Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Hospital Regional do Juruá e a política pública de
saúde no Acre, no início do século XXI, sob governos
hegemonizados pelo Partido dos Trabalhadores**

Cleber Ronald Inácio dos Santos

**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. Paulo Capel Narvai

Coorientador: Prof. Dr. Estanislau Paulo

Klein

São Paulo

2017

Hospital Regional do Juruá e a política pública de saúde no Acre, no início do século XXI, sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores

Cleber Ronald Inácio dos Santos

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. Paulo Capel Narvai

Coorientador: Prof. Dr. Estanislau Paulo

Klein

Versão Corrigida

São Paulo

2017

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

Dedico este trabalho à memória dos meus Pais, *José da Silva Santos* e *Rosa Ignácio dos Santos*, que com carinho, amor e dedicação concederam as sólidas bases que formaram o meu caráter.

Dedico aos usuários, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde do Estado do Acre, especialmente aos que se vinculam ao Hospital Regional do Juruá e dele necessitam serviços.

Dedico, também, aos meus alunos e ex-alunos do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, a quem deposito a confiança e a esperança de darem continuidade à batalha constante pela construção de um Sistema de Saúde, único, público, gratuito, universal, equânime e resolutivo para todos os brasileiros.

Dedico aos meus professores e mestres, todos servidores públicos, que apesar das muitas dificuldades enfrentadas pelo sistema educacional brasileiro, em diferentes épocas, não mediram esforços profissionais para engrandecer a minha formação, deixando-me como herança grandes virtudes e nobres valores que moldaram o meu caráter de maneira indelével.

Dedico, finalmente, ao Povo brasileiro, que com seu trabalho e sacrifícios financiou toda a minha trajetória de formação educacional, desde o ensino fundamental até o doutoramento. Espero ter podido retribuir à sociedade, com o produto intelectual desta tese, uma pequena parcela de todo o investimento feito em mim.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. *Paulo Capel Narvai*, meu orientador, paciente e experiente, que nunca deixou de transmitir bons ensinamentos. Amigo de todas as horas. Incansável batalhador da Saúde Pública e exemplo de dedicação à Ciência.

Ao Prof. Dr. *Estanislau Paulo Klein*, meu coorientador, pelas contribuições dadas ao trabalho e pelos conhecimentos repassados.

Aos quarenta *participantes da pesquisa*, que se dispuseram a colaborar concedendo-me a entrevista e expondo de forma clara as suas opiniões.

Ao Prof. Dr. *Celso Zilbovícius*, ao Prof. Dr. *Leonardo Carnut*, ao Prof. Dr. *Marco Antônio Manfredini* e ao Prof. Dr. *Paulo Frazão* por aceitarem o convite para participar da Banca de Defesa, pelos conhecimentos transmitidos e pelas sugestões pertinentes ao meu crescimento intelectual.

À Prof^ª Dr^a *Cleide Laviéri Martins*, Prof^ª Dr^a. *Ângela Maria Belloni Cuenca* e Prof^ª Dr^a *Cristiane de Oliveira Cardoso*, coordenadoras do bem sucedido Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública, promovido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em cooperação com a Universidade Federal do Acre, que souberam conduzir com retidão este empreendimento.

Ao Prof. Dr. *Pascoal Torres Muniz*, ex-vice-reitor da Universidade Federal do Acre, por seu empenho em viabilizar o Curso de Doutorado em Saúde Pública no Estado do Acre.

Ao Prof. Dr. *Sebastião Afonso Viana Macedo Neves*, governador do Estado do Acre, pela decisão política visionária de apoiar a formação de novos doutores para o Estado do Acre.

Aos amigos *Ângela Fernandes*, *Francisco Nailton Cardoso Leitão* e *Raiff Pimentel Soares*, secretários da Coordenação do Curso, pela dedicação e colaboração durante todo o Curso.

À minha especialíssima e extraordinária amiga *Nara Cilene da Silva Oliveira*, pelo carinho, atenção e dedicação à nossa antiga e duradora amizade, sempre pronta a me incentivar e a me socorrer quando mais preciso.

Aos diletos amigos *Alexandre Magno Bivar*, *Dalvaci de Oliveira Cunha*, *Ionar de Oliveira Cosson*, *José Inácio Jardim Motta*, *Maurênio Bonfim de Melo*, *Reginaldo Fragoso Bezerra* e *Valéria Rodrigues da Silva*, grandes incentivadores e colaboradores em diversos momentos desta caminhada.

À amiga *Maria Lúcia Freitas*, mais conhecida no Acre por “*Véia Lúcia*” ou “*Véia*”, pelo carinho, gentileza e disponibilidade em ajudar-me durante este processo.

Aos colegas de turma *Alexsandra Cavalcante Pinheiro*, *Maria das Graças Alves Pereira* e *Rozilaine Redi Lago*, pelo prazer da convivência e pela solidificação de uma grande amizade.

Aos novos amigos de São Paulo, *Antônio Carlos de Souza Neto*, *Edina Aparecida Condé Arouca* e *Lúcia Marcia André* pelo apoio e incentivo dados durante todo o Curso.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

“Nec luceo pluribus impar”

“Não inferior a muitas estrelas”, a divisa inscrita no Brasão de Armas do Estado do Acre, adotada por mim como lema de vida, desde que imigrei para a belíssima terra acriana e que me norteou durante toda a realização deste trabalho.

Santos CRI. Hospital Regional do Juruá e a política pública de saúde no Acre, no início do século XXI, sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2017.

RESUMO

Introdução – A partir da pergunta de partida *“Que fatores levaram um partido de origem socialista a optar por uma gerência terceirizada na Saúde?”* procurou-se analisar a parceria de um Órgão Público com o Terceiro Setor, para gerenciar um hospital regional, definindo-se, como objeto, o caso do Hospital Regional do Juruá, Acre, no início do século XXI. **Objetivo** – Analisar as implicações do gerenciamento terceirizado de um hospital público e a política pública de saúde no Acre, no início do século XXI, sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores. **Método** – estudo de metodologia qualitativa, utilizou um estudo de caso, onde foram realizadas revisão de bibliografia, análise documental e coleta de dados empíricos. A população de referência foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental e de entrevista com roteiro. O conteúdo das entrevistas foi sistematizado com o auxílio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Posteriormente, foi triangulado com os dados oriundos da pesquisa documental. A análise final utilizou a Teoria da Escolha Racional. **Resultados** – As transformações ocorridas no mundo desde a década de 1980 atingiram o PT na sua trajetória e o colocaram diante da escolha de maximizar votos para chegar ao poder, optando por ampliar suas alianças e fazendo uma virada ideológica pragmática. No Acre, a eleição da Frente Popular representou uma ruptura com o sistema político local inaugurando um projeto de Poder de longo prazo. A Saúde Pública foi bastante impactada, resultando num serviço de melhor qualidade, reconhecido pela população. Os governos agiram racionalmente para maximizar o apoio político, tomando decisões eficientemente planejadas para alcançar os fins econômicos e políticos desejados. Dentre essas escolhas, esteve a decisão de firmar parceria com o Terceiro Setor para gerenciar um hospital de referência regional. **Conclusões** – A contradição inicial de um governo do Partido dos Trabalhadores em utilizar o modelo de terceirização para gerir um hospital público foi explicada através das escolhas racionais feitas pelos seus governos diante das alternativas colocadas, analisando-se as várias condições que dificultavam o funcionamento de um hospital numa localidade geograficamente isolada. Entretanto, a lógica da parceria com o Terceiro Setor foi naturalizada, favorecendo a acomodação dos interesses das partes envolvidas, e consolidando-se como permanente.

DESCRIPTORIOS: Sistema Único de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Teoria da Escolha Racional; Partido dos Trabalhadores; Ciência Política.

Santos CRI. Hospital Regional do Juruá e a política pública de saúde no Acre, no início do século XXI, sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores. / Hospital Regional do Juruá and public health policy in Acre at the beginning of the 21st century under governments hegemonized by the Partido dos Trabalhadores. [Thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction – From the starting question "What factors led a party of socialist origin to opt for outsourced management in Health?" sought to analyze the partnership of a Public Organ with the Third Sector, to manage a regional hospital, defining, as object, the case of the Hospital Regional do Juruá, Acre, at the beginning of the 21st century. **Objective** – To analyze the implications of outsourced management of a public hospital and public health policy in Acre at the beginning of the 21st century under governments hegemonized by the Partido dos Trabalhadores. **Method** – Study of qualitative methodology, used a case study, where they were carried out review of bibliography, documentary analysis and empirical data collection. The reference population was made up of SUS managers, workers and users. The data were obtained through documentary research and interview with script. The content of the interviews was systematized with the help of the Collective Subject Discourse technique. Subsequently, it was triangulated with data from documentary research. The final analysis used the Rational Choice Theory. **Results** – The transformations that have occurred in the world since the 1980s have reached the PT in its trajectory and have placed it before the choice of maximizing votes to reach power, opting to broaden its alliances and making a pragmatic ideological turn. In Acre, the Popular Front election represented a break with the local political system inaugurating a long-term power project. Public Health was very impacted, resulting in a better quality service, recognized by the population. Governments acted rationally to maximize political support by making efficiently planned decisions to achieve the desired economic and political ends. Among these choices was the decision to establish a partnership with the Third Sector to manage a regional reference hospital. **Conclusions** – The initial contradiction of a Partido dos Trabalhadores government in using the outsourcing model to run a public hospital was explained through the rational choices made by its governments in the face of the alternatives placed by analyzing the various conditions that hindered the operation of a hospital in a Locally geographically isolated. However, the logic of the partnership with the Third Sector was naturalized, favoring the accommodation of the interests of the parties involved, and consolidating as permanent.

DESCRIPTORS: Unified Health System; Qualitative Research; Theory of Rational Choice; Workers Party; Political Science.

ÍNDICE

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 A REFORMA DO ESTADO E AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO	22
2.2 O PARTIDO DOS TRABALHADORES NO ACRE	28
2.3 O HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ E A ASSOCIAÇÃO NOSSA SENHORA DA SAÚDE (ANSSAU)	31
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MÉTODO	35
4.1 TIPO DE ESTUDO	35
4.2 DEFINIÇÃO DA UNIDADE-CASO E A DETERMINAÇÃO DO NÚMERO DE CASOS	36
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	36
4.3.1 Seleção dos Participantes da Pesquisa	37
4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
4.4.1 Técnicas de Coleta de Dados	37
4.4.2 Técnicas de Registro de Dados	39
4.4.3 Pré-Teste	40
4.5 SINTESE DE DADOS	40
4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
4.6.1 Triangulação de Dados	43
4.7 RELATÓRIO FINAL	48
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	48

PARTE II – PRODUTOS DA TESE

5 PRODUTOS	50
5.1 ARTIGO 1 O IDEAL SOCIALISTA NUM MUNDO NEOLIBERAL E A VIRADA PRAGMÁTICA DO PT, NO INÍCIO DO SÉCULO XXI	51

5.2 ARTIGO 2 O PARTIDO DOS TRABALHADORES E A SAÚDE NO ACRE	86
5.3 ARTIGO 3 O CASO DO HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ	126
PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
7 REFERÊNCIAS	170
8 ANEXOS	174
8.1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/FSP	175
8.2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	177
8.3 – Roteiro para a Entrevista	180
8.4 – Declaração de Anuência do Gestor Estadual	181
8.5 – Declaração de Anuência da Presidência da ANSSAU	182
8. 6 – Currículo Lattes do Autor	184
8.7 - Currículo Lattes do Orientador	185

SIGLAS UTILIZADAS

ABC	- Referente às cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.
AC	- Ancoragem
AC-4	- Ato Complementar nº 4
AI-2	- Ato institucional nº 2
ANSSAU	- Associação Nossa Senhora da Saúde
ARENA	- Aliança Renovadora Nacional
BASA	- Banco da Amazônia Sociedade Anônima
BCG	- Bacilo Calmette-Guérin (vacina contra a tuberculose)
BIRD	- Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CEBAS	- Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEBs	- Comunidades Eclesiais de Base
CES-AC	- Conselho Estadual de Saúde do Acre
CIB-AC	- Comissão Intergestores Bipartite do Acre
CNBB	- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	- Coordenação Nacional de Regulação em Alta Complexidade
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	- Comissão Nacional de Ética na Pesquisa
COPS	- Conselho Popular de Saúde
DCA	- Doença de Chagas Aguda
DEM	- Democratas
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	- Expressões-Chave
FHC	- Fernando Henrique Cardoso (presidente)
FMI	- Fundo Monetário Internacional
FPA	- Frente Popular do Acre
FUNDHACRE	- Fundação Hospital Estadual do Acre
HRJ	- Hospital Regional do Juruá

IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Ideia Central
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
INTERNET	- Rede Mundial de Computadores
INTO	- Instituto Nacional de Traumatismo-Ortopedia
IPA	- Índice Parasitário Anual
MARE	- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDA	- Movimento Democrático Acriano
MDB	- Movimento Democrático Brasileiro
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONGs	- Organizações Não-Governamentais
OS	- Organização Sociais
OSCIP	- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSI	- Organização Socialista Internacionalista
PCCR	- Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações
PCdoB	- Partido Comunista do Brasil
PDDE	- Programa Dinheiro Direto na Escola
PDDH	- Programa Dinheiro Direto no Hospital
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDS	- Partido Democrático Social
PDT	- Partido Democrático Trabalhista
PDUS	- Plano Diretor da Unidade de Saúde
PED	- Processo de Eleição Direta
PFL	- Partido da Frente Liberal
PGT	- Partido Geral dos Trabalhadores
PHS	- Partido Humanista da Solidariedade
PIB	- Produto Interno Bruto
PL	- Partido Liberal
PMDB	- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PMN	- Partido da Mobilização Nacional
PP	- Partido Popular
PPB	- Partido do Povo Brasileiro
PPR	- Partido Progressista Reformador
PPS	- Partido Popular Socialista
PR	- Partido da República
PRC	- Partido Revolucionário Comunista
PRONA	- Partido da Reedificação da Ordem Nacional
PRTB	- Partido Renovador Trabalhista Brasileiro
PSB	- Partido Socialista Brasileiro
PSC	- Partido Social Cristão
PSD	- Partido Social Democrata
PSDB	- Partido da Social Democracia Brasileira
PSL	- Partido Social Liberal
PST	- Partido Social Trabalhista
PT	- Partido dos Trabalhadores
PTA	- Plano de Trabalho Anual
PTB	- Partido Trabalhista Brasileiro
PTC	- Partido Trabalhista Cristão
PTdoB	- Partido Trabalhista do Brasil
QUALIQUANTISOFT	- Programa de computação para processar os discursos
RAG	- Relatório Anual de Gestão
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESACRE	- Secretaria de Estado de Saúde do Acre
SINTESAC	- Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado do Acre
SP	- São Paulo (estado)
SSA	- Serviço Social Autônomo
STF	- Supremo Tribunal Federal
STR	- Sindicato de Trabalhadores Rurais
SUS	- Sistema Único de Saúde
TER	- Teoria da Escolha Racional
TFD	- Tratamento Fora de Domicílio
TRS	- Teoria da Representação Social

UDN	- União Democrática Nacional
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
URSS	- União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

O Estado do Acre integra a Região Norte do País e apresenta uma área territorial de 164.221,36 km², correspondente a 4,26% da Região Norte e a 1,92% do território nacional, sendo o 15º estado brasileiro em extensão territorial (ACRE, 2016; BRASIL, 2016).

Situa-se num planalto com altitude média de 200 m do nível do mar, localizado no sudoeste da Região Norte, entre as latitudes de 7°06'56 S e longitude 73° 48' 05" W, latitude de 11° 08' 41"S e longitude 68° 42' 59"W, na parte ocidental da Amazônia brasileira (ACRE, 2016; BRASIL, 2016).

De acordo com SILVA (2008, p. 226), o território acriano foi subdividido, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1989, em duas mesorregiões geográficas, “*obedecendo a critérios da dinâmica da produção capitalista introduzida no Estado a partir da década de 1970*”: a mesorregião do Vale do Juruá (que compreende as microrregiões de Cruzeiro do Sul e de Tarauacá), com 52,1% da área total do estado; e a mesorregião do Vale do Acre (compreendendo as microrregiões de Sena Madureira, Rio Branco e Brasileia), representando 47,9% da área total do território acriano.

O Estado possui uma população estimada em 816.687 habitantes, com densidade demográfica de 4,97 hab/km². Administrativamente está dividido em 22 municípios, sendo sua Capital a cidade de Rio Branco (ACRE, 2016; BRASIL, 2016).

Considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Acre verificado nos anos censitários de 1991, 2000 e 2010, houve um aumento de 0,402 (considerado baixo, em 1991) para 0,663 (considerado médio, em 2010) (ACRE, 2016).

A população economicamente ativa representa 60% do total da população em idade ativa. O setor de atividade mais ocupado pelos trabalhadores acrianos é a agricultura (28,8%), seguida do comércio e serviços (28,6%) e Educação, Saúde e Serviços Sociais (27,5%) (ACRE, 2013).

Em relação à posição na ocupação, 50,4% são empregados, 23,1% são autônomos, 6,3% empregados domésticos e apenas 2,3% são empregadores (ACRE, 2013).

Considerando-se o rendimento mensal da população, a maioria (26,28%) não possui qualquer rendimento. Dentre os que possuem rendimento mensal, o maior percentual encontra-se na faixa de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, correspondendo a 22,65% do total, seguidos dos que se encontram na faixa entre 1 a 2 salários mínimos (21,56%) e dos que ganham até meio salário mínimo (10,81%) (ACRE, 2016).

No setor educacional, a taxa de analfabetismo é de 16,6% (ACRE, 2013) e dentre os que são alfabetizados, a maioria tem o Ensino Fundamental completo (61,38%). Em seguida aparecem os que possuem Ensino Médio completo (17,18%) e os detentores de Curso Superior (11,79%) (ACRE, 2016).

Na área da Saúde Pública, com relação à Mortalidade Geral, o Estado do Acre apresentou, no período de 2012 a 2015, um coeficiente de 2,59 óbitos/1.000 habitantes. Do total de óbitos ocorridos neste período, 23,75% foram na Região do Vale do Juruá (ACRE, 2016).

As principais causas de morte em todo o Estado do Acre, em 2015, foram as doenças do aparelho circulatório (810), as causas externas (479), as neoplasias (474) e as doenças do aparelho respiratório (461), notando-se uma inversão no posicionamento quando comparado com o ranking nacional, onde as neoplasias ocupam o segundo lugar e as causas externas, o terceiro lugar (ACRE, 2016).

Considerando-se a Mortalidade Infantil, apesar de ser classificada como baixa, seu coeficiente apresentou uma tendência de aumento a partir de 2013, passando de 16,45 óbitos em menores de um ano de idade por cada mil nascidos vivos, para 17,60 óbitos em 2015 (ACRE, 2016).

Dentre os fatores prováveis que contribuíram para a elevação do Coeficiente de Mortalidade Infantil no Acre, encontra-se o alto registro de óbitos em menores de um ano de idade nas aldeias indígenas, justificado pelas epidemias de diarreia, alta incidência de desnutrição e baixa prevalência de aleitamento materno nesta população (ACRE, 2016).

O principal problema de Saúde Pública do Estado do Acre continua sendo a malária, doença endêmica em toda a Amazônia, que responde por 99,5% da malária encontrada no Brasil. Em 2014, foram confirmados microscopicamente 143.910 casos e registradas 41

mortes relacionadas com a doença. O País contribui com 42% de todos os casos de malária registrados na América Latina e no Caribe (FERREIRA e CASTRO, 2016).

A transmissão nessa área está relacionada a

“fatores biológicos (presença de alta densidade de mosquitos vetores, agente etiológico e população suscetível); geográficos (altos índices de pluviosidade, amplitude da malha hídrica e a cobertura vegetal); ecológicos (desmatamentos, construção de estradas, sistemas de irrigação, açudes) e sociais (presença de numerosos grupos populacionais, morando em habitações com ausência completa ou parcial de paredes laterais e trabalhando próximo ou dentro das matas)” (ACRE, 2016, p. 52).

Observou-se uma tendência decrescente do Índice Parasitário Anual de Malária (IPA) no Acre, no período de 2013 a 2015. Entretanto, o estado não atingiu a meta pactuada junto ao Ministério da Saúde, de redução de 15% no número de exames positivos de malária por mil habitantes, alcançando uma redução de 13,5 % (de 2013 para 2014) e de 12,3%, de 2014 para 2015 (ACRE, 2016).

Contudo, FERREIRA e CASTRO (2016) apontam que dentre os desafios para a eliminação da malária inclui-se a alta prevalência de infecções assintomáticas e submicroscópicas; a emergente resistência aos medicamentos antimaláricos; a falta de medicamentos seguros contra a recaída; a negligência da malária na gravidez; a necessidade de melhores estratégias de controle do vetor; a mobilidade humana; a necessidade de um acompanhamento eficaz e ferramentas para identificar focos de infecção em áreas com baixa transmissão; e os efeitos da variabilidade ambiental e climática na transmissão da doença.

A oferta de serviços de saúde no Estado do Acre é realizada por 774 estabelecimentos de saúde, sendo 409 públicos (330 municipais e 79 estaduais), 364 privados (305 municipais e 59 estaduais) e 01 filantrópico (ACRE, 2016).

No Sistema Único de Saúde, os municípios são responsáveis pelas ações de Atenção Básica e parte da Média Complexidade e a Secretaria de Estado da Saúde do Acre (SESACRE) é responsável pelo restante da Atenção de Média Complexidade e por toda a atenção de Alta Complexidade (ACRE, 2016).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), o estado encontra-se dividido em três Regiões de Saúde: a Região do Vale do Alto Acre; a Região do Vale do Baixo Acre-Purus; e, a Região do Vale do Juruá (ACRE, 2009).

Este trabalho teve como cenário a Região de Saúde do Vale do Juruá, que com a saída do município de Jordão para integrar a Região de Saúde do Vale do Baixo Acre-Purus, passou a ser constituída por sete municípios: Cruzeiro do Sul, Feijó, Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Rodrigues Alves e Tarauacá. (ACRE, 2012). A Região de Saúde possui uma população estimada em 217.343 habitantes, distribuídos em aproximadamente 80.091, 23 Km², que equivale a 48,8 % do território acriano e representa uma densidade demográfica de, aproximadamente, 2,7 habitantes/Km² (BRASIL, 2016).

A denominação se deve ao rio Juruá, afluente da margem direita do rio Solimões, que nasce no Peru e tem um percurso de aproximadamente 3.000 km, sendo de grande importância para a região e servindo de hidrovia para diversas comunidades dos estados do Acre e do Amazonas. Em suas margens localizam-se importantes cidades, como Cruzeiro do Sul, no estado do Acre e Guajará, Ipixuna e Eirunepé, no estado do Amazonas (MENDONÇA, 1989; BRASIL, 2009).

A Região de Saúde do Vale do Juruá conta com 161 estabelecimentos de saúde, sendo 101 públicos municipais, 23 públicos estaduais, 18 privados municipais, 19 privados estaduais e nenhum filantrópico. A cidade de Cruzeiro do Sul concentra, aproximadamente, 53,5% do total destes estabelecimentos de saúde (ACRE, 2016).

As cinco principais causas de internações hospitalares na Região do Vale do Juruá são: gravidez, parto e puerpério (39%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (19,8%), doenças do aparelho respiratório (11,8%), doenças do aparelho digestório (7,4%) e lesões por envenenamento e algumas outras consequência por causas externas (7,3%) (ACRE, 2016).

A Região de Saúde do Vale do Juruá, no que se refere à malária, se destacou consideravelmente em relação às outras regiões de saúde, concentrando mais de 95% dos casos da doença de todo o estado (ACRE, 2016), sendo que quatro municípios desta região, com uma população de quase 120.000 habitantes, foram responsáveis por 46% de todas as infecções por *Plasmodium falciparum* diagnosticadas no Brasil, em 2014 (FERREIRA e CASTRO, 2016).

No período compreendido entre 2013 e 2015, na Região do Vale do Juruá, foi registrada uma diminuição do IPA, decrescendo o número de exames positivos de malária, de 159,8 por mil (2013) para 140,0 por mil (2014); e, posteriormente, para 123,6 por mil habitantes (2015) (ACRE, 2016).

Entretanto, FERREIRA e CASTRO (2016) alertam, no seu estudo, sobre a ação humana, que ao construir açudes para o cultivo de peixes, possibilita a existência de novos criadouros do vetor, e, portanto, deverá ser um importante fator a ser considerado num provável aumento da incidência de malária, nas áreas urbanas e periurbanas do Vale do Juruá. A piscicultura passou a ser fomentada pelo governo do Acre, como incentivo aos pequenos produtores, a partir do primeiro mandato do governador Tião Viana (2011-2014).

Em relação à dengue, a Região de Saúde do Vale do Juruá enfrentou uma epidemia da doença no ano de 2014, porém, alcançou uma redução significativa em 2015. Em 2013 foram confirmados 38 casos, que saltaram para 26.676 casos durante a epidemia de 2014 e diminuíram para 4.527, em 2015 (ACRE, 2016).

Quanto às hepatites virais, registrou-se um declínio dos casos confirmados, passando de 745 (2012) para 194 (2015) (ACRE, 2016).

A leptospirose, por estar diretamente relacionada a níveis pluviométricos aumentados (situação que favorece a ocorrência de enchentes e o aumento dos riscos de transmissão), é considerada uma zoonose de grande relevância para a Saúde Pública da Região do Vale do Juruá, onde se registrou um aumento significativo dos casos desta doença no ano de 2014 (249 casos notificados, representando 20,6% do total do estado), com decréscimo no ano de 2015 (105 casos notificados, equivalendo a 10,7% do total do estado). Nestes dois anos grandes enchentes atingiram todo o Estado do Acre, e, em especial, o município de Cruzeiro do Sul (ACRE, 2016).

Nos últimos anos vem sendo registrada a ocorrência de Doença de Chagas Aguda (DCA) nos estados da Amazônia Legal, que não era considerada zona endêmica para esta doença. Na Região do Vale do Juruá foram registrados sete casos, entre 2013 e 2015 (ACRE, 2016).

Quanto à cobertura vacinal na Região de Saúde do Vale do Juruá, no ano de 2015, as vacinas que ultrapassaram 70% de cobertura foram: a BCG (99,33%), a Tríplice viral (80,95%), a anti-Meningocócica (73,89) e a anti-Poliomielite (71,37) (ACRE, 2016).

O Hospital Regional do Juruá, situado na cidade de Cruzeiro do Sul, foi inaugurado em agosto de 2007, possui natureza pública estadual, exerce atividades nos níveis de atenção secundária e terciária, oferece serviços em regime ambulatorial e hospitalar e constitui-se em unidade de referência para a Região de Saúde do Vale do Juruá, atendendo demandas referenciadas do município de Cruzeiro do Sul, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos hospitais e unidades mistas dos municípios que compõem a região, além de atender às demandas espontâneas dos municípios de Ipixuna e Guajará, do vizinho estado do Amazonas, cobrindo uma população de mais de 210 mil habitantes (ACRE, 2008).

A terceirização da gerência do Hospital Regional do Juruá ocorreu durante o governo da Frente Popular do Acre (FPA), hegemonizado pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que se encontra no poder estadual desde 1999.

A recente história de adoção de modelos de gerência terceirizada no Sistema Único de Saúde aguçou o desejo de o pesquisador observar a realidade local e, através do confronto com as teorias existentes, analisar os fatores que levaram um partido político de origem socialista a estabelecer uma parceria com o Terceiro Setor, na saúde, ao exercer o governo de uma unidade federativa.

A partir da pergunta de partida *“Que fatores levaram um partido de origem socialista a optar por uma gerência terceirizada na Saúde?”* procurou-se fazer um recorte na relação público-privado, analisando a parceria de um Órgão Público com o Terceiro Setor, através de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), para a gerência de um hospital regional.

Definiu-se, como objeto, o caso do Hospital Regional do Juruá, no início do século XXI, analisando-se as implicações da terceirização da gerência de um hospital público, sob governos hegemonizados pelo Partido dos Trabalhadores, no Acre.

O Partido dos Trabalhadores, ao surgir como portador de um novo projeto de sociedade apresentava, na sua origem, um posicionamento contrário às teses de terceirização. Contudo, à medida em que ampliou o seu poder político no País foi se afastando, na prática, das definições doutrinárias fundantes. Este afastamento parece se aprofundar quando o partido

chega ao poder e dirige um Governo, gerando uma contradição entre a plataforma política e a prática de Governo. O presente estudo se propôs a analisar esta possível contradição.

Ao propor este estudo, teve-se a clareza da contribuição substancial para o entendimento da relação do Sistema Único de Saúde com o Terceiro Setor e a compreensão das escolhas políticas referentes ao tema.

Trata-se de um estudo pioneiro no Estado do Acre e na Amazônia, relevante para o contexto regional, cuja importância geopolítica direciona para a compreensão de como os fenômenos globais do Capitalismo contemporâneo influenciam e repercutem nos fenômenos locais reproduzindo-se nas relações políticas, administrativas, econômicas e sociais, especialmente no campo da Saúde Pública, além de possibilitar a compreensão das singularidades desses fenômenos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A REFORMA DO ESTADO E AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO

O Estado, nas sociedades contemporâneas detém o monopólio dos instrumentos para a formulação e implementação das políticas de saúde. No século XX emergiram

“Políticas estatais que configuraram modelos de sistemas de proteção social conhecidos hoje como Estados de Bem-Estar Social (Welfare States). Sob este rótulo são identificados os modelos anglo-saxões, social-democratas, após a Segunda Guerra Mundial, e que traduziam um pacto entre empresários e trabalhadores que teve como resultado um pacto de solidariedade social” (COHN, 2008, pg. 224).

COHN (2008, p. 226) relata que:

“As distintas sociedades (...) apresentam uma específica relação entre as funções do Estado, da sociedade e do mercado na área social e da saúde. E de fato, nos dias atuais a grande discussão recai sobre quais devam ser o papel e as funções do Estado, o que cabe à sociedade e o que cabe ao mercado”.

Nesta discussão encontra-se presente a atribuição à sociedade de responsabilidades que antes eram do Estado, principalmente na gestão dos serviços de saúde, introduzindo *“uma lógica no sistema de saúde que não é necessariamente pública, mas tampouco privada no sentido estrito do termo”*, já que as instituições envolvidas não buscam diretamente o lucro (COHN, 2008, p. 228).

JÚNIOR e ELIAS (2006) relatam que:

“A partir do final da década de 1970, emergiu o denominado movimento de reforma do Estado, com diferentes concepções e implementações. Originário nos países centrais do capitalismo baseou-se em concepções neoliberais como principal resposta à aludida crise do papel do Estado no desenvolvimento social”.

No Brasil, de acordo com BRESSER-PEREIRA e PACHECO (2005), as propostas de reforma voltadas ao incremento da capacidade do Estado foram introduzidas em 1995 com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE).

BRESSER-PEREIRA (1996) definia que a reforma teria como objetivos “a curto prazo, facilitar o ajuste fiscal, particularmente nos Estados e municípios, onde existe um claro problema de excesso de quadros; a médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública, voltando-a para o atendimento dos cidadãos.”

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), lançado em 1995, definia o aparelho de Estado como sendo composto por quatro setores: um núcleo estratégico do Estado; as atividades exclusivas de Estado; os serviços não-exclusivos ou competitivos; e a produção de bens e serviços para o mercado, e delineava objetivos para cada um deles correlacionando a forma de propriedade (Pública Estatal; Pública Não-Estatal ou Privada) com a forma de Administração (Burocrática ou Gerencial) (BRASIL, 1995).

Um dos princípios fundamentais da reforma de 1995-1998 é o de que “*o Estado só deve executar diretamente as tarefas que são exclusivas do Estado, que envolvem o poder de Estado, ou que apliquem os recursos do Estado*” (BRESSER-PEREIRA e PACHECO, 2005).

No cruzamento desses possíveis arranjos, o núcleo estratégico se manteria Estatal, com uma administração transitória entre a burocrática e a gerencial; as atividades exclusivas do Estado se manteriam também estatais, mas com a criação das agências reguladoras, evoluíam de uma administração burocrática para gerencial; os serviços não exclusivos do Estado sofreriam um processo de “publicização”, através de parcerias com as entidades da sociedade civil (Propriedade Pública Não-Estatal), fortalecendo e fomentando o “Terceiro Setor”, o que resultaria na garantia de uma administração gerencial; e, por fim, o setor da produção de bens e serviços para o mercado seria completamente privatizado (BRASIL, 1995).

NARVAI e FRAZÃO (2008, p. 290) asseguram que:

“As proposições de Bresser-Pereira estão longe de expressar consenso sobre o debate travado em torno da questão da propriedade dos serviços públicos de saúde, a natureza do vínculo de trabalho de seus funcionários, o controle público das ações realizadas e, dentre outras questões candentes, a entrega a particulares de fundos públicos sob responsabilidade do Estado para gestão privada, bem como decisões sobre sua melhor alocação”.

A expressão “*terceiro setor*”, segundo LEITE (2003) serve para designar

“O conjunto de entidades da sociedade civil de fins públicos e sem objetivo de lucro. Ele coexiste com o “primeiro setor”, que é o Estado, e com o “segundo setor”, que é o mercado. Difere do primeiro porque suas entidades são de natureza privada e do segundo porque não visa ao lucro nem ao proveito pessoal de seus atores, mas se dedica à consecução de fins públicos”.

As organizações do terceiro setor, na visão dos que implantaram o PDRAE, seriam portadoras de um título de qualificação outorgado pelo Estado e, portanto, a sua proliferação na organização administrativa do Estado brasileiro não significaria a privatização das atividades do Estado, mas, ao contrário, ampliaria o caráter democrático e participativo da esfera pública, pois estariam subordinadas a um Direito Público renovado e ampliado (BRESSER-PEREIRA, 1996).

A Lei 9.790/99 (BRASIL, 1999) dispôs sobre a qualificação de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), concedida pelo Ministério da Justiça, definindo quais as organizações poderiam ou não se qualificar como OSCIP.

As Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) têm origem no Decreto 1.366 que instituiu o Programa Comunidade Solidária, em 1995, um dos primeiros atos do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 1995). O Programa tinha o objetivo de coordenar as ações do governo direcionadas para o atendimento da parcela da população que não dispunha dos meios para prover suas necessidades básicas, priorizando o combate à fome e à pobreza. O decreto incluía dentre as competências do Conselho consultivo do Programa, “incentivar na sociedade o desenvolvimento de organizações que realizem, em parceria com o governo, o combate à pobreza e à fome”.

Dentre as iniciativas de desenvolvimento social, o Conselho da Comunidade Solidária propôs a Lei 9.790/99 (conhecida como “Lei do Terceiro Setor”), com o objetivo de fortalecer a sociedade civil através de parcerias com o Estado. A lei dispõe sobre a qualificação de OSCIP para as entidades sem fins lucrativos e, ao mesmo tempo instituiu e disciplinou o Termo de Parceria como instrumento jurídico passível de ser firmado com o Poder Público (FERRAREZI, 2007).

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público são associações civis, consideradas sem fins lucrativos, por não distribuir entre seus associados eventuais excedentes operacionais, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio e que os

aplica integralmente na execução do seu objeto social e que, ao atenderem as exigências da Lei 9.790/99, solicitam sua qualificação nesta modalidade ao Ministério da Justiça. (FERRAREZI, 2007).

MELLO (2015) considerando estas organizações como integrantes do terceiro setor as define como sendo organizações particulares fora da estrutura governamental, mas que mantém ‘parcerias’ com o Poder Público (que as concebeu normativamente), com a finalidade de desenvolver atividades para a coletividade.

FERRAREZI (2007, p. 184) afirma que a partir da qualificação como OSCIP, as organizações da Sociedade Civil tiveram

“a possibilidade de ter um título que reconhece seu caráter público. (...) A novidade do reconhecimento (...) é justamente a finalidade, voltada á sociedade como um todo, e não somente a um coletivo restrito e específico. (...) embora todas as organizações do terceiro setor (...) sejam pessoas jurídicas de direito privado que têm em comum o fato de não visarem lucro, nem todas são de interesse público. Portanto, com essa Lei, o Estado passaria a reconhecer que existe um espaço de atuação da sociedade que é público não estatal.”

A legislação proíbe qualificar como OSCIP diversas entidades como: sociedades comerciais, sindicatos e associações de classe, instituições religiosas, partidos políticos, empresas que comercializam planos de saúde, instituições hospitalares não gratuitas, escolas privadas não gratuitas, organizações sociais e cooperativas, fundações públicas, entidades de direito privado criadas por órgãos públicos e organizações de crédito (BRASIL, 1999).

Por outro lado, permite a qualificação às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham por finalidade, pelo menos uma destas atividades de interesse público: promoção da assistência social; promoção da cultura; promoção da educação gratuita; promoção da saúde gratuita; promoção da segurança alimentar e nutricional; promoção do voluntariado; promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita; promoção da ética, paz, cidadania, direitos humanos, democracia e outros valores universais: defesa, preservação e conservação do meio ambiente; estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, divulgação de informações e conhecimentos

técnicos e científicos; e, experimentação não lucrativa de novos modelos sócio-produtivos e sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito (BRASIL, 1999).

Uma vez qualificada como OSCIP, a entidade só poderá ser desqualificada a pedido ou por meio de prévia instauração de sindicância, que resultará em decisão proferida em processo administrativo ou judicial, cujas iniciativas partam da população ou do Ministério Público (BRASIL, 1999).

É preciso destacar ainda, que a organização não está obrigada a renovar a sua qualificação para manter o título, porém é vedado o acúmulo com outros títulos federais, como Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), Organização Social (OS) e Serviço Social Autônomo (SSA) (BRASIL, 1999; BRASIL, 2005).

A qualificação concedida vincula a entidade ao Termo de Parceria, que é o instrumento jurídico de contratualização, específico para promover a mútua cooperação com o Poder Público e se destina ao fomento e a execução das atividades de interesse público (BRASIL, 1999).

Há uma diferença significativa entre o Convênio e o Termo de Parceria. Enquanto o Convênio permite que a associação mantenha sigilo sobre as suas operações, a celebração do Termo de Parceria implica mecanismos de controle interno e externo. Dentre as cláusulas obrigatórias para a execução do Termo de Parceria há a exigência de publicação em 30 dias (a contar da assinatura), de “regulamento próprio, contendo os procedimentos que adotará para a contratação e obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do poder Público” (BRASIL, 1999).

O acompanhamento e a fiscalização da execução do objeto do Termo de Parceria são de responsabilidade do órgão estatal parceiro e do Conselho de Políticas Públicas da área de atuação da atividade fomentada. É dever do órgão público parceiro a composição de uma Comissão de Avaliação, de comum acordo com a OSCIP para analisar os resultados atingidos (BRASIL, 1999).

Ao celebrar o Termo de Parceria com o Poder Público e, portanto, se submeter à Lei 9.790/1999 e seus regulamentos e aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência, a entidade qualificada como OSCIP é afastada do campo de atuação da lei de Licitações e Contratos da Administração Pública (Lei 8.666/93).

A regra para a seleção da OSCIP pelo órgão estatal para a celebração de Termo de Parceria passa a ser o concurso de projetos.

Inicialmente, o Decreto 3.100/99 (criado para regulamentar a lei das OSCIP), em seu art. 23, facultava a adoção do concurso de projetos pelo órgão estatal parceiro para a “obtenção de bens e serviços e para a realização de atividades, eventos, consultoria, cooperação técnica e assessoria”. Entretanto, com a edição do Decreto 7.568/11, foi alterado o artigo, sendo substituído o termo “*poderá*” por “*deverá*”, estabelecendo a obrigatoriedade. Com isso, o Poder Executivo pretendeu delimitar com maior rigor os procedimentos para a seleção de OSCIP, vinculando-os aos instrumentos criados em conjunto com a qualificação (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2011).

Todavia, a legislação facultou ao titular do órgão estatal, excepcionalmente, deixar de publicar edital de concurso de projetos em três diferentes situações: nos casos de emergência ou calamidade pública, para a realização de programas de proteção e pessoas ameaçadas ou que tenham sua segurança comprometida; e, nos casos em que o objeto do Termo de Parceria “já seja realizado adequadamente com a mesma entidade há pelo menos cinco anos e cujas respectivas prestações de contas tenham sido devidamente aprovadas” (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2011).

Em relação ao fomento de suas atividades pelo Poder Público, é importante destacar que as OSCIP têm, como todas as entidades sem fins lucrativos, a peculiaridade da imunidade tributária, como a isenção fiscal do pagamento de Imposto de Renda (BRASIL, 1988), além de poderem auferir doações de pessoas jurídicas que, por sua vez, passam a ter direito a dedução no Imposto de Renda, até o limite de 2% sobre o lucro operacional das doações efetuadas às entidades (BRASIL, 1995c).

Um grande diferencial em relação às demais entidades sem fins lucrativos, é que as OSCIP têm a permissão legal de remunerar os seus dirigentes, que atuem efetivamente na gestão executiva e aos que lhes prestam serviços específicos, desde que “respeitados, em ambos os casos, os valores praticados pelo mercado, na região correspondente à sua área de atuação” (BRASIL, 1999a).

Apesar de não existir expressamente a obrigação de a entidade prestar contas regularmente para a manutenção do seu título, uma alteração feita pelo Decreto 7.568/2011, passou a exigir, como pré-requisito à celebração do Termo de Parceria, a apresentação de uma

certidão de regularidade, expedida pelo Ministério da Justiça, com o objetivo de comprovar o regular funcionamento da OSCIP e a demonstração do exercício de atividades referentes ao objeto do Termo de Parceria, nos últimos três anos (BRASIL, 2012a)

Esta regra, no entanto, apresenta uma ressalva, que é a dispensa da comprovação do exercício de atividades objeto do Termo de Parceria nos últimos três anos, para os ajustes firmados pelo Ministério da Saúde voltados ao fomento e à realização de serviços de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2011).

Na prática, a certidão de regularidade comprova que a entidade prestou contas anualmente e mantém os requisitos legais da titulação, tornando-se uma condição “*sine qua non*” à manutenção das atividades de cunho social por parte da OSCIP.

Com relação à responsabilização sobre o mau uso de bens ou recursos de origem pública, a Lei das OSCIP estabeleceu penas mais severas quando comparadas com outras titulações federais (Declaração de Utilidade Pública Federal e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social) (FERRAREZI, 2007). Na hipótese de haver indícios fundados da malversação dos recursos públicos poderá ser requerida a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens dos dirigentes da OSCIP ou de agentes públicos que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público (BRASIL, 1999a).

2.2 O PARTIDO DOS TRABALHADORES NO ACRE

O Partido dos Trabalhadores foi fundado oficialmente no dia 10 de fevereiro de 1980, em São Paulo, onde se lançou o Manifesto do Partido, que traduziria “*as metas reais do PT e seus efetivos princípios de organização.*” Como tarefa central de seu projeto político-alternativo, preocupa-se com a ruptura popular e institucional do regime vigente, propondo como etapa imediata um regime novo:

“*É apoiando a forma concreta de luta das massas a melhor maneira de ultrapassar a democracia formal dos partidos construídos para as massas (...) que o Partido dos Trabalhadores entende ser a mais autêntica via de construção do Socialismo*” (GADOTTI e PEREIRA, 1989, p. 87).

A novidade do Partido dos Trabalhadores foi ter sido o primeiro partido de massa criado no Brasil, de origem externa ao sistema parlamentar e apresentar uma forma definida da classe trabalhadora se inserir no sistema político, pois todos os partidos políticos, até então, existentes no Brasil foram iniciativas das classes dominantes. O PT, então, se diferenciou do arranjo das forças políticas advindo com a Reforma Partidária de 1979, porque rompeu com os padrões conhecidos de organização partidária e desde o começo tentou se enraizar efetivamente na sociedade (MENEGUELO, 1989).

A ideia do Partido dos Trabalhadores surgiu com o avanço e o fortalecimento de um novo e amplo movimento social que se estendeu a diversos segmentos da sociedade como a intelectualidade de esquerda, os estudantes, os operários das fábricas, as associações de moradores, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), as associações profissionais, os movimentos de negros, mulheres, indígenas, e o movimento das donas de casa contra a carestia (PEDROSA, 1980).

Ainda de acordo com GADOTTI e PEREIRA (1989, p. 216), *“o PT vem discutindo a questão da saúde, desde suas origens. Mas foi com os debates constituintes que o partido sintetizou suas posições”*:

“O que realmente se coloca como objetivo a ser alcançado é a implantação de um “novo” sistema de saúde que deverá utilizar partes do atual sistema, porém com outra lógica. Este novo sistema deverá ser composto pelos serviços públicos dos níveis federal, estaduais e municipais, pelas instituições privadas sem fins lucrativos e por algumas instituições privadas com fins lucrativos. (...) Assim, esse novo sistema de saúde deverá ser unificado, socializado, descentralizado, sob controle da população, e oferecer assistência à saúde de igual qualidade ao conjunto da população, independentemente de as pessoas serem da área urbana e rural, previdenciárias ou não” (GADOTTI e PEREIRA, 1989, p. 220).

Entretanto, é preciso observar o pensamento de BETTO (2006, p. 208):

“É inegável que os partidos estão em crise por manter estruturas autoritárias, por vezes corruptas, ainda que dissimuladas num “democratismo” (...). As disputas internas não abrem espaço ao debate aprofundado de teses políticas e nem à elaboração de projetos históricos”.

Contudo, o próprio autor considera que “*A crítica aos partidos, tão necessária e pertinente, não deve desembocar na atitude de repúdio a eles.*” (BETTO, 2006, p. 208).

As eleições para o governo do Acre, em 1990, são consideradas o início da ascensão do Partido dos Trabalhadores no estado, sendo, contudo, derrotado no 2º turno destas eleições. Todavia, o partido saiu vitorioso, em 1992, na disputa pela prefeitura de Rio Branco.

Para SILVA (2010, p. 176), “*A consolidação veio com a eleição do candidato Jorge Viana ao governo e do seu irmão, Tião Viana, para o Senado, em 1998*”.

O autor analisa que:

”O reflexo dessa nova configuração do poder na sociedade acriana restabeleceu valores e práticas políticas e discursivas que ultrapassam a análise de uma mera alternância de partidos e grupos no comando da administração do estado (...) em menos de 10 anos, o PT acriano, que amargara derrotas em eleições anteriores, rompe as barreiras de um eleitorado conservador, dividido entre as duas mais tradicionais legendas partidárias do estado, e dá início a um projeto de governo singular” (SILVA, 2010, p.177).

Objetivando a sua chegada ao poder, o partido compôs um amplo arco de alianças denominado Frente Popular do Acre (FPA), que desde o segundo turno da eleição de 1990 surgiu como força contra hegemônica e adotou novos conceitos, posicionamento e estratégias com vistas a aumentar seu peso no jogo eleitoral:

“A radicalização e a inflexibilidade ideológica, comum nos discursos de campanhas anteriores (...) foram substituídos por uma postura em que não se negava a trajetória histórica dos partidos, mas agregava no interior de suas estruturas burocráticas uma visão mais pragmática” (SILVA, 2010, p.178).

O amplo arco político da Frente Popular do Acre era composto por partidos políticos que, ideologicamente, iam da direita à esquerda. A estrutura desta aliança se alicerçava no argumento de que

“era necessário juntar todas as forças políticas que tinham “compromisso ético”, para que se pudesse vencer o grupo que governava o estado e que havia promovido o abandono das populações pobres, a decadência das estruturas governamentais e o descumprimento da Lei.” (SILVA, 2010, p. 181).

Esta estrutura promoveu um paradoxo na política acriana: reúne na mesma seara, partidos de forte base popular e lideranças políticas tradicionais que não mais possuíam espaço político em outras agremiações partidárias para continuarem no poder, conforme assinalou SILVA (2010, p. 188): *“Aparentemente, essa renovação política é proposta por ex-sindicalistas e uma militância com convicção ideológica, mas, na prática, é comandada por nomes que pertenciam a uma elite com status e poder econômico.”*

A Frente Popular governa o Acre desde 1999, num total de cinco mandatos consecutivos, ocupados por três governadores: Jorge Viana, de 1999 a 2002 e reeleito para o período seguinte (2003 a 2006); Binho Marques, de 2007 a 2010; e, Tião Viana, de 2011 a 2014, reeleito para um novo mandato iniciado em 2015 e que deverá se encerrar em 2018.

2.3 O HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ E A ASSOCIAÇÃO NOSSA SENHORA DA SAÚDE (ANSSAU)

Durante o governo Binho Marques (2007-2010) foi assinado o primeiro Termo de Parceria entre a SESACRE e a ANSSAU para a gerência do Hospital Regional do Juruá, após aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde do Acre, em 24 de abril de 2007 (ACRE, 2007; ACRE, 2008)

O termo “gerência” é compreendido como sendo a administração de uma unidade de saúde, que se caracteriza como prestador de serviço ao sistema; e se distingue do termo “gestão”, reservado à *“atividade e à responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”* (BRASIL, 1996).

A ANSSAU foi fundada em 06 de dezembro de 2006, a partir de um grupo de pessoas ligadas à Igreja Católica, que discutiram:

“a situação em que se encontra a população pobre do nosso Estado e da necessidade de nos organizarmos enquanto cidadãos para contribuirmos na proteção e defesa da vida, especialmente das pessoas doentes, excluídas, sem vez e sem voz” (ANSSAU, 2006).

Nesta reunião aprovaram a criação da OSCIP, com a finalidade de:

“criar, animar, dirigir, assessorar instituições que visem a beneficiar a assistência social na área da saúde preventiva e curativa, a todas as pessoas que estejam em estado de necessidade e ainda a prestar assistência às crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiências” (ANSSAU, 2006).

Segundo o Relatório de Execução do Termo de Parceria – 2008,

“a Secretaria de Estado de Saúde do Acre é detentora da gestão do Hospital Regional do Juruá, sendo a sua administração e gerenciamento exercido de forma terceirizada pela Associação Nossa Senhora da Saúde, qualificada como OSCIP, mediante Termo de Parceria” (ACRE, 2008).

O Termo de Parceria estabeleceu como competência da Secretaria de Estado de Saúde do Acre

“fiscalizar, controlar e avaliar o cumprimento das metas operacionais previstas no Termo de Parceria, bem como elaborar e executar políticas externas a qual se sujeita à administração do Hospital Regional do Juruá (...) condizentes com as diretrizes do Sistema Único de Saúde” (ACRE, 2008).

Além do atendimento às demandas dos municípios que compõem a Região de Saúde, o HRJ também atende às demandas espontâneas dos municípios de Ipixuna e Guajará, do vizinho Estado do Amazonas. Em 2008, no seu primeiro ano de funcionamento, cobriu aproximadamente 0,19% de atendimentos/ano à população circunvizinha (ACRE, 2008).

De acordo com ACRE (2008), os serviços ambulatoriais oferecidos pelo HRJ são compostos por três grandes grupos:

O Grupo I engloba os procedimentos clínicos e contempla os subgrupos de: a) consultas/atendimentos/acompanhamentos (atendimentos de urgência/emergência; atendimentos de enfermagem; e, consultas médicas e de outros profissionais de nível superior em atenção especializada); b) tratamentos clínicos (tratamento de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo); c) hemoterapia (medicina transfusional);

O Grupo II contém os procedimentos com finalidade diagnóstica: a) diagnóstico por laboratório (exames hematológicos e hemostasia, exames bioquímicos, exames de uroanálise,

exames coprológicos, exames sorológicos e imunológicos, exames imunohematológicos e exames microbiológicos); b) diagnóstico por radiologia; c) diagnóstico por procedimentos especiais em hemoterapia; d) diagnóstico por ultrassonografia; e) diagnóstico em cardiologia; f) diagnóstico por endoscopia; g) diagnóstico por tomografia; h) coleta de material por meio de punção/biópsia;

E, finalmente, o Grupo III abrange os procedimentos cirúrgicos: a) pequenas cirurgias e cirurgias de pele e tecido subcutâneo mucoso; b) cirurgia do sistema osteomuscular; c) cirurgias das vias aéreas superiores, cabeça e pescoço; d) cirurgia reparadora; e) cirurgia do aparelho circulatório; f) cirurgia do aparelho digestivo e órgãos anexos à parede abdominal; g) cirurgia orofacial; h) cirurgia torácica; cirurgia do aparelho da visão; i) cirurgia do aparelho genitourinário; j) cirurgia da mama.

As internações hospitalares, no primeiro ano de funcionamento, foram oriundas, em cerca de 80%, de usuários residentes no município de Cruzeiro do Sul e em 20%, de usuários referenciados de outros municípios (ACRE, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as implicações do gerenciamento terceirizado de um hospital público e a política pública de saúde no Acre, no início do século XXI, sob governos hegemonizados pelo Partido dos Trabalhadores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Analisar as transformações sofridas pelo Partido dos Trabalhadores, a partir da hegemonia neoliberal na virada do século XXI;

3.2.2 Analisar as principais ações da política pública de saúde no Estado do Acre, no início do século XXI, sob governos hegemonizados pelo Partido dos Trabalhadores.

3.2.3 Analisar o gerenciamento terceirizado de um hospital público no Acre, no início do século XXI, e as implicações para o Sistema Único de Saúde.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de metodologia qualitativa que utilizou como abordagem o “estudo de caso”, o qual:

“Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. (...) É encarado como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos” (GIL, 2007, p. 54).

O estudo de caso vem apresentando crescente utilização no âmbito das ciências sociais com diferentes propósitos, como:

“Explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; preservar o caráter unitário do objeto estudado; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; formular hipóteses ou desenvolver teorias; e explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos” (GIL, 2007, p. 54).

De acordo com os estudos de YIN (2010, p.24):

“Como método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (...) permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real.”

A capacidade de trabalhar com diversas evidências, como documentos, entrevistas, observações, artefatos etc. se constitui na força exclusiva do estudo de caso, notadamente quando uma questão “como” ou “por que” está sendo feita sobre um conjunto de eventos contemporâneos e quando se trata de algo que o investigador tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2010).

4.2 DEFINIÇÃO DA UNIDADE-CASO E A DETERMINAÇÃO DO NÚMERO DE CASOS

YIN (2010, p. 51) define que o “caso” *pode ser algum evento ou entidade, além de um único indivíduo. Os estudos de caso têm sido realizados sobre decisões, programas, processo de implementação e mudança organizacional.*

Nesta pesquisa foi adotada a definição de “caso único”, de acordo com os estudos de YIN (2010). Para este autor, a partir de uma teoria bem formulada, que especifique um conjunto claro de preposições e as circunstâncias em que estas são consideradas verdadeiras, o caso único, ao preencher todas as condições, poderá ser utilizado para representar o caso crítico no teste dessa teoria, podendo confirmá-la, desafiá-la ou ampliá-la e, “*determinar se as proposições da teoria são corretas ou se algum conjunto alternativo de explanações pode ser mais relevante*” (YIN, 2010, p.71).

Foi definido como unidade-caso o Hospital Regional do Juruá e justifica-se por ser constituído por um único caso, pois se trata de uma situação singular no Estado do Acre, onde dos dezesseis hospitais pertencentes à rede estadual de Saúde, somente este se encontra sob gerenciamento terceirizado através de uma OSCIP.

Outra característica deste estudo é que se configura como um projeto holístico, “*quando o estudo de caso examina apenas a natureza global de uma organização ou de um programa*” (YIN, 2010, p. 74).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de referência para a pesquisa foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde do Estado do Acre, sendo composta por quarenta indivíduos, número considerado suficiente para permitir certa reincidência das informações, porém, sem desprezar as informações ímpares, cujo potencial explicativo foi levado em conta (MINAYO, 2010).

4.3.1 Seleção dos Participantes da Pesquisa

A partir da população de referência para o estudo, foi utilizada a técnica de “*snowball*”, onde o primeiro sujeito sugeriu outras pessoas para serem entrevistadas.

Segundo FLICK (2009, p.113) o pesquisador deve “*aplicar a estratégia da bola de neve e fazer com que um caso o leve a outro. Ao utilizar essa estratégia, muitas vezes, escolhe-se amigos de amigos e, assim, pessoas ligadas a seu próprio ambiente mais amplo.*”

Os informantes-chave, bem-informados, podem proporcionar ideias importantes acerca dos eventos a serem estudados, fornecendo direcionamentos importantes na condução da pesquisa.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Técnicas de Coleta de Dados

De acordo com GIL (2007, p. 140):

“No estudo de caso utiliza-se sempre mais de uma técnica. (...) Obter dados mediante procedimentos diversos é fundamental para garantir a qualidade dos resultados obtidos. Os resultados (...) devem ser provenientes da convergência ou da divergência das observações obtidas de diferentes procedimentos. Dessa maneira é que se torna possível conferir validade ao estudo, evitando que ele fique subordinado à subjetividade do pesquisador”.

O campo foi conduzido pelo próprio pesquisador, através de pesquisa documental e entrevistas com roteiro realizada com os participantes da pesquisa.

4.4.1.1 Pesquisa Documental

Segundo YIN (2010, p. 128), “*a informação documental é, provavelmente, relevante para todos os tópicos de estudo de caso*”. Para o autor, os documentos são úteis mesmo que não sejam sempre precisos e possam apresentar parcialidades, servindo para corroborar e aumentar a evidência de outras fontes.

O autor destaca ainda, como pontos fortes da documentação: estabilidade (pode ser revista repetidamente), descrição (não foi criada em consequência do estudo de caso), exatidão (contém nomes, referências e detalhes exatos de um evento) ampla cobertura (cobre longo período de tempo, muitos eventos e muitos ambientes) (YIN, 2010).

O pesquisador valeu-se tanto de material de “*primeira mão*” (que ainda não havia recebido um tratamento analítico) vindos de fontes diversificadas e dispersas, como por exemplo, documentos conservados em arquivos de órgãos públicos (Secretaria de Saúde, Imprensa Oficial, Conselho de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite) e instituições privadas (Associação Nossa Senhora da Saúde, Partido dos Trabalhadores), quanto de material de “*segunda mão*” (que de alguma forma já tinham sido analisados), tais como: planos de saúde, relatórios de gestão, tabelas estatísticas, etc.

4.4.1.2 Entrevistas com Roteiro

Constituíram-se em uma fonte essencial na busca de dados. As conversas foram guiadas por uma linha de investigação definida no protocolo do estudo, o que possibilitou formular questões imparciais e obter respostas verdadeiras.

O pesquisador baseou-se nas orientações de YIN (2010, p. 133) sobre a “*entrevista em profundidade*”, na qual se pergunta aos informantes-chave “*sobre fatos de um assunto, assim como suas opiniões sobre os eventos*”. As entrevistas foram, então, conduzidas com o objetivo de aprofundar aspectos observados no campo e levantar novas informações, possibilitando maior interação e liberdade nos relatos dos informantes, construindo-se rico material sobre versões, opiniões e descrições particulares. O roteiro funcionou, portanto, como um norteador na condução da entrevista. E deve-se destacar que nenhum dos indivíduos convidados se recusou a participar da pesquisa.

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2012) ao discorrerem sobre entrevistas individuais destacam como suas vantagens: a abordagem sujeito a sujeito; condução adequada por um entrevistador bem treinado; possibilidade de aflorar o discurso espontâneo; e, a possibilidade do resgate discursivo da opinião de populações que não têm a sua voz ouvida.

Para LEFÈVRE e LEFÈVRE (2012, p. 13, 15):

“A opinião não pode deixar de ser vista e coletada como uma qualidade, a ser obtida por meio de uma pergunta aberta que viabiliza a emissão de um depoimento. (...) A questão deve ser aberta porque dessa forma é dada a oportunidade para que os entrevistados manifestem livremente suas opiniões sobre o tema pesquisado, com todos os detalhes de tais opiniões, permitindo com isso que sejam revelados os conteúdos e argumentos associados a essas opiniões.”

A sessão de entrevista foi previamente agendada com o entrevistado, deixando-o à vontade para sugerir o local da entrevista. A atenção permanente aos objetivos da entrevista foi considerada e o pesquisador colocou-se intensamente à escuta do que lhe era dito, refletindo sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado, além dos tons, ritmos e gestos que acompanham ou substituíram a fala.

O momento de encerramento da etapa das entrevistas foi decidido pelo pesquisador quando percebeu que a técnica “snowball” já estava produzindo uma reincidência de indivíduos indicados.

Foram entrevistados 40 participantes, de ambos os sexos, com nível de escolaridade entre o ensino médio e o superior, e idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, residentes, na sua maioria, na Região do Vale do Juruá (nos municípios de Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves e Porto Walter) e também residentes em Rio Branco.

4.4.2 Técnicas de Registro de Dados

Foram utilizados no Campo os seguintes recursos: Agenda: foram anotados os compromissos assumidos com os participantes da pesquisa, além das visitas aos diversos setores; Diário de Campo: instrumento básico de registro das idas ao campo que conteve todas

as observações diretas, experiências e sentimentos; Gravação Digital: teve o objetivo de registrar as entrevistas de maneira mais acurada para facilitar o desenvolvimento das etapas de audiência, transcrição, leitura e codificação; Arquivo de Documentos: onde foram guardadas as cópias física e/ou digital dos documentos levantados na Pesquisa Documental; e, o Fichário Básico: que guarda os dados principais do sujeito da pesquisa e o arquivamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado.

4.4.3 Pré-Teste

Foi realizado em um grupo de participantes que não foram incluídos na população de estudo, com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, precedendo a ida sistemática a campo.

4.5 SÍNTESE DE DADOS

O ordenamento e a lapidação dos dados brutos corresponderam a uma primeira escrita, na qual se buscou uma sistematização inicial dos dados, organizando-os e selecionando-os, com o objetivo de refinar a análise.

Foi utilizado o programa de “*software*” QUALIQUANTISOFT, desenvolvido para realizar o “*processamento de dados de natureza qualitativa, que estejam organizados em forma de discursos, depoimentos ou textos de qualquer natureza.*” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2012, p. 65).

O DSC consistiu em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais que após processados se conformaram em depoimentos coletivos. Utiliza quatro figuras metodológicas que são operadoras do DSC: As Expressões-Chave (ECH), que são trechos (contínuos ou descontínuos) do discurso e “revelam a essência do conteúdo do depoimento”; as Ideias Centrais (IC), que descrevem de maneira sintética e precisa os sentidos das ECH, revelando o que o entrevistado quis dizer; as Ancoragens (AC), que são expressões “de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer”; e o Discurso do Sujeito

Coletivo (DSC), propriamente dito, que reúne, num só discurso-síntese, as Expressões Chave que têm a mesma Ideia Central ou Ancoragem, e é redigido sempre na primeira pessoa do singular, com o objetivo de produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva emitida por um único sujeito do discurso. Portanto, o resultado da pesquisa foi composto pelas diferentes opiniões sob a forma de DSC existentes entre a população pesquisada (LÉFEVRE e LÉFEVRE, 2012).

Com o QUALIQUANTISOFT, procedeu-se à tabulação dos dados, iniciada com a leitura geral de todo o conjunto de respostas. Seguiu-se à leitura particular de cada resposta para identificar as Expressões-Chave contidas em cada uma delas. Posteriormente, foram identificadas as Ideias Centrais e as Ancoragens presentes. A partir desta identificação, buscou-se agrupá-las em conjuntos homogêneos (que a técnica denomina de “categorias”), nomeando cada um desses grupos e, por fim, construiu-se o Discurso do Sujeito Coletivo de cada um deles, sequenciando as expressões chaves e obedecendo-se a esquematização discursiva clássica de “começo, meio e fim”, eliminando-se os particularismos de sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas e repetições de ideias.

Após a confecção dos DSC, o “*software*” permitiu gerar uma lista com descrição das características dos entrevistados, um relatório de análises e categorização por questão, um relatório quantitativo e o relatório do próprio DSC, emitido por questão e por grupo homogêneo.

4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A unidade de análise foi o próprio caso e as categorias emergiram do campo de estudo, sendo, portanto formadas e definidas *a posteriori*.

Na pesquisa documental, a análise dos documentos adotou procedimentos que deram conta de desvendar o lugar social onde foram produzidos, respondendo “*por que as coisas estão representadas de uma determinada maneira, antes de se perguntar o que está representado*”. (VIEIRA et al., 2007, p. 23)

O diálogo estabelecido com as evidências foi mediado pelas reflexões do pesquisador, que são permeadas pela sua compreensão de mundo, de como vê a sociedade, de como intervém nela e como se coloca diante dos debates de sua época.

Para VIEIRA et al (2007, p. 27), *“deverá se propor a recuperar as várias propostas em jogo e as razões da vitória de uma delas sobre as outras, o que significa trazer à tona também as causas perdidas. (...) isto é recuperar a relação, o movimento, a contradição.”*

As autoras relatam ainda que o pesquisador, preocupado em recuperar a experiência dos agentes sociais,

“vai procurar vestígios que a evidenciam. Essas evidências, sempre incompletas e imperfeitas, têm determinadas propriedades que o pesquisador deverá levar em conta, fazendo-lhes perguntas adequadas à experiência analisada e à experiência do analista” (VIEIRA et al, 2007, p. 27).

Estas autoras propõem uma técnica para a análise documental que consiste na confecção de fichas orientadoras com divisões que correspondem aos três níveis do discurso: o diagnóstico (a representação que o documento faz do real), o projeto de sociedade (que o documento tenta generalizar) e os caminhos que apresenta para alcançá-lo. E recomendam:

“Nesse trabalho cabe ao pesquisador ter o constante empenho em ir determinando o que está indeterminado no sentido de recuperar ao máximo sujeitos e propostas. (...) vai procurando determinar quem fala, como fala, para quem fala (destinatário) direta ou indiretamente e por quem fala” (VIEIRA et al, 2007, p.56).

A composição dos DSC permitiu analisar os dados das entrevistas. Os discursos foram organizados a partir de três grupos de entrevistados: os gestores, os trabalhadores e os usuários do Sistema Único de Saúde. E foram apresentados, no corpo do texto, em caixas de diálogo, que lhes conferem destaque em relação ao discurso do pesquisador e permite identificar o grupo que o emitiu.

LÉFEVRE e LÉFEVRE (2012, p.16) definem que

“O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (...) constitui um novo método (...) para as pesquisas de opinião, representação social ou, mais genericamente, de atribuição social de sentido, que tenham como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal.”

Para estes autores, O DSC é o desdobramento natural do raciocínio lógico de que se, em qualquer sociedade, *“os indivíduos compartilham ideias, opiniões, crenças ou representações, a expressão dessas opiniões compartilhadas poderia comportar a reunião de discursos-síntese dos conteúdos e argumentos que conformam essas opiniões semelhantes. (...) se os sentidos dos depoimentos podem ser semelhantes, o mesmo poderia ser dito dos conteúdos em que tais sentidos se desdobram”* (LÉFEVRE e LÉFEVRE, 2012, p.17).

O Discurso do Sujeito Coletivo se fundamenta na Teoria das Representações Sociais (TRS), formulada por Sérge Moscovici (MOSCOVICI, 2012), que entende a sociedade constituída por um plano simbólico que se organiza num sistema de crenças e valores, permitindo a troca de sentidos entre seus membros, o que lhe confere coesão (LÉFEVRE e LÉFEVRE, 2012).

As Representações Sociais apoiam-se em valores variáveis (que dependem dos grupos sociais de onde tiram significações) e em saberes anteriores reavivados por uma situação social particular, dando lugar a teorias espontâneas carregadas de significações, que quando *“partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo”*, podendo entrar em conflito com a visão de outros grupos, sendo próprio da dinâmica social destas representações (JODELET, 2001).

4.6.1 – Triangulação de Dados

O estudo utilizou a triangulação das fontes de dados (triangulação dos dados), baseando-se na premissa de que o uso de múltiplas fontes permite abordar uma maior variação de aspectos históricos e comportamentais, considerando que *“qualquer achado ou conclusão do estudo de caso é, provavelmente, mais convincente e acurado se for baseado em diversas fontes diferentes de informação, seguindo um modo corroborativo.”* (YIN, 2010, p.143).

FLICK (2009, p.361) esclarece que o termo “triangulação”

“designa a combinação de diversos métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas para

tratar de um fenômeno. (...) A triangulação de dados refere-se ao uso de diferentes fontes de dados (...) na direção de enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento e (...) superar os potenciais epistemológicos (sempre limitados) do método individual (...) consiste mais em uma alternativa para a validação, a qual amplia o espaço, a profundidade e a coerência nas condutas metodológicas.”

A análise utilizou como suporte referencial a Teoria da Escolha Racional (TER), a partir do pensamento elaborado por DOWNS (1999).

HALL e TAYLOR (2003) ao discorrerem sobre o Neoinstitucionalismo esclarecem que não se trata de uma corrente de pensamento unificada e possui pelo menos três métodos de análise diferentes: o Institucionalismo Histórico, o Institucionalismo Sociológico e o Institucionalismo da Escolha Racional, surgidos como reação contra a corrente behaviorista e procurando desvendar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos.

Em relação ao Institucionalismo da Escolha Racional, os autores partem de alguns pressupostos: que os atores compartilham determinadas preferências e se comportam de modo utilitário para satisfazê-las, utilizando estratégias que envolvem um número significativo de cálculos; que a vida política se traduz numa série de dilemas de ação coletiva; que o comportamento de um ator é determinado por um cálculo estratégico, fortemente influenciado pela expectativa deste ator frente ao provável comportamento de outros atores; e que o processo de criação de instituições é centrado num acordo voluntário entre atores interessados (HALL e TAYLOR, 2003).

O estudo de DOWNS (1999, p. 25) teve como objetivo trazer o avanço proporcionado pelo uso da Escolha Racional na Economia, para a Ciência Política, numa “tentativa de fornecer essa regra de comportamento para o governo democrático e de rastrear suas implicações”, analisando as estratégias racionais que tanto governantes e governados empregam para atingir seus objetivos, satisfazendo seus interesses.

Para o autor, as ações humanas só podem ser previstas se formarem algum padrão. Ao se conhecer os propósitos de quem toma a decisão, podem ser previstos quais passos serão dados para atingi-los, pois um homem racional consegue sempre tomar uma decisão quando confrontado com uma gama de alternativas. Ele elabora um ranking transitório, onde classifica todas as alternativas que estão diante de si em ordem de preferência, escolhendo

sempre aquela que fica em primeiro lugar e sempre toma a mesma decisão cada vez que é confrontado com as mesmas alternativas (DOWNS, 1999).

Um alto grau de racionalidade política é necessário em todas as sociedades para que possam resolver seus problemas com êxito. Alguma ambiguidade é inevitável, mas sempre que a incerteza aumenta muito, a racionalidade torna-se difícil, pois requer uma ordem social previsível, sendo impossível sem a estabilidade ordenada que o governo proporciona. Portanto, desde que a incerteza seja reduzida e a ordem estável, introduzida e mantida, a ação racional é possível.

A estrutura do modelo proposto por DOWNS (1999) baseia-se no pressuposto de que todo governo procura maximizar o apoio político e, como consequência, o partido governante tem liberdade ilimitada de ação, dentro dos limites da constituição. No entanto, economicamente, não há limites ao seu poder, sendo a única restrição a de manter a liberdade política, entendida como a sustentação econômica dos direitos de voto de seus cidadãos e por não arruinar a oposição através de políticas econômicas que visem especificamente a prejudicá-la.

O autor reconhece apenas três tipos dos que tomam decisões políticas: partidos políticos, cidadãos individuais e grupos de interesse. Define partido político como sendo uma equipe de homens que busca controlar o aparato de governo, obtendo cargos numa eleição devidamente constituída. Como nenhum dos atributos do cargo pode ser alcançado sem que seja eleito, a principal meta de todo partido é ganhar as eleições. Então, todas as suas ações visam à maximização dos votos e as políticas são tratadas simplesmente como meio para alcançar esse fim.

O autor aborda o problema da “falsa personificação”, quando se tem a impressão de que todos os membros da equipe, por serem racionais, têm exatamente as mesmas metas do que todos os outros e que, portanto, essas metas teriam uma ordem única e consistente de preferência. Entretanto, em algumas partes do estudo os partidos são compreendidos como coalizões imperfeitas (em vez de equipes) supondo-se que existam lutas de poder intrapartidárias, nas quais seus membros concordam sobre algumas metas, mas discordam sobre muitas outras. Disto resulta que as medidas tomadas pelo partido como um todo formam uma mescla de conciliações e não qualquer tomada racional de decisão.

As escolhas racionais são guiadas pelo “Axioma do Interesse Pessoal”, onde *“cada um, (...) tem uma maior consideração por sua própria segurança ou felicidade, do que pela segurança e felicidade de outrem; e, quando essas entram em choque, está pronto a sacrificar o interesse do outrem ao seu próprio.”* E, portanto, se refere ao comportamento racional dirigido a fins egoístas. Todavia, o interesse pessoal esbarra em pelo menos dois limites: não deverá cometer atos ilegais, nem tentará se beneficiar à custa de qualquer outro membro do seu próprio partido (DOWNS, 1999).

Os políticos nunca buscam o poder como um meio de executar políticas específicas. Seu único objetivo é colher as recompensas de ocupar um cargo público *per se*. Tratam a política puramente como meio de atingir seus fins privados, que eles conseguem alcançar somente quando são eleitos. E se motivam pelo desejo do poder, prestígio, renda e pelo amor ao conflito, isto é, pela “emoção do jogo”, comum a muitas ações que envolvem risco.

Partindo-se do pressuposto de que o objetivo central das eleições numa democracia é selecionar um governo, o modelo concebe que qualquer cidadão é racional quanto à eleição se suas ações lhe possibilitam desempenhar seu papel na seleção eficiente de um governo. A escolha racional feita pelo eleitor, primeiramente faz uma avaliação de qual partido lhe trará maior benefício e, em seguida, tenta estimar se esse partido tem qualquer chance de ganhar.

DOWNS (1999) concebe os governos como sendo

“organizações que têm um monopólio suficiente de controle para impor uma resolução ordeira de disputas com outras organizações na área (...) Quem quer que controle o governo geralmente tem a “última palavra” sobre uma questão; quem quer que controle o governo pode impor decisões a outras organizações na área.”

Quanto à lógica das escolhas a serem feitas pelos governos, admite que os governos democráticos ajam racionalmente para maximizar o apoio político, pois a meta de todo governo é ser reeleito. Com este objetivo, adota uma ação racional, que é eficientemente planejada para alcançar os fins econômicos ou políticos conscientemente selecionados, executando *“aqueles atos de gastos que ganham a maior quantidade de votos por meio daqueles atos de financiamento que perdem a menor quantidade de votos”*, baseando-se na regra tradicional da utilidade social que afirma que *“o governo deveria continuar gastando até que o retorno social marginal caia a um nível igual ao custo social marginal”*, isto é, o retorno marginal que é possível obter no setor privado (DOWNS, 1999).

Como o governo disputa votos com outros partidos políticos que no momento estão fora do poder, organiza o seu planejamento levando em conta, além das funções de utilidade dos eleitores, as propostas feitas por seus opositores. Persegue, então, os seus objetivos num cenário composto por três elementos: uma estrutura política democrática (que permite a existência de partidos de oposição), uma atmosfera de graus variáveis de incerteza e um eleitorado de eleitores racionais. Assim, a tomada de decisão governamental ocorre sempre num contexto complicado de valores ótimos econômicos e de guerra política.

Para o enfrentamento deste cenário toma como estratégia o “Princípio da Maioria”, onde sujeita cada decisão a uma votação hipotética e sempre escolhe a alternativa que a maioria dos eleitores prefere. Portanto, para evitar a derrota, o governo deve apoiar a maioria em todas as questões:

“Nossa argumentação nos levou do axioma do interesse pessoal para o governo de maximização do voto. (...) O partido que dirige esse governo manipula as suas políticas e ações de maneira que ele acredita que isso lhe trará mais votos, sem violar os preceitos constitucionais (...) o partido governante está consciente de uma relação definida entre suas políticas e o modo como as pessoas votam.” (DOWNS, 1999).

Considerando as escolhas racionais feitas pelos partidos que estão na oposição é possível, algumas vezes, derrotar um governo que agrada a maioria. Para isso, poderão usar a estratégia da correspondência total de políticas, adotando um programa que é idêntico àquele dos ocupantes do cargo, em todos os detalhes. Essa manobra força os cidadãos a decidir como votar através da comparação entre a avaliação de desempenho do partido no poder e os de governos anteriores. Poderão, ainda, adotar a estratégia da coalizão de minorias, assumindo posições contrárias em questões-chave (isto é, apoiando a minoria), que funciona apenas quando nenhuma maioria de eleitores mostra perfeito consenso sobre todas as questões. E, por fim, quando há falta de consenso no eleitorado em relação à quais metas são desejáveis, o governo pode ser derrotado porque não consegue seguir o Princípio da Maioria, mesmo que o queira.

O modelo de DOWNS (1999) admite a interdependência entre os comportamentos de governantes e governados, que orientam as suas ações com base em padrões de comportamento que uns veem nos outros; e que ambos seguem o Axioma do Interesse Pessoal para garantir a racionalidade das suas escolhas.

4.7 RELATÓRIO FINAL

O Relatório Final da pesquisa, sob a forma de uma tese de doutorado, foi redigido de acordo com a Norma Culta da Língua Portuguesa, observando-se o Acordo Ortográfico estabelecido pelo Decreto nº 6.583/08 (BRASIL, 2008) e atendendo à Resolução CoPgr nº 4678/99 da Universidade de São Paulo (USP, 2006), seguindo-se, também as orientações contidas no Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP, 2006).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b), tendo sido cadastrado na Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde obteve a autorização para a sua realização, através do Parecer Consubstanciado nº 980.389.

A coleta de dados somente foi após o recebimento do Parecer Consubstanciado autorizando a realização da pesquisa.

Foram obtidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada um dos participantes e as Autorizações do secretário de Saúde do Estado do Acre e da presidente da Associação Nossa Senhora da Saúde para a realização da pesquisa.

PARTE II

PRODUTOS DA PESQUISA

5 PRODUTOS

Nesta parte são apresentados os principais produtos acadêmicos, que foram obtidos com o desenvolvimento da tese.

São três artigos originais, redigidos em língua portuguesa, que serão oportunamente submetidos à publicação em periódicos editados no Brasil ou no exterior.

5.1 ARTIGO 1: O IDEAL SOCIALISTA NUM MUNDO NEOLIBERAL E A VIRADA PRAGMÁTICA DO PT, NO INÍCIO DO SÉCULO XXI

RESUMO

Introdução – Desde a sua formação, o Partido dos Trabalhadores tentou incorporar os ideais socialistas buscando construir a hegemonia da classe trabalhadora. As transformações ocorridas no mundo durante os anos de 1990 repercutiram também no Brasil. Os governos adotaram uma política neoliberal visando a organização de um Estado mínimo, reforçando a hegemonia da classe dominante. **Objetivo** – Analisar as transformações sofridas pelo Partido dos Trabalhadores, a partir da hegemonia neoliberal na virada do século XXI. **Método** – Estudo de metodologia qualitativa, utilizou um estudo de caso, onde foram realizadas revisão de bibliografia, análise documental e coleta de dados empíricos. A população de referência foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental e de entrevista com roteiro. O conteúdo das entrevistas foi sistematizado com o auxílio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, triangulado com os dados oriundos da pesquisa documental e analisados com suporte referencial nos conceitos de Estado Ampliado e de Hegemonia elaborados por Gramsci. **Resultados** – O Partido dos Trabalhadores optou por ampliar seu arco de alianças distanciando-se do Socialismo e aproximando-se do ideário neoliberal. **Conclusões** – A chegada ao poder pela via eleitoral se concretizou, mas fez com que o partido renunciasse à sua própria identidade, perdendo a possibilidade de continuar liderando a Esquerda.

DESCRITORES: Pesquisa Qualitativa; Hegemonia; Partido dos Trabalhadores; Ciência Política; Partido Político.

ABSTRACT

Introduction – Since its formation, the Partido dos Trabalhadores has tried to incorporate socialist ideals in order to build the hegemony of the working class. The transformations that occurred in the world during the 1990s also had repercussions in Brazil. The governments adopted a neoliberal policy aiming at the organization of a minimal state, reinforcing the hegemony of the ruling class. **Objective** – Analyze the transformations undergone by the Partido dos Trabalhadores, starting from the neoliberal hegemony at the turn of the 21st century. **Method** – Qualitative methodology study, used a case study, where they were carried out review of bibliography, documentary analysis and empirical data collection. The reference population was made up of SUS managers, workers and users. The data were obtained through documentary research and interview with script. The content of the interviews was systematized with the help of the Collective Subject Discourse technique, triangulated with data from the documentary research and analyzed with reference support in the concepts of Expanded State and Hegemony elaborated by Gramsci. **Results** – The Partido dos Trabalhadores has chosen to broaden its alliance ring by moving away from Socialism and

approaching neoliberal ideology. **Conclusions** – The arrival to power by the electoral route materialized, but made the party renounce its own identity, losing the possibility to continue leading the Left.

DESCRIPTORS: Qualitative Research; Hegemony; Workers Party; Political Science; Political Party.

INTRODUÇÃO

O estado de natureza de Hobbes e o estado de sociedade de Rousseau evidenciam uma percepção do social como luta entre fracos e fortes, vigorando a lei da selva ou o poder da força. Para fazer cessar esse estado de vida ameaçador e ameaçado, os humanos decidem passar à sociedade civil, isto é, ao Estado Civil, criando o poder político e as leis. A passagem do estado de natureza à sociedade civil se dá por meio de um contrato social, pelo qual os indivíduos renunciam à liberdade natural e à posse natural de bens, riquezas e armas e concordam em transferir a um terceiro – o soberano – o poder para criar e aplicar as leis, tornando-se autoridade política.¹

Compreendendo que entre a sociedade civil e o Estado pode haver uma separação, tratando-se de duas entidades realmente distintas e mantidas juntas por meio de um contrato, o ser humano é concebido apartado do seu meio social, como tendo uma individualidade absolutamente independente de qualquer agremiação que se lhe queira impor.²

A propriedade privada não é um direito natural. É um efeito do contrato social e de um decreto do soberano; e não existiam leis para garanti-la.¹

Locke parte da definição do direito natural como direito à vida, à liberdade e aos bens necessários para a conservação de ambas, conseguidos pelo trabalho. A Teoria Liberal de Locke define como sendo característica do Estado a garantia ao direito natural de propriedade (por meio das leis e do uso legal da violência). Contudo, sem interferir na vida econômica, respeitando a liberdade dos proprietários privados, que farão as regras e as normas das atividades econômicas; entre o Estado e o indivíduo intercala-se uma esfera social (a sociedade civil) sobre a qual o Estado não tem poder instituinte, mas apenas a função de garantidor e de árbitro dos conflitos nela existentes. Portanto, o Estado deve legislar sobre o

que pertença à esfera da vida pública, todavia, não tem o direito de intervir sobre a consciência dos governados e sim garantir-lhes a liberdade de consciência, somente podendo “exercer censura nos casos em que se emitam opiniões sediciosas que ponham em risco o próprio Estado.” ^{1,3}

Através de um contrato social, os indivíduos dão o seu consentimento unânime para a entrada no estado civil, abandonando o estado de natureza e escolhendo, pelo princípio da maioria uma determinada forma de governo, que, qualquer que seja ela, deverá garantir a propriedade. ³

A concepção funcionalista do Estado define o sistema global como diferenciado em quatro subsistemas que desempenham funções interdependentes para a conservação do equilíbrio social, onde o subsistema cultural é considerado o mais importante, pois a máxima coesão do grupo social dependeria da adesão aos valores e normas estabelecidas, seja por socialização ou por controle social. Na Teoria Funcionalista a preocupação maior é com a conservação social, onde “as mudanças que interessam (...) são as que ocorrem no interior do sistema e que o sistema tem a capacidade de absorver mediante pequenos ajustamentos previstos pelo próprio mecanismo do sistema.” ^{4,5}

A concepção marxista do Estado distingue em cada sociedade histórica dois momentos: a infraestrutura (a base econômica, que compreende as relações econômicas e as formas de produção) e a superestrutura (que compreende o Estado), que agem reciprocamente, sendo que a base econômica é sempre determinante em última instância. Está preocupada essencialmente com a mudança social, pois é “dominada pelo tema da ruptura da ordem, da passagem de uma ordem à outra, concebida como passagem de uma forma de produção a outra através da explosão das contradições internas ao sistema.” ^{4,5}

O Estado nasce da sociedade, através da luta de classes e da dominação de uma delas sobre a outra, expressando-se na necessidade de regulamentar juridicamente esta luta de classes, procurando manter o equilíbrio entre as classes conforme a correlação de forças existente, num processo de mediação, a fim de que não se torne dilacerante. ⁶

Entretanto, com o advento da grande indústria e do mercado mundial, a classe burguesa apropriou-se do poder político exclusivo do Estado representativo, transformando-o em um comitê para administrar seus negócios comuns e transformando o poder estatal num mecanismo de opressão. ⁷

Nasce daí a necessidade de opor à ditadura da burguesia uma ditadura do proletariado. Para GRUPPI⁶, “Marx não define o Estado democrático como ditadura da burguesia, esta definição será de Lênin. Mas esse conceito de mecanismo opressivo que aparece em Marx permite, naturalmente, definir o Estado burguês como uma ditadura (...) à qual é preciso opor outra: a ditadura revolucionária, que não se apodere pura e simplesmente do Estado burguês, mas que o destrua.”

O marxismo permite compreender o Estado e a política da sociedade contemporânea para além da simples constatação da estrutura e do funcionamento da sociedade, ao dar uma contribuição teórica e prática, onde é relacionando o político e o estatal à reprodução social do Capitalismo, pois ao combater a exploração capitalista favorece a percepção das dinâmicas e contradições da estrutura política da sociedade.^{8,9}

MASCARO⁸ identifica na divisão de Ingo Erbe, três grandes fases teóricas do marxismo sobre o campo da política: uma primeira fase compreendida entre o século XIX e a Revolução Soviética, denominada de “marxismo tradicional”, que se consolidou como orientadora das práticas revolucionárias a partir da visão do Estado como aparato do domínio da burguesia, devendo, portanto, ser legitimamente tomado pelos trabalhadores; uma segunda fase que se estende até meados do século XX, chamada de “marxismo ocidental”, onde a política passa a ser compreendida como sendo um entrelaçamento entre Estado e sociedade civil, englobando, deste modo a totalidade da vida social; e, por fim, um fase de nova leitura do marxismo, ocorrida no último terço do século XX, “que procura extrair dos fundamentos da sociabilidade capitalista a própria natureza estrutural do Estado e da política.”

Segundo PORTELLI¹⁰, Gramsci ampliou o conceito marxista de Estado ao fazer uma refinada análise da política, onde concebe que as superestruturas do bloco histórico formam um conjunto complexo, onde a sociedade política (que agrupa o aparelho de Estado) e a sociedade civil (a maior parte da superestrutura) estão estreitamente imbricadas.¹⁰

A sociedade civil aparece na concepção inicial do marxismo como o conjunto da estrutura econômica e social de um período determinado. MARX e ENGELS¹¹ propuseram que “a sociedade civil é o verdadeiro centro, o verdadeiro palco da História. (...) Ela abrange o conjunto das relações materiais dos indivíduos no interior de um estágio de desenvolvimento determinado das forças produtivas. Abrange o conjunto da vida comercial e industrial de uma etapa.”

Para PORTELLI¹⁰, na visão de Gramsci, a sociedade civil pertence ao momento da superestrutura, reunindo o conjunto dos organismos privados e correspondendo à função de hegemonia (cultural e política) que o grupo dominante exerce em toda a sociedade, se constituindo a base (o conteúdo ético) da sociedade política (o Estado, no sentido estrito), a qual é oposta. Como ideologia da classe dirigente, a sociedade civil abrange todos os ramos da ideologia e sua concepção do mundo é difundida em todas as camadas sociais para vinculá-las à classe dirigente, articulando para isso, a própria ideologia, a estrutura ideológica e o “material ideológico”.

A sociedade política opõe à sociedade civil no interior da superestrutura, correspondendo à “dominação direta”, que se exprime no Estado como aparelho de coerção, para, numa situação habitual, conformar as massas populares ao tipo de produção e economia de um determinado momento histórico, assegurando “legalmente” a disciplina dessas massas que recusam seu acordo.¹⁰

No entanto, numa situação excepcional e temporária dos momentos de crise no comando e na direção, também é constituído para o conjunto da sociedade, quando falha o consenso espontâneo.¹⁰

A sociedade política tem, portanto, a função de exercer a coerção, mantendo, pela força, a ordem estabelecida. Assim, no exercício da coerção ultrapassa o domínio militar, e vai se apoiar no governo jurídico, na força das leis especialmente elaboradas para esta finalidade.¹⁰

A sociedade civil e a sociedade política mantêm relações permanentes, não existindo uma separação orgânica entre elas (entre o consenso e a força), pois a classe dominante utiliza e combina uma e outra, no exercício de sua hegemonia. Todavia, “não existe sistema social em que o consentimento seja a base exclusiva da hegemonia, nem Estado em que um mesmo grupo possa, somente por meio da coerção, continuar a manter de forma durável a sua dominação.”^{10,12}

O conceito de Estado Ampliado advém desta estreita colaboração e do caráter ambivalente dos órgãos das sociedades civil e política (organizações privadas ou aparelho de Estado), através dos quais é exercida a influência da classe dominante e, ao mesmo tempo, produzido um equilíbrio entre esses dois elementos internamente na superestrutura. A unidade do Estado decorre de sua gestão pelos “intelectuais”, que são agentes da classe

dominante, responsáveis pelo exercício da direção política e cultural e, também, por assegurar a homogeneidade do bloco histórico.^{10,12}

GRUPPI⁶ revela que a preocupação de Gramsci é analisar como se mantém coesa uma determinada sociedade (um dado “bloco histórico”), onde atuam as forças políticas e sociais e onde uma classe dominante obtém a coesão e o consenso de forças cujos interesses são opostos. Para ele, a obtenção do consenso é dada não só pela influência política, como também pela ideologia, que tem o papel de manter coeso o bloco histórico, unindo as classes sociais antagônicas.

GRUPPI⁶ afirma, ainda, que “as classes populares, embora tenham interesses antagônicos ao sistema, são basicamente subordinadas; porque não têm sua própria concepção de mundo, sua própria cultura, mas absorveram a cultura das classes dominantes de maneira heterogênea, desorganizada, passiva.” Há, por conseguinte, uma subordinação ideal, cultural, pois o modo de pensar das classes subalternas é desprovido de organicidade e de capacidade crítica.

Faz-se necessário todo um processo a fim de que as classes subordinadas fiquem autônomas, tenham uma concepção cultural, uma linha política, um partido. Assim, podem se tornar hegemônicas antes mesmo da conquista do poder, ao difundir em toda a sociedade a sua própria concepção política e cultural. O processo da hegemonia se caracteriza, então, por um processo de unificação do pensamento e da ação.^{6,12}

Todavia, não se traduz em um processo fácil, porque estando a hegemonia da classe dominante alicerçada sobre a “direção intelectual e moral” da sociedade e na impregnação ideológica de todo o sistema social, qualquer tentativa de derrubada do bloco histórico nesse sentido passa por uma luta de longo fôlego, para desagregar a sociedade civil.¹⁰

Nesta concepção, para que a hegemonia se estabeleça solidamente é preciso que as sociedades civil e política sejam igualmente desenvolvidas e organicamente vinculadas, pois somente assim a classe dominante poderá utilizá-las alternativa e harmoniosamente para perpetuar sua dominação. Quando isso não ocorre, instala-se uma crise da capacidade dirigente, daqueles que detém o poder, que não conseguem mais solucionar os problemas da sociedade. Havendo, então, uma separação entre poder e direção, resulta na perda de coesão do bloco histórico, o que abrange a sociedade como um todo, e estabelece a “crise de hegemonia”, abrindo caminho para a revolução.^{6,10,12,13}

O momento da revolução é o momento da iniciativa, da intervenção no processo e da direção pelo proletariado, por isso se atribui um grande valor ao momento do sujeito, da consciência e das ideias no processo revolucionário¹⁴, aproveitando-se que a crise de hegemonia é também um momento de crise moral e cultural.⁶

O partido político ao unificar a filosofia instintiva (presente na ação) à filosofia consciente (presente no pensamento e que deve ser adquirida) fornece a visão de conjunto, personifica uma grande vontade coletiva, e torna-se elemento indispensável para a formação da hegemonia da classe subalterna. E para existir, há que combinar três elementos: o nível dos dirigentes (muito restrito, e de abrangência nacional); uma base, que adere por “entusiasmo ou fé”; e um nível intermediário que une os dois outros.^{6, 15}

A função primordial do partido político seria permitir a construção de alianças sociais amplas da classe operária (para além da aliança entre operários e camponeses pobres), devendo chegar às camadas médias das cidades, do campo e da pequena e média indústria, formando um sistema muito bem articulado (que admite a contradição interna desses setores, porém os une frente à contradição principal), dirigindo-se contra o capital monopolista de Estado, e, a partir daí, conferir uma capacidade dirigente à classe operária permitindo-lhe acessar o poder e manter-se como hegemônica.^{6, 15}

A ideia do Partido dos Trabalhadores (PT) surgiu com o avanço e o fortalecimento de um amplo movimento social da década de 1970 e da necessidade de criar um canal de expressão política e partidária dos trabalhadores de todos os setores explorados pelo Capitalismo com o objetivo de conquistar a política como uma atividade própria das massas populares que desejam participar de todas as esferas de poder na sociedade. No manifesto da sua fundação, em 1980, o partido se propôs a “conquistar a liberdade para que o povo possa construir uma sociedade igualitária, onde não haja explorados nem exploradores.”^{16,17}

O objetivo deste artigo é analisar as transformações sofridas pelo Partido dos Trabalhadores, a partir da hegemonia neoliberal na virada do século XXI.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo de metodologia qualitativa. O cenário do estudo foi o Estado do Acre, 15º estado brasileiro em extensão territorial (164.221,36 km²), correspondente a 4,26% da Região Norte e a 1,92% do território nacional.^{18,19}

A população de referência para a pesquisa foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do SUS, totalizando quarenta indivíduos. A técnica da “bola de neve” foi adotada, por utilizar cadeias de referência, que se configuram numa espécie de rede, possibilitando coletar o máximo de informações sobre todos os membros desta rede.²⁰

O Campo foi conduzido pelo próprio pesquisador, através de pesquisa documental e entrevistas com roteiro (realizada com os participantes da pesquisa), estendendo-se por todo o segundo semestre do ano de 2015.

Os documentos revelaram-se úteis, pois serviram para corroborar e aumentar a evidência de outras fontes.²¹ Foram utilizados materiais de “*primeira mão*” (que não haviam recebido um tratamento analítico) e que se constituíram nos principais documentos partidários do PT, disponíveis no acervo do próprio partido e da Fundação Perseu Abramo.

A opção de se utilizar um roteiro de entrevistas surgiu da necessidade de se estabelecerem conversas guiadas, que seguiram a linha de investigação definida no protocolo do estudo, e que possibilitasse a formulação de questões verdadeiras, de maneira imparcial. O roteiro funcionou, portanto, como um norteador na condução da entrevista.

Precedendo-se à ida sistemática a campo foi realizado um pré-teste em um grupo de oito indivíduos (que não participaram da população de estudo), com a finalidade de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados.

Buscou-se uma sistematização inicial dos dados, organizando-os e selecionando-os, com o objetivo de refinar a análise. Posteriormente, foi utilizado o programa de software QUALIQUANTISOFT, desenvolvido para realizar o “processamento de dados de natureza qualitativa, que estejam organizados em forma de discursos, depoimentos ou textos de qualquer natureza.”²²

LEFÈVRE e LEFÈVRE²² ao discorrerem sobre entrevistas individuais destacam como suas vantagens: a abordagem sujeito a sujeito; condução adequada por um entrevistador

bem treinado; possibilidade de aflorar o discurso espontâneo; e, a possibilidade do resgate discursivo da opinião de populações que não têm a sua voz ouvida.

Na pesquisa documental, a análise dos documentos adotou procedimentos que deram conta de desvendar o lugar social onde foram produzidos. Para VIEIRA et al.²³, a pesquisa documental “deverá se propor a recuperar as várias propostas em jogo e as razões da vitória de uma delas sobre as outras, o que significa trazer à tona também as causas perdidas. (...) isto é, recuperar a relação, o movimento, a contradição.”

Relatam ainda essas autoras, que o pesquisador, preocupado em recuperar a experiência dos agentes sociais, “vai procurar vestígios que a evidenciam. Essas evidências, sempre incompletas e imperfeitas, têm determinadas propriedades que o pesquisador deverá levar em conta, fazendo-lhes perguntas adequadas à experiência analisada e à experiência do analista.”²³

Para a sistematização dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se “constitui um novo método (...) para as pesquisas de opinião, representação social ou, mais genericamente, de atribuição social de sentido, que tenham como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal.”²²

O DSC como técnica consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais que após processados irão se conformar em depoimentos coletivos. O resultado da pesquisa foi composto, portanto, pelas diferentes opiniões sob a forma de DSC existentes entre a população pesquisada.²²

Ao realizar a pesquisa documental e confrontá-la com as entrevistas, o estudo utilizou a triangulação das fontes de dados (triangulação dos dados), servindo para “enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento e (...) superar os potenciais epistemológicos (sempre limitados) do método individual. (...) Consiste mais em uma alternativa para a validação, a qual amplia o espaço, a profundidade e a coerência nas condutas metodológicas.”²⁴

FLICK²⁴ esclarece que o termo “triangulação” “designa a combinação de diversos métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas para tratar de um fenômeno. (...) a triangulação de dados refere-se ao uso de diferentes fontes de dados”.

A análise utilizou como suporte referencial o Marxismo, através dos conceitos de Estado Ampliado (compreendido como sendo fruto da somatória da sociedade política — responsável por organizar a força coercitiva — com a sociedade civil — responsável por assegurar o consentimento) e de Hegemonia (significando uma teia de crenças, valores, relações institucionais e sociais organizadas pelos intelectuais orgânicos), elaborados por Gramsci.^{6,10,12,13}

O estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde obteve a autorização para a sua realização, através do Parecer Consubstanciado nº 980.389.²⁵

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O neoliberalismo nasceu logo após a II Guerra Mundial como uma reação teórica e política muito forte contra o Estado de Bem-Estar Social, a partir do texto “O Caminho da Servidão”, escrito em 1944 por Friedrich Hayek, e direcionado a atacar o Partido Trabalhista inglês, às vésperas da eleição geral de 1945. O autor afirma ser “de extrema importância ter em mente que a nossa crítica visa exclusivamente ao planejamento contrário à concorrência – o planejamento que pretende substituir a concorrência. (...) Sob o nome de previdência social, é possível introduzir medidas que contribuirão para tornar a concorrência bastante ineficaz.”²⁶

Opunha-se diretamente ao Keynesianismo, que defendia a atuação direta do Estado na economia, preocupando-se em gerar o Estado de Bem-Estar Social, a partir da crença de que os mercados frequentemente funcionam mal e que as suas falhas deveriam ser compensadas por esta forte intervenção. O argumento utilizado pelo neoliberalismo era que o igualitarismo promovido pelo Estado de Bem-Estar Social “destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a vitalidade de todos.”²⁶

O pensamento neoliberal ficou em segundo plano, até então, devido à entrada do Capitalismo numa longa fase de um crescimento rápido, durante as décadas de 1950 e 1960, a “Idade do Ouro”. Entretanto, com a chegada da crise capitalista em meados dos anos 1970

(em que foram combinadas baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação), que levou diversos países a uma profunda e longa recessão, as ideias de Hayek passaram a ser debatidas²⁷, agravando “as críticas relativas ao tamanho do Estado, à adoção de mecanismos de regulação econômica de inspiração keynesiana e à pouca capacidade de resposta ágil e eficiente do Estado às demandas sociais emergentes.”²⁸

As razões da crise passaram a ser creditadas ao excessivo poder dos sindicatos e do movimento operário que haviam “corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais”,²⁷ desencadeando processos inflacionários.

A solução seria manter um Estado forte em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e controlar o dinheiro, mas débil nos gastos sociais e nas intervenções econômicas, perseguindo uma disciplina orçamentária visando à estabilidade monetária e à restauração da taxa "natural" de desemprego, ao criar um exército de reserva de trabalho com o objetivo de desarticular os sindicatos. Além disso, o Estado deveria ser capaz de promover reformas fiscais para incentivar os agentes econômicos, como a redução de impostos sobre os rendimentos mais altos.²⁷

A hegemonia desta corrente foi se estabelecendo ao longo da década de 1970 e ao final da década foi eleito o governo de Margareth Thatcher na Inglaterra, despontando como o primeiro governo de um país central do Capitalismo a colocar em prática a doutrina neoliberal. Em 1980, Ronald Reagan chegou à presidência dos Estados Unidos. Em 1982, Kohl derrotou o regime social liberal de Helmut Schmidt, na Alemanha. Em 1983, a Dinamarca, modelo do Bem-Estar Social escandinavo, elegeu uma coalizão de direita, liderada por Poul Schlüter. Em seguida, quase todos os países do norte da Europa ocidental, também elegiam governos conservadores, alinhados com a proposta neoliberal.^{27, 29}

O ideário do neoliberalismo incluía, como componente central, o anticomunismo, que alcançou o seu auge, em 1989 com a queda do muro de Berlim, o esfacelamento da União Soviética e a desintegração dos países do leste europeu.²⁷ A onda neoliberal se propagou e teve como resultado o controle e a queda da grande inflação dos anos 70, a recuperação dos lucros e o aumento das taxas de desemprego, que, por sua vez, desencadeou a derrota do movimento sindical, expressado “na queda drástica do número de greves durante os anos 80 e numa notável contenção dos salários.”²⁷

O grau de desigualdade – outro importante objetivo neoliberal – aumentou significativamente no conjunto dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a finalidade histórica do neoliberalismo se cumpriu ao reanimar o Capitalismo e restaurar suas altas taxas de crescimento estáveis, anteriores à crise dos anos 70.³⁰

Em 1990, o Fundo Monetário Internacional (FMI) passou a recomendar oficialmente a adoção de um conjunto de medidas voltadas para promover o ajuste econômico dos países subdesenvolvidos endividados. As medidas do chamado “Consenso de Washington” pretendiam funcionar como uma receita padronizada para a retomada do crescimento, incluindo a abertura comercial, a privatização de Estatais, a redução dos gastos públicos, a adoção de uma disciplina fiscal com reforma tributária e desregulamentação, associadas ao estímulo aos investimentos estrangeiros diretos, com a prática de juros e câmbio de mercado, além da garantia ao direito à propriedade intelectual, que deixavam intocáveis marcas e patentes. Vários destes princípios estimularam a integração econômica internacional, intensificando enormemente o processo de globalização da economia.³¹

SANTOS³² ao refletir sobre a globalização econômica apresentou como seus principais traços: o deslocamento do eixo da produção mundial para a Ásia, a primazia total das empresas multinacionais como agentes do mercado global, a erosão da eficácia do Estado na gestão macroeconômica e o avanço tecnológico.

Na visão de ANDERSON²⁷, “o Consenso de Washington acreditava que a liberalização dos mercados determinaria um fluxo de capital dos países mais ricos para os mais pobres, no entanto foi exatamente o contrário que aconteceu. Em vez de ocorrerem melhorias na distribuição de renda pelo mundo, a situação piorou”, contribuindo para agravar as desigualdades sociais e econômicas entre o mundo desenvolvido e o mundo subdesenvolvido.³³

O avanço da globalização econômica e o aprofundamento da voracidade do Capitalismo, agora na sua fase de financeirização, despertaram também reações contra hegemônicas de parte da sociedade mundial que se organizou para tentar frear o avanço desta ordem, contestando-a e tentando unir num mesmo movimento “partidários de diversas ideologias: anarquistas, marxistas, ecologistas, católicos progressistas, pacifistas, sindicalistas, antimilitaristas, movimentos camponeses, organizações não-governamentais generalistas e de direitos humanos, entre outros grupos. Todos protestando contra os rumos

atuais do processo de globalização” , dando início ao “altermundialismo” , ao afirmar que “Outro mundo é possível”.³⁴

Nessa linha de contestação, surgiram no mundo periférico os Fóruns Sociais Mundiais, cujo primeiro encontro aconteceu no Brasil, em Porto Alegre, no ano de 2001. Os fóruns ocorrem nos mesmos dias em que ocorrem em Davos, na Suíça, os Fóruns Econômicos Mundiais, onde predominam as ideias defendidas pelas grandes corporações transnacionais que se beneficiam do processo de globalização e se esforçam pelo seu avanço.³⁵

SANTOS³⁶ afirma que: “os movimentos e as ONGs do Fórum Social Mundial que ainda tinham dúvidas sobre o carácter imperialista e destrutivo do BIRD e do FMI deixaram de as ter, o que deve traduzir-se em mais forte mobilização para protestar contra estas instituições e para preparar alternativas realistas.”

No Brasil, nos anos de 1990, este processo mundial de globalização econômica e a imposição das diretrizes do Consenso de Washington começaram a produzir seus efeitos. Os reflexos da crise dos anos de 1970, 1980 e início dos anos de 1990, começam a aparecer (depois do episódio de hiperinflação, em 1990, no final do governo Sarney), produzindo as ações esperadas.

Na visão de BRESSER-PEREIRA³⁷, a crise estabelecida possuía quatro faces, pois era ao mesmo tempo, uma crise fiscal, uma crise do modo de intervenção do Estado, uma crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado e, por fim, uma crise política dando suporte às demais.

Com a eleição de Collor de Mello, as reformas econômicas e o ajuste fiscal ganharam impulso. O governo promoveu a abertura comercial, as privatizações e o ajuste fiscal (através do cancelamento da dívida pública interna). No caso da Administração Pública, começou a reduzir o aparelho do Estado com a demissão de servidores públicos (desprestigiando-os), a eliminação de órgãos públicos (desorganizando ainda mais a precária estrutura burocrática existente), e, sobretudo, afrontando a Constituição.³⁷

Após o “*impeachment*” do presidente Collor de Mello, o governo seguinte, do presidente Itamar Franco, lançou o Plano Real com a finalidade de promover a estabilidade monetária, numa tentativa de se adaptar às conjunturas momentâneas a

partir de taxas flutuantes dos juros e submetendo o câmbio à intervenção da autoridade monetária do Banco Central.

Em 1994, Fernando Henrique Cardoso, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), ministro da Fazenda do governo Itamar Franco, se apresentou como fiador de um pacto de governabilidade que pretendeu efetivar uma coalizão de classes que ocupasse o centro do espectro político, em torno de uma proposta “democrático-reformista”, insuflada pelo êxito do Plano Real.

Esta articulação com a elite nacional impõe uma segunda derrota ao Partido dos Trabalhadores, afastando a possibilidade da retomada da construção de um Estado de Bem-Estar Social no Brasil.

A partir de 1995, as oportunidades e as condições estavam dadas para a realização de uma “reforma do Estado”, que, na verdade, não ultrapassou a reforma da máquina pública, pois tinha por objetivo superar a administração burocrática iniciada na Era Vargas e chegar a uma administração gerencial do Estado.

BRESSER-PEREIRA³⁷ definia que a reforma teria como objetivos “a curto prazo, facilitar o ajuste fiscal, particularmente nos Estados e municípios, onde existe um claro problema de excesso de quadros; a médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública, voltando-a para o atendimento dos cidadãos.”

E justificava que não se tratava de proposta de reforma neoliberal, mas sim de uma proposta da social democracia, diferenciando que “o objetivo da primeira é retirar o Estado da economia, enquanto que o da segunda é aumentar a governança do Estado; é dar ao Estado meios financeiros e administrativos para que ele possa intervir efetivamente sempre que o mercado não tiver condições de coordenar adequadamente a economia”³⁷

Para os entrevistados na pesquisa, a compreensão é outra. Ao relatar o ocorrido naquele período, os usuários do Sistema Único de Saúde, vêem a reforma administrativa como sendo uma proposta neoliberal:

E no neoliberal é pior ainda, que é a diminuição do poder social do Estado. Hoje no Congresso, a primeira proposta do PSDB, PPS, todo mundo faz é de reduzir investimento na área social. Eles não falam em taxar grandes fortunas, reestatizar o que está dando certo, nada disso! Muito pelo contrário, querem privatizar mais! (USUÁRIO)

Este discurso encontra apoio nos relatos de ANDERSON²⁷, para o qual, inicialmente nos países centrais do Capitalismo, a social-democracia era a inimiga principal, havendo uma hostilidade recíproca entre ambos e, posteriormente, os governos social-democratas se mostraram os mais empenhados em aplicar políticas neoliberais. O autor cita os casos da Austrália e da Nova Zelândia, onde “sucessivos governos trabalhistas ultrapassaram os conservadores locais de direita com programas de neoliberalismo radical (...) desmontando o Estado de bem-estar muito mais completa e ferozmente do que Thatcher na Inglaterra.”

Para SINGER³⁸, no Brasil, “com a derrubada das barreiras protecionistas, a recessão, o desemprego, a quebra das cadeias produtivas, Collor, e depois, Fernando Henrique Cardoso, demoliram as fundações da onda democrática, e vasta parcela da classe trabalhadora ‘virou suco’.”

A reforma administrativa no Brasil aos poucos foi delineando os contornos da nova Administração Pública do tipo gerencial, através dos seguintes eixos: “(1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; (2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescentemente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal, (4) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; (5) controle por resultados, *a posteriori*, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e (6) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto-referida.”^{37,39}

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), lançado em 1995, definia o aparelho de Estado como sendo composto por quatro setores: um núcleo estratégico do Estado; as atividades exclusivas de Estado; os serviços não-exclusivos ou competitivos; e a produção de bens e serviços para o mercado, e delineava objetivos para cada um deles correlacionando a forma de propriedade (Pública Estatal; Pública Não-Estatal ou Privada) com a forma de Administração (Burocrática ou Gerencial).³⁹

No cruzamento desses possíveis arranjos, o núcleo estratégico se manteria Estatal, com uma administração transitória entre a burocrática e a gerencial; as atividades exclusivas do Estado se manteriam também estatais, mas com a criação das agências reguladoras, evoluíam de uma administração burocrática para gerencial; os serviços não exclusivos do

Estado sofreriam um processo de “publicização”, através de parcerias com as entidades da sociedade civil (Propriedade Pública Não-Estatal), fortalecendo e fomentando o “Terceiro Setor”, o que resultaria na garantia de uma administração gerencial; e, por fim, o setor da produção de bens e serviços para o mercado seria completamente privatizado.³⁹

Além das privatizações (que já se encontravam no ideário neoliberal e na receita do Consenso de Washington), surge também outra polêmica, desta vez referente à atuação do Terceiro Setor no papel de detentor de uma Propriedade Pública Não-Estatal, que foi introduzido pelo PDRAE com a função de favorecer uma Administração Gerencial do Estado.

Os gestores entrevistados entenderam, assim, a introdução da terceirização na Administração Pública:

Quem iniciou essa questão de terceirização via organização social foi o PSDB, na Reforma do Estado e que começou com o discurso de que a iniciativa privada era mais eficiente e na busca de redução do Estado, desenvolveu e implantou essa política. (GESTOR)

Já os trabalhadores demonstraram uma preocupação com o destino das políticas sociais e com uma possível exploração da Força de Trabalho:

Quando você pensa em qualquer processo, ou de privatização, ou de terceirização de qualquer política do Estado, você terceiriza uma política social. E se você terceiriza pra quem não tem essa finalidade, ou tem a finalidade de obter o lucro, ou ter a finalidade de explorar determinada de mão de obra, a força de trabalho das pessoas, você perde a política social. (TRABALHADOR)

Os mentores da reforma justificaram que o reconhecimento de um espaço público não estatal tomou importância quando a crise do Estado aprofundou a dicotomia Estado-Setor Privado e que se colocou como alternativa à privatização da propriedade estatal. BRESSER-PEREIRA³⁷ afirmou que “a ideia é transformá-los, voluntariamente, em “organizações sociais”, ou seja, em entidades que celebrem um contrato de gestão com o Poder Executivo e contem com autorização do parlamento para participar do orçamento público.”

Sob este ponto de vista, as organizações sociais não seriam um tipo de entidade pública não estatal propriamente dito. Apenas seriam portadoras de um título de qualificação outorgado pelo Estado e, portanto, a sua proliferação na organização administrativa do Estado brasileiro não significaria a privatização das atividades do Estado, mas, ao contrário, ampliaria o caráter democrático e participativo da esfera pública, pois estariam subordinadas a um Direito Público renovado e ampliado.³⁷

A inserção deste novo elemento jurídico na estrutura do Estado brasileiro ocorreu em 1998 com a edição da lei 9.637, que regulamentou a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS) e criou o Programa Nacional de Publicização.⁴⁰ Posteriormente, em 1999, a Lei 9.790 disciplinou a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).⁴¹

A quantidade de questionamentos jurídicos, sobretudo em relação à lei das OS, levou o Supremo Tribunal Federal (STF) a julgar, em 16 de abril de 2015, uma Ação Direta de Inconstitucionalidade formulada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Brasileiro (PDT). O STF decidiu pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público, reafirmando que a celebração de convênio com tais entidades deve ser conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios que regem a Administração Pública constantes do caput do artigo 37 da Constituição Federal.⁴²

Ao clima de euforia pela redemocratização do país, no final da década de 1970, somou-se a eclosão das greves dos trabalhadores da indústria automobilística do ABC paulista. Enquanto que em outras partes do mundo a reação neoliberal começava a desmontar o que fora construído no pós-guerra, no Brasil, as greves de massa proporcionavam um cenário de enfrentamento do Capitalismo. Neste cenário, o Partido dos Trabalhadores surge da confluência de três importantes vertentes: a intelectualidade de esquerda (crítica ao populismo e ao Partido Comunista Brasileiro), a organização das CEBs (uma extensa rede de organismos populares, criada pela Igreja Católica progressista e crítica ao Capitalismo) e o “novo sindicalismo” (fruto do crescimento dos sindicatos de trabalhadores durante a ditadura, que pregavam a liberdade sindical e a revogação da legislação de Vargas).³⁸

ANDERSON²⁷ nota que o PT se constituiu verdadeiramente no único partido de trabalhadores de massas criado no planeta após Segunda Guerra Mundial. O Partido foi fundado com a perspectiva de “chegar ao governo e à direção do Estado para realizar uma

política democrática, do ponto de vista dos trabalhadores, tanto no plano econômico quanto no plano social. O PT buscará conquistar a liberdade para que o povo possa construir uma sociedade igualitária, onde não haja explorados nem exploradores”, uma expressão cifrada para contornar a ditadura militar, pois significava uma referência ao Socialismo.¹⁷ A autenticidade da proposta transformou o PT numa experiência aberta à participação e aglutinou trabalhadores industriais, bancários, professores e trabalhadores rurais numa militância entusiasmada.

A compreensão dos trabalhadores condiz com o que foi anteriormente exposto e aponta o Partido dos Trabalhadores como alternativa para a defesa das políticas sociais que deverão ser garantidas pelo Estado:

Na luta entre o Capitalismo e o Socialismo, o Socialismo perdeu a luta para o Capitalismo. E aí, corre prá defender o Estado. Por que o PT abriu mão do Socialismo e correu prá defender o Estado? Isso na década de 80 e já na de 90. Porque o Estado é que garantia as políticas sociais. O Capitalismo não tinha um projeto, nem nunca vai ter um projeto de política social. O PT corre prá defender a política social, constrói os sindicatos, constrói os direitos, os movimentos de mulheres, os movimentos de negros. Isso constrói um projeto de política social, que o Estado garante e tem que garantir. (TRABALHADOR)

Em 1986, o 4º Encontro Nacional do partido reafirmava um Socialismo na sua fase inicial, sem ousar uma ruptura abrupta com o Mercado, pois “se no Brasil existem numerosas empresas capitalistas que deverão ser transformadas em propriedade social, por outro lado existem milhões de pequenos produtores cujos meios de produção não é possível estatizar ou mesmo coletivizar imediatamente. (...) Nesse sentido, é preciso combater a imagem de que o mercado desaparecerá no dia seguinte em que os trabalhadores estiverem no poder. Enquanto a produção social for limitada, enquanto essa limitação obrigar que continue vigorando o ganho segundo o trabalho e não conforme as necessidades, isso significará que os trabalhadores continuarão tendo que trabalhar como uma obrigação de sobrevivência e significará que a sociedade ainda não pode se ver livre do mercado.”⁴³

No 5º Encontro Nacional (1987), considerado o mais importante da história do PT, foi dada uma importância maior à organização partidária, atacando a distinção entre partido de massas e partido de quadros e indicou a tarefa de centralização partidária, de maneira que as tendências não poderiam ter objetivos estratégicos próprios: “Uma tendência do partido

não pode constituir um partido distinto do PT, nem usar nome de partido. Deve reconhecer expressa e praticamente o PT como um partido estratégico (rumo ao socialismo).”⁴³

E, reafirmou como o caminho de construção do Socialismo, a constituição dos trabalhadores como classe hegemônica e dominante no poder de Estado: “Para extinguir o capitalismo e iniciar a construção a sociedade socialista, é necessário realizar uma mudança política radical, os trabalhadores precisam transformar-se em classe hegemônica e dominante no poder de Estado, acabando com o domínio exercido pela burguesia”, associando construção do poder nas lutas cotidianas com o momento estratégico de tomada de poder político.⁴³

Em 1989, o 6º Encontro Nacional estabeleceu uma distinção entre governo e poder e radicalizou o ataque ao Capitalismo monopolista, com a defesa de uma política econômica baseada na suspensão do pagamento da dívida externa: “Contra o projeto das classes dominantes, o PT reafirma o seu caminho para resolver a crise do ponto de vista dos trabalhadores, que é a instauração de um governo democrático-popular, antiimperialista, antimonopolista, contra o pagamento da dívida externa, que realize a reforma agrária e que promova o desenvolvimento sobre novas bases, e no qual os trabalhadores detenham a hegemonia e possam avançar em direção ao socialismo.”⁴³

O caráter radical do partido se constituía em um elemento diferenciador das demais agremiações do espectro político nacional, que eram permeadas por uma ambiguidade política, fruto da conciliação com as elites. Sendo porta-voz do movimento social que o sustentava, o PT se propôs a combater os vícios e os arcaísmos do patrimonialismo nacional, recusando-se a apoiar Tancredo Neves na eleição indireta no Colégio Eleitoral (1985), não votando pela promulgação da nova Constituição (1988) e dispensando o apoio do PMDB no segundo turno da eleição presidencial de 1989. Como consequência, o radicalismo petista acabou por influenciar os destinos da redemocratização brasileira.

Com a derrota da Frente Brasil Popular, em 1989, os governos seguintes buscaram emendar a Constituição recém-promulgada, de modo a retirar os direitos aprovados e dar conteúdo neoliberal à democracia em construção. Reconhecendo que a conjuntura mudara o I Congresso do PT, em 1991, motivado principalmente pelo declínio do movimento social, buscou como estratégia ampliar o espaço para a luta institucional.⁴³

Diante da nova situação internacional, com o fim da URSS e o colapso dos regimes dos países do Leste Europeu, simbolizados pela queda do Muro de Berlim, o partido retomou a discussão sobre o Socialismo, reafirmando a sua posição: “Entramos no debate tomando partido, reafirmando nossa condição socialista, que não se deixa seduzir pelos discursos que a burguesia divulga em todos os seus veículos e canais, na tentativa de afirmar sua supremacia e de proclamar a vitória final do capitalismo, como forma de organização superior da sociedade.”⁴³

Aprofundou, também, a discussão sobre a disputa de hegemonia como estratégia e como participar das eleições de 1994: “O PT situa-se hoje, num terreno mais vasto e complexo das lutas de classe. Questões como a combinação da luta de massas com a ação e governo [...] apresentam-se como tarefas imediatas.”⁴³

Na discussão sobre a construção partidária, o Congresso aprovou uma nova política de organização que incluiu a cota de 30% de mulheres em todas as instâncias de direção partidária e destinou 10% do orçamento do partido para a formação política dos filiados.⁴³

As eleições de 1994 e 1998 foram vencidas, em primeiro turno, por Fernando Henrique Cardoso (FHC), candidato sustentado por uma ampla coalizão de centro-direita entre o PSDB e o PFL e que contou com o apoio irrestrito dos meios de comunicação de massa. Associado a isso, o candidato petista tinha que enfrentar um governo que mantinha uma moeda forte, produzindo um cenário onde os efeitos perversos do neoliberalismo (desemprego, dívida pública elevada, juros altos e privatizações) ainda não tinham sido percebidos pela população.

A principal força motriz do PT nos anos 1980, as greves de trabalhadores, perdeu força diante da implantação da cartilha neoliberal no País e entrou em declínio, principalmente por causa da derrota sofrida pelos petroleiros (1995) e pela elevação da taxa de desemprego, a partir de 1996. As condições desfavoráveis determinadas pelas conjunturas internacional e nacional retiraram os movimentos dos trabalhadores da ofensiva (onde buscavam novos direitos) reposicionando-os na defensiva, numa luta pela manutenção dos direitos já adquiridos.^{38,44}

INNOCENTINI⁴⁵ explica que “quando a dominância estrutural do Capitalismo foi assegurada, venceu-se o primeiro inimigo externo, mas a luta deveu prosseguir para esmagar

as resistências do inimigo interno da estrutura, a mão-de-obra, que lutava também contra as condições de trabalho, os baixos salários, a duração da jornada.”

Os anos 1990 representaram a transição do PT como um partido do tipo “ideológico”, que estava interessado em maximizar votos principalmente pela doutrinação durante suas campanhas, para um partido do tipo “responsável”, que busca maximizar votos, no entanto, não altera e nem submete suas políticas e o seu programa a esse propósito.⁴⁶

Sobre isso, NASCIMENTO⁴⁷ adverte que “a coerência com os princípios partidários tem um custo (...) num jogo em que as regras são as do vale tudo e do poder do dinheiro, comprando espaços na mídia e vendendo imagem de marketing, que tem pouco a ver com programas e muito a ver com a exploração dos valores mais tradicionais e não poucas vezes, mais atrasados”.

O Encontro Nacional Extraordinário de 1998 estabeleceu as diretrizes para a eleição presidencial daquele ano e definiu que “a implementação de um programa radical de reformas (...) contribuirá para a refundação de uma perspectiva socialista no País.” Contudo, sem deixar de lado certa contradição ao afirmar que “o Programa não se confunde com o programa socialista do PT ou com os dos outros partidos da Frente. Suas reivindicações se inserem em uma transformação de longo prazo.”⁴³

O Encontro deixou claro que “o que deve definir nossas alianças eleitorais é a oposição a FHC, ao neoliberalismo e aos partidos de direita. A tática eleitoral em nível estadual deve estar subordinada à consolidação da Frente de apoio à candidatura Lula.”⁴³

Mais uma contradição é observada quando o próprio Encontro Extraordinário julgou e manteve a decisão do Diretório Regional do Acre de incluir o PSDB na coligação Frente Popular do Acre (FPA), que apoiava a candidatura de Jorge Viana a governador naquelas eleições, alterando inclusive a Tese-Guia: “A ampliação das frentes estaduais, com a entrada de outras forças políticas além daquelas que compõem a frente nacional, poderá acontecer desde que não fira a independência de nossa campanha presidencial e o programa de oposição a FHC.” E justificou: “É o caso do Acre, onde a necessidade de derrotar o narcotráfico, o crime organizado e a corrupção justifica a ampliação da Frente Popular, incluindo o apoio do PSDB ao candidato do PT ao governo do Estado.”⁴³

O Partido dos Trabalhadores ocupava o campo da oposição à ordem estabelecida e com o recuo dos movimentos sociais viu-se obrigado a tomar a via eleitoral como única

alternativa. Ao trilhar este caminho, as antigas práticas começaram a deixar de vigorar e cederam lugar a condutas incomuns, quando comparadas aos critérios anteriormente instituídos.

Os gestores entrevistados percebem a contradição, mas a relativizam em nome da compreensão de uma ordem inexoravelmente neoliberal:

Eu encontro, sim, dentro do Programa de Governo, baseado no Estado Democrático de Direito, com uma visão mais socialista, da coisa pública, da "*res publicam*", há uma contradição. Mas é uma contradição natural de se compreender hoje, pelo contexto que a gente tá vivendo: esse contexto do Estado neoliberal; essas crises constantes que insistem em assolar o Estado é fruto do Capitalismo, do processo de Globalização. A tecnologia da informação avançando assustadoramente. Claro que deve ser feita uma reformulação das ideologias partidárias que estão aí dentro. Ela é uma contradição, mas a gente deve se adequar a esse status de contradição, na situação atual. (GESTOR)

Com a chegada das eleições de 2002 e já tendo sofrido três derrotas eleitorais na disputa presidencial, o PT aprofunda as mudanças que já vinham ocorrendo no decorrer da década de 1990. A questão ideológica, programática, dá lugar a uma postura pragmática, com o objetivo de chegar ao poder pela via eleitoral, articulando alianças anteriormente impensáveis. O partido do tipo “responsável” transforma-se em “partido sensível” (para o qual “ganhar eleições ou maximizar votos tem prioridade”)⁴⁵, afastando-se dos princípios que o fundaram.^{17,38,44}

Sem desconsiderar que este movimento foi um processo longo, é possível afirmar que a sua maior representação está na divulgação da “Carta ao Povo Brasileiro”, em junho de 2002, pelo candidato do Partido à presidência da República, Luiz Inácio Lula da Silva.⁴⁸

Na Carta, Lula reconhecia que “a margem de manobra da política econômica no curto prazo é pequena”. Propôs um novo modelo que seria “fruto de uma ampla negociação nacional (...) um novo contrato social, capaz de assegurar o crescimento com estabilidade”, cuja premissa seria “o respeito aos contratos e obrigações do país.” As mudanças necessárias seriam feitas “democraticamente, dentro dos marcos institucionais.” Falava em valorizar o agronegócio, reduzir a taxa de juros de forma sustentada, manter equilíbrio fiscal e preservar o superávit primário, o que implicaria no controle dos gastos públicos. Assim, quando o comitê de campanha decidiu comprometer-se com as exigências do capital, o velho

radicalismo petista saiu de cena, tornando-se ultrapassado.⁴⁸ Os trabalhadores entrevistados relatam este momento:

Quando chegou ao Poder, teve o primeiro congresso do PT com Lula presidente. Aí fizeram resolução do PT que a partir daquele momento, em 2002 (O José Dirceu lança a resolução do Partido), o Partido deixa de ser esquerda para ser centro-esquerda. A virada ideológica e pragmática do partido. Há uma ruptura programática e passa a ser pragmático. O momento é esse: a Carta ao Povo Brasileiro, na eleição. O PT querendo se proteger porque já tinha uma visão de longo prazo e já tinha vindo de três derrotas, disse: "opa, não! Vamos mudar o discurso, para gente se garantir aqui mais um bom tempo". E fizeram essa carta, que não era mais de esquerda. A partir daquele momento o partido era de centro-esquerda e dialogava com todas as forças políticas do País. Quando ele diz: "*dialogar com todas as forças políticas do País*", abriu a porteira. E aí entrou todo bicho. Virou essa bagunça, que eles chamam de "pacto de governabilidade", uma geleia-geral. (TRABALHADOR)

SINGER³⁸ fez a seguinte observação sobre esta decisão tomada pelo PT: “compromete-se com a estabilidade e atira as propostas de mudança radical ao esquecimento. (...) o que estava em jogo, na verdade, era o abandono da postura anticapitalista que o partido adotara na fundação.”

O discurso dos usuários revela desapontamento e frustração com o abandono dos ideais partidários que vigeram desde a fundação do PT:

Ah, o Mundo é moderno... E aí? Mudaram-se muitas coisas, mas eu acho que "*ideais*", não se muda assim, só porque nós estamos numa Modernidade. Ainda por cima numa sociedade muito desigual como a nossa! Que os nossos ideais de alguns anos atrás permanecem ainda, porque ainda não foram sanadas essas lacunas, né? (USUÁRIO)

O Programa da Coligação Lula Presidente 2002 – “Um Brasil para Todos” aprofundou as diretrizes da Carta, tornando perceptível a mudança de tom em relação ao capital: “O Brasil não deve prescindir das empresas, da tecnologia e do capital estrangeiro”. Ao mesmo tempo em que se compromete com a “responsabilidade fiscal”, com a “estabilidade das contas públicas” e com “sólidos fundamentos macroeconômicos” sustentava que não iria “romper contratos nem revogar regras estabelecidas”, respeitaria os compromissos internacionais e iria “preservar o superávit primário o quanto for necessário, de maneira a não permitir que ocorra um aumento da dívida interna em relação ao PIB, o que poderia destruir a confiança na capacidade do governo cumprir os seus compromissos.”⁴⁹

Para a Política de Saúde, especificamente no que diz respeito à relação com o Setor Privado Lucrativo, o Programa de Governo não trouxe nenhuma inovação, quando comparado ao governo FHC, e limitou-se a propor a continuidade do que já vinha sendo realizado: “A relação do SUS com os serviços privados de saúde respeitará a prioridade definida legalmente para os serviços de natureza filantrópica e será formalizada mediante contratos e convênios, que deverão estabelecer metas físicas, de resolubilidade e de qualidade assistencial. Os contratos e convênios estabelecerão mecanismos e fluxos de acompanhamento do poder público e de controle social sobre sua vinculação ao SUS, inclusive nos aspectos financeiros.”⁴⁹

As parcerias com o Terceiro Setor foram reafirmadas e até elogiadas: “A experiência tem mostrado também que as iniciativas do chamado Terceiro Setor e das Organizações Não Governamentais (ONGs) funcionam bem e complementam a ação do Estado. Não serão, por isso mesmo, subestimadas.”⁴⁹

Os três segmentos (Gestores, Usuários e Trabalhadores) repudiam a onda de terceirizações e de privatizações iniciadas nos governos do PSDB e continuadas nos governos petistas. Reconhecem, nas suas falas, a contradição em relação à nova postura partidária, quando é comparada com a época em que o partido estava na oposição, refletindo uma perda de identidade:

É inconcebível você ter um Partido dos Trabalhadores, que lutou por direito das pessoas, por dignidade das pessoas, pelo avanço de políticas sociais para todos, terceirizar qualquer política. É um retrocesso imenso. (...) O próprio PT está privatizando: privatizou os aeroportos, privatizou as hidrovias. Quando você faz esse processo, você tira a capacidade do Estado de promover política social. E essa é a maior perda de todo mundo. (GESTOR)

Então, eu vejo aí dois lados: ou a questão da administração pública, que de fato precisa ser vista porque é muito travada; ou se os ideais do PT foram corrompidos ao longo desses anos... (USUÁRIO)

Porque, o PT por ser um partido socialista, que pelo menos diz valorizar as classes sociais é totalmente inverso. Se a gente observar o programa partidário, que foi pregado ao longo da história com esse comportamento é contraditório demais. (...) Eu não considero que esse tipo venha atender esse olhar do que o partido em si preconiza. Isso seria uma contradição. Em desacordo com o programa partidário e com tudo aquilo que foi bandeira política levantada durante as campanhas eleitorais. Desacordo com as críticas que o partido

fazia em relação a outros partidos, onde havia críticas duras aos processos de terceirização e de privatização das empresas estatais. Isso vai de encontro a tudo aquilo que a gente ouviu, inclusive com o que tá colocado nos planos de governo. A plataforma política sobre a qual o partido político se elegeu não está traduzida na política pública executada. (...) Hoje o PT faz tudo aquilo ao contrário de tudo que ele pregava. Hoje o PT privatiza a Saúde, que eu acho assim o ponto crucial do ser humano. (TRABALHADOR)

Para afiançar esta aliança entre o capital produtivo e os trabalhadores, costurada à direita, a Coligação aprovou a chapa composta por Lula e um grande empresário, o senador mineiro José de Alencar, do Partido Liberal (PL), agremiação que no próprio nome expressa a oposição ao Socialismo.

O PL surgiu por ocasião da Assembleia Nacional Constituinte para defender os princípios liberais e, em 2003, incorporou o PGT (Partido Geral dos Trabalhadores) e o Partido Social Trabalhista (PST). Em 2006 foi rebatizado de PR (Partido da República) ao fundir-se com o PRONA (Partido de Reedificação da Ordem Nacional).⁵⁰

Possuindo um vínculo evangélico, o PR permitiu abrir “canais com setores religiosos que sempre haviam sido hostis ao radicalismo petista.”³⁸ O cancelamento deste arco de alianças proposto pela coligação foi bastante significativo e pelo menos dois setores se beneficiaram: o capital financeiro e o subproletariado.^{44,47}

A escolha racional do Partido dos Trabalhadores em direção ao centro, a partir da construção de pontes com a direita e sem levar em consideração as razões ideológicas, revelou a disposição pragmática do partido, para obter a maioria eleitoral, sacrificando definitivamente o antigo purismo. Essas transformações ocorreram progressivamente entre os anos de 1994 e de 2002 e nunca foram sequer ratificadas por um encontro ou congresso partidário. Este movimento é entendido por Gramsci como “revolução passiva” ou “transformismo”, onde ocorre uma revolução sem a participação das massas.⁵¹

A vitória de Lula, em 2002, adotando uma engenharia política complexa, construindo um arco de alianças que ao mesmo tempo atendeu aos interesses da burguesia nacional e garantiu o apoio das camadas mais pobres da população, contribuiu de certa forma, para a manutenção da ordem.

A continuidade do pacote de medidas macroeconômicas do governo FHC (baseado nas metas de inflação, câmbio flutuante e superávit primário nas contas públicas) foi uma

decisão política e ideológica, que tinha sido colocada como condição pela burguesia, para não haver guerra de classes e, por outro lado, serviu para afastar o risco de Lula ser visto como o presidente que destruiu o Real. Nas palavras de SINGER³⁸, “o objetivo foi impedir que uma reação do capital provocasse instabilidade econômica e atingisse os excluídos das relações econômicas formais.”

Esta “continuidade” do governo anterior é preciso ser relativizada e verdadeiramente dimensionada, pois no começo de cada período eleitoral, o governo recém-eleito elabora um plano para orientar suas ações em longo prazo, porém faz alterações parciais no esquema de atividades governamentais herdado da administração anterior; não recria o esquema inteiro.⁵²

A grande diferença com o governo FHC foi que Lula, tendo como cenário a ortodoxia econômica, mesmo aprofundando as receitas neoliberais, soube construir uma política de promoção do mercado interno, que atendeu principalmente ao “subproletariado”, a fração de classe que “oferece a sua força de trabalho ao mercado, sem encontrar quem esteja disposto a adquiri-la por um preço que assegure sua reprodução em condições normais.”⁵³ Esta fração de classe tem como característica a fragmentação da sua inserção no sistema produtivo e liga-se ao trabalho informal intermitente, com longos períodos de desemprego. Todavia, devido ao seu tamanho na população brasileira, se constitui em peça central das eleições.

Com efeito, a redução da demanda e a volta dos dólares que haviam fugido com medo da Esquerda seguraram a inflação e “o presidente, então, vocalizou um discurso conservador de que o seu mandato não adotaria nenhum plano que pusesse em risco a estabilidade, preferindo administrar a economia com a “prudência de uma dona de casa.”³⁸

Lula determinou uma transferência de renda para os muitos pobres através de programas sociais como o Bolsa-Família. Outras ações de governo também se somaram, como o aumento do salário mínimo, o programa Luz para Todos, o crédito consignado, a manutenção e a ampliação do sistema de Seguridade Social. Todas foram fundamentais para garantir um forte apoio popular.^{27,38}

SINGER³⁸ asseverou que “o ‘Real do Lula’ veio acompanhado da mensagem que faz sentido para os mais pobres: a de que pela primeira vez o Estado brasileiro olha para eles, os deserdados, e, portanto, se popularizou.”

O partido, ao dirigir o governo manipula as suas políticas e ações porque acredita que isso lhe trará mais votos, estando consciente de se tratar de uma relação definida entre suas políticas e o modo como vota o eleitor. A tomada de decisão governamental é sempre uma escolha racional que ocorre num contexto complicado “de valores ótimos econômicos e de guerra política.” Deste modo, todas as suas ações visam à maximização dos votos, tratando suas políticas como meio para o alcance deste fim.⁵²

Entretanto, na visão de ANDERSON²⁷, o governo Lula poderia ser considerado, a partir de um determinado ponto de vista, como a maior decepção sofrida pela Esquerda mundial naquele período, pois ao chegar ao poder, “não conseguiu romper com a mesma ortodoxia que fizeram de bancos e instituições financeiras beneficiários da sua regra.”

Os gestores relatam ônus de uma aliança mais à direita, unindo-se aos partidos burgueses tradicionais, com histórico de envolvimento com corrupção, e que permitiu trair o sonho de transformação social prometido e capturar o aparelho de Estado:

O PT teve o maior apoio popular de toda a história do Brasil: movimentos sociais, igrejas, sindicatos, classe operária, trabalhador informal, povo comum, gente de bem, os patrões. Todo mundo apostou no PT. Apostou que iria ter uma grande transformação no Brasil. Quando o PT chegou ao Poder, se alia a todas as raposas corruptas do processo histórico-político, de quinhentos anos. Se nivelou por baixo. Faço essa fala porque muita gente no Brasil está vivendo a desesperança. Porque acreditava na transformação, acreditava que esse era um processo prá gente dar um passo melhor, prá fazer política melhor para as pessoas. Mas não se apropriar do Estado, como o Estado fosse do PT, ou se fosse de quem tá no governo, do governador, do prefeito ou do secretário. Não deveria ter esse apadrinhamento político, principalmente na área da Saúde, que é uma área tão delicada e precisa ser tão bem cuidada. (GESTOR)

Internamente, o partido teve a oposição de filiados que divergiam das novas diretrizes. Esta divergência intrapartidária, pode ser explicada por DOWNS⁵², quando o autor aborda o problema da “falsa personificação.” Partindo-se do princípio de que um partido político “é uma equipe de homens que buscam controlar o aparato de governo, obtendo cargos numa eleição devidamente constituída”, supor-se-ia que todos os membros dessa equipe têm exatamente as metas que todos os outros. E se todos os membros são racionais, suas metas poderiam ser vistas como “uma ordem única e consistente de preferência.” Isto permitiria reconhecer cada partido como se fosse uma única pessoa diante de uma escolha racional. Entretanto, o autor admite tratar-se de uma abstração, pois, “na realidade, nem mesmo os funcionários-chave de qualquer governo têm exatamente as mesmas metas.”

O partido combateu a oposição dos filiados com a expulsão. Foram expulsos, em dezembro de 2003, os parlamentares que se opuseram à reforma da Previdência Social, que segundo eles, “atendia aos reclamos do capital, que via no excesso de gastos previdenciários ameaças à estabilidade das contas públicas.”³⁸

Em 2005, a crise do “Mensalão” reabriu a discussão sobre financiamento partidário e a proposta de “refundação” do PT foi derrotada no Processo de Eleição Direta (PED).⁵⁴ O realinhamento afastava “setores anticapitalistas e trazia outros mais dispostos a aceitar a ordem do capital para dentro do partido, convertendo-se numa orientação permanente” passando a compor “um segundo sistema de crenças, que passaria a residir definitivamente dentro do partido, lado a lado com o que o havia precedido.”³⁸

SINGER³⁸ analisa que o compromisso com a “estabilidade monetária e responsabilidade fiscal” volta a comparecer no programa presidencial quatro anos depois, e “a preservação da estabilidade econômica” continuava como diretriz no governo Dilma Rouseff.

O arco de alianças com a direita não impediu a crise de hegemonia estabelecida depois das eleições de 2014, motivada pela intensificação das ações da Polícia Federal e do Ministério Público na denominada “Operação Lava-Jato”, onde diversos políticos de vários partidos da base aliada e do próprio PT foram envolvidos. Pelo contrário, os partidos de direita ao sentirem o peso das investigações e das acusações debandaram da base de sustentação do governo e foram fiadores de um golpe jurídico-parlamentar, que, mediante um processo de “*impeachment*” retirou do poder a presidente da República. O Partido dos Trabalhadores perde a hegemonia após treze anos no poder.

Analisando a racionalidade partidária em governos de coalizão é possível entender que cada partido da coalizão é constantemente pressionado por forças contrárias que o envolvem num conflito de desejos sobre que políticas adotar. Uma dessas forças de influência partidária é uma força centrífuga que nasce da vontade que todos os partidos têm de maximizarem suas chances de votos numa futura eleição, ou seja: querem agradar a um leque tão amplo de eleitores quanto possível. E podem melhor conseguir isso divergindo ideologicamente um dos outros de forma deliberada, tentando captar mais eleitores à margem ou fora da coalizão. Esta situação onde prevalece o interesse individual do partido em relação ao conjunto é difícil de ser coordenada e, fatalmente, levará à desintegração da coalizão.⁵²

No pensamento gramsciano, um grupo social pode ser dirigente mesmo antes de conquistar o poder governamental. Em seguida, ao exercer o poder, torna-se o grupo

dominante, porém deve também continuar a ser o grupo dirigente e conseguir se manter no poder.^{6,10,12,13}

O PT saiu bastante enfraquecido do processo de “*impeachment*”, perdendo espaço político de liderança entre os partidos de Esquerda no Brasil. É possível identificar algumas situações que possibilitam explicar as razões que conduziram, processualmente, o partido até este momento histórico: a crescente moderação do discurso, onde o PT não pretendia mais revolucionar a sociedade; a passagem de partido acentuadamente ideológico para uma legenda disposta a qualquer tipo de aliança para conseguir votos; o enfraquecimento do vínculo com os movimentos sociais; uma paralela inserção estatal privilegiada; a transição da estrutura partidária interna, na qual a militância tinha peso e, posteriormente, sendo substituída por uma cúpula profissionalizada que passa a dar as cartas e admite o financiamento externo; e, a mudança na origem social dos simpatizantes.³⁸

Na visão de NASCIMENTO⁴⁷, “o PT é um partido eleitoral, com compromisso de apoio às demandas das classes populares, mas sem ideologia e programa definidos, portanto sem potencial de romper com a hegemonia burguesa, sem perspectiva de se enraizar nas classes trabalhadoras enquanto uma proposta de superação do capitalismo.”

A partir desta assertiva, é preciso refletir sobre quais rumos trilhar na busca pelo ideal socialista, considerando que este não se encontra mais no espectro de possibilidades ideológicas, tanto no Brasil como no Mundo; e que o Partido dos Trabalhadores não reúne mais as condições na sociedade, para cumprir a missão de buscar a hegemonia da classe trabalhadora. Os trabalhadores refletem, questionam e põem na discussão o futuro do Socialismo:

<p>A grande pergunta que temos que fazer dentro dessa contradição é: há portas, no Mundo atual, ainda, para o Estado Socialista ou para o Estado Comunista, dentro dessa concepção que nós vivemos hoje? Em 90 houve a queda do Muro de Berlim. Os próprios partidos políticos têm que reformularem as suas ideologias partidárias. (TRABALHADOR)</p>

É preciso que a hegemonia retorne ao centro do debate, possibilitando a construção de uma nova concepção de mundo e de relações sociais.

A ampliação das relações capitalistas de produção e circulação (baseadas no consumo) contribui para uma