, para os anos de 2013-2015, pactuadas na reunião da CIT em 28 de fevereiro de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as regras do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 2º No processo de planejamento do SUS, as Diretrizes, os Objetivos, as Metas e Indicadores pactuados devem estar expressos harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo.

§ 1º Para fins do disposto no "caput", os documentos adotados são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão, os Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o COAP, quando da sua elaboração, formalização e atualização.

§ 2º O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento das metas de saúde.

§ 3º O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" servirão para indicações de adoção de medidas corretivas necessárias, o exercício do controle social e a retroalimentação do ciclo de planejamento.

Art. 3º Fica estabelecido rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 1º As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para pactuação nos anos de 2013-2015 são os constantes no Anexo, com possibilidade de serem submetidos, quando necessário, a ajuste anual mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 2º Para a pactuação nos anos de 2013-2015 será considerado indicador universal aquele de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicador específico aquele que expressa especificidade local, sendo de tal forma obrigatória a sua pactuação nesse território.

§ 3º O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" servirão para indicações de adoção de medidas corretivas necessárias, o exercício do controle social e a retroalimentação do ciclo de planejamento.

Art. 3º Fica estabelecido rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 1º As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para pactuação nos anos de 2013-2015 são os constantes no Anexo, com possibilidade de serem submetidos, quando necessário, a ajuste anual mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 2º Para a pactuação nos anos de 2013-2015 será considerado indicador universal aquele de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicador específico aquele que expressa especificidade local, sendo de tal forma obrigatória a sua pactuação nesse território.

§ 3º O ente federado poderá incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 4º Os entes federados que não assinarem o COAP farão o registro, a cada ano, da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO.

§ 1º A pactuação regional precederá a pactuação estadual, sendo as metas municipais e estaduais registradas no SISPACTO.

§ 2º A pactuação seguirá o seguinte fluxo:

I - pactuação municipal:

a) pactuação em nível regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais;

b) aprovação da pactuação pelo Conselho Municipal de Saúde; e

c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias Municipais de Saúde - mediante registro e validação no SISPACTO, com posterior homologação pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde; e

II - pactuação estadual e do Distrito Federal:

a) pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes, respectivamente,à esfera estadual e do Distrito Federal;

b) aprovação da pactuação pelo respectivo Conselho de Saúde; e

c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal mediante registro e validação no SISPACTO

.

§ 3º O SISPACTO será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sispacto.

Art. 5º No processo de formalização e aditamento do COAP, os entes federados observarão a Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe sobre as normas gerais e fluxos do COAP no âmbito do SUS, no que se refere à pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

§ 1º Os Estados e Municípios que assinaram o COAP até a data de publicação desta Resolução, quando do aditamento do contrato, utilizarão o rol único de indicadores constantes do Anexo.

§ 2º Os Estados e Municípios que fizerem a pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no SISPACTO e no mesmo exercício assinarem o COAP deverão observá-los adequando-os à realidade regional.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

WILSON DUARTE ALECRIM
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

ANEXO

ANEXO

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2013-2015

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.			
Objetivo 1.1- Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a atenção básica.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
1	U	Aumentar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
2	U	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)
3	U	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
4	U	Aumentar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
5	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
6	E	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento a política de atenção básica e da atenção especializada.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
7	U	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
8	U	Aumentar o número de internações clinico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
9	E	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
10	E	Aumentar o número de internações clinico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
11	E	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.			
Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**

12	U	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
13	E	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
14	E	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
15	E	Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
16	E	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
17	E	Aumentar o percentual de Internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.			
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
18	U	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	U	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
20	U	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal
21	U	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
22	U	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Número de testes de sífilis por gestante
23	U	Reduzir o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
24	U	Reduzir a mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil
25	U	Investigar os óbitos infantis e fetais.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
26	U	Investigar os óbitos maternos.	Proporção de óbitos maternos investigados

27	U	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
28	U	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.			
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
29	E	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial
Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.			
Objetivo 5.1 -Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
30	U	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.			
Objetivo 6.1 -Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
31	E	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo
32	E	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados
33	E	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados
34	E	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados.
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde			
Objetivo 7.1- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde			

N	Tipo	Meta	Indicador
35	U	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
36	U	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	U	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	U	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
39	U	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação
40	U	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados
41	U	Meta Regional, Estadual e DF: 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias Meta Municipal: realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
42	U	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
43	E	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm^3
44	E	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados
45	E	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
46	E	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
47	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral
48	E	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
49	E	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários
50	E	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária
51	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por	Número absoluto de óbitos por dengue

		dengue	
52	E	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
53	U	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.			
Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
54	E	Meta Regional e Estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X% dos municípios Meta Municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado
Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
55	E	Meta Regional e Estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de saúde ou estado Meta Municipal e DF: x% de serviços farmacêuticos estruturados no município	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados
Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
56	E	100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.			
Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**

57	U	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas
58	E	X % de Expansão dos Programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva	Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva
59	E	X% de expansão dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental	Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental
60	E	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
61	U	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.
Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
62	E	X Mesas (ou espaços formais) Municipais ou Estaduais de Negociação do SUS, implantados e em funcionamento	Número de Mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento
Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.			
Objeivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
63	U	X% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde
64	U	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS
Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
N	**Tipo**	**Meta**	**Indicador**
65	E	Meta Regional e Estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado Meta Municipal e DF: Implantação de 01	Proporção de municípios com Ouvidoria Implantada

		serviço de Ouvidoria	
66	E	Meta Regional: Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do SNA na região de saúde Meta Municipal, Estadual e DF: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA	Componente do SNA estruturado
67	E	Meta Regional e Estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde Meta Municipal, Estadual e DF: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Nota: Tipo do indicador – U= indicador universal e E = indicador específico

Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação em Saúde no Estado do Acre: Limites do possível
Pesquisador: LUCI MARIA TESTON
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 48635315.0.0000.5421
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.368.889

Apresentação do Projeto:
O estudo busca apontar alternativas à fragmentação da avaliação em saúde a partir da utilização de métodos de investigação que combinam a descrição de fatos com a crítica. O estudo será realizado no Acre e as técnicas de coleta de dados qualitativos que serão utilizados na pesquisa compreendem entrevistas, grupos focais e análise documental.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores-chave que atuam no campo da saúde pública no âmbito do Estado do Acre, com foco naqueles que desenvolvem atividades de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

As entrevistas serão gravadas em áudio com utilização de aparelho de gravação para posterior transcrição e análise. Além das entrevistas, será aplicada a técnica do grupo focal junto aos membros da Comissão Intergestores Regionais de Saúde (CIR). A CIR é um órgão de instância colegiada, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso entre os gestores municipais do Estado do Acre. Serão três grupos focais, um em cada CIR, visto que o Estado do Acre possui três regiões em saúde. As reuniões serão gravadas e transcritas posteriormente.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

Objetivo da Pesquisa:
Primário:

Analisar a atual política de avaliação em saúde no Acre, no sentido de propor sua efetivação enquanto um instrumento emancipatório, de forma a promover políticas públicas com ampliação dos espaços participativos e auxiliar na democratização do estado.

Objetivos Secundários:

Analisar o quadro referencial do capitalismo contemporâneo e dos aspectos políticos em que se insere a avaliação da política de saúde, destacando as dimensões mais amplas que a envolvem;

Elaborar uma avaliação quantitativa das regiões de saúde do estado do Acre, destacando sua limitação para a apreensão de uma avaliação emancipatória;

Conhecer as percepções dos gestores sobre o processo de avaliação em saúde que vem sendo realizado;

Refletir sobre as possibilidades de se enfrentar o processo de fragmentação da avaliação, com o propósito de torná-la um elemento emancipatório e democrático.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos: Risco mínimo, por incômodo e/ou desconforto dos participantes nas entrevistas.

Benefícios: Espera-se que o estudo traga informações importantes sobre o processo de produção da política de avaliação no Acre, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa ser utilizado no âmbito da produção das políticas públicas em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa interessante, cujo desfecho primário é contribuir no processo de avaliação da política de saúde no estado do Acre, no sentido promover a reflexão sobre a necessidade de constituir um processo de avaliação menos fragmentado e mais democrático.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está adequadamente preenchida e assinada pela pesquisadora responsável e pela vice-diretora da FSP-USP.

É apresentado um TCLE para a entrevista individual e um TCLE para os membros da Comissão Intergestores Regionais de Saúde (CIR). Ambos os TCLEs contemplam todos os aspectos da resolução 466/12.

São apresentadas 3 Cartas de Anuência, assinadas pelos coordenadores das CIR - Alto Acre, Baixo Acre e Juruá, autorizando a coleta de dados documentais e a realização de grupos focais e entrevistas individuais com os membros dessas Comissões.

Também é apresentada uma Carta de Anuência assinada pelo Secretário de Saúde do Acre, autorizando a coleta de dados documentais e a realização de entrevistas individuais com os gestores.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_565511.pdf	22/08/2015 13:08:47		Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.PDF	22/08/2015 12:58:50	LUCI MARIA TESTON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/08/2015 12:57:57	LUCI MARIA TESTON	Aceito
Outros	Roteiro_GrupoFocal.pdf	18/08/2015 18:42:45	LUCI MARIA TESTON	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.368.889

Outros	Roteiro_ENTREVISTA.pdf	18/08/2015 18:40:54	LUCI MARIA TESTON	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização-Secretaria de Estado de Saude - SESACRE.PDF	15/08/2015 12:05:39		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização Institucional-CIR - Regional do Jurua.pdf	15/08/2015 12:04:14		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização Institucional-CIR - Regional do Baixo Acre.pdf	15/08/2015 12:03:51		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização Institucional-CIR - Regional do Alto Acre.PDF	15/08/2015 12:03:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - GRUPO FOCAL.pdf	15/08/2015 11:57:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - ENTREVISTAS.pdf	15/08/2015 11:57:29		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	15/08/2015 11:55:53		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 15 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

CURRICULO LATTES

Luci Maria Teston

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/6738944947882146

Última atualização do currículo em 06/08/2016

É doutoranda em Ciências, área de Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo - FSP/USP. Possui mestrado em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ (2009), pós-graduação em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes - UCAM (2008) e em Direito Ambiental pela Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT (2008). É graduada em Administração pela Universidade de Brasília - UnB (2011) e em Comunicação Social - habilitação em jornalismo pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó - UnoChapecó (2002). É pesquisadora no Núcleo de Estudos Estratégicos e Relações Internacionais - NEERINT, da Universidade Federal do Acre - UFAC, na Linha de Pesquisa: Relações Internacionais Contemporâneas Bilaterais e Multilaterais. Tem interesse nas seguintes áreas de atuação e pesquisa: Relações Executivo - Legislativo e Política e Gestão em Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Luci Maria Teston

Nome em citações bibliográficas TESTON, L. M.;TESTON, LUCI MARIA

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2013 Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória,
Orientador: Prof. Dr. Aquilas Nogueira Mendes.
Coorientador: Profa. Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso Reis.
Grande área: Ciências da Saúde

2007 - 2009 Mestrado em Ciência Política (Ciência Política e Sociologia) (Conceito CAPES 6).
Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, IUPERJ, Brasil.
Título: Maiorias e Minorias no Processo Governativo do Acre: Relações Executivo e Legislativo entre 1999-2006,Ano de Obtenção: 2009.
Orientador: Prof. Dr. Fabiano Guilherme Mendes Santos.
Palavras-chave: Presidencialismo de Coalizão; Poder de Agenda; Disciplina Partidária; Delegação; Relações Executivo-Legislativo.
Grande área: Ciências Humanas
Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia.

2009 - 2010 Especialização em Direito Ambiental. (Carga Horária: 390h).
Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT, Brasil.
Título: Desenvolvimento urbano e sustentabilidade: uma reflexão sobre as Áreas de Preservação Permanente situadas na cidade de Rio Branco/AC.
Orientador: Prof. Ms. Danilo Lovisaro Nascimento.

2007 - 2008 Especialização em Docência do Ensino Superior. (Carga Horária: 360h).
Universidade Candido Mendes, UCAM, Brasil.
Título: Papel Social do Docente Universitário no Século XXI.
Orientador: Prof. Vilson Sérgio de Carvalho.

2005 - 2005 Aperfeiçoamento em Mídia e Política. (Carga Horária: 128h).
Universidade de Brasília, UnB, Brasil.
Título: Popularidade do presidente Luiz Inácio Lula da Silva: uma análise de discurso nos jornais Correio Brasiliense, Folha de São Paulo, Jornal do Brasil, O Estado de São Paulo e O Globo. Ano de finalização: 2005.

2010 Graduação em andamento em Direito.
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.

2007 - 2011 Graduação em Administração.
Universidade de Brasília, UnB, Brasil.
Título: Sala de Situação: instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações do Governo do Estado do Acre.
Orientador: Prof. Esp. Josias Rodrigues Alves.

1998 - 2002 Graduação em Comunicação Social - habilitação em Jornalismo.
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, UNOCHAPECO, Brasil.
Título: O jornalismo na ótica dos acadêmicos de Comunicação Social da Unoesc ? Campus de Chapecó, dos empresários e dos profissionais da imprensa local

Áquilas Nogueira Mendes

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7310723011915165

Última atualização do currículo em 31/07/2016

possui doutorado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - (2005), livre-docência pela USP (2012) e pós-graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra (1984). Atualmente é professor livre-docente de economia da saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e de seu programa de pós-graduação em Saúde Pública, professor doutor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) (2007-2010) e vice-presidente (2003-2007). Autor de "Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo fianceirizado", Hucitec, 2012 e vários outros livros e artigos e com experiência de consultoria e pesquisa na área de Economia Social, com ênfase nos seguintes temas: economia da saúde, financiamento da saúde e do SUS, gestão orçamentária e financeira das políticas públicas, com destaque para a área da saúde, economia da previdência social e da assistência social, finanças públicas, economia e desenvolvimento e economia política na América Latina. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Áquilas Nogueira Mendes

Nome em citações bibliográficas MENDES, Áquilas Nogueira;MENDES, ÁQUILAS;MENDES, AQUILAS NOGUEIRA

Endereço

Endereço Profissional Faculdade de Saúde Pública - USP, Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP.
R. Dr. Arnaldo, 715
Cerqueira César
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (011) 30617784
URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2000 - 2005 Doutorado em Ciências Econômicas.
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: Financiamento, Gasto e Gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995-2001), Ano de obtenção: 2005.
Orientador: Sônia Miriam Draibe.
Palavras-chave: Financiamento da saúde; Economia da Saúde; gasto em saúde.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Economia / Subárea: ECONOMIA DA SAÚDE.
Setores de atividade: Serviços Coletivos Prestados Pela Administração Pública Na Esfera da Seguridade Social.

1983 - 1984 Especialização em Política e Relações Internacionais.
Lancaster University, LANCASTER, Inglaterra.
Título: Brazilian Revolutionary Movements (1960-1974).
Orientador: R H Baker.

1978 - 1982 Graduação em Administração.
Fundação Armando Álvares Penteado, FAAP, Brasil.

Livre-docência

2012 Livre-docência.
Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP-USP, Brasil.
Título: Tempos Turbulentos da Saúde Pública Brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado, Ano de obtenção: 2012.
Palavras-chave: Saúde pública universal; Financiamento do SUS; Capitalismo Contemporâneo; Capital portador de juros; Regulamentação da EC29.
Grande área: Ciências da Saúde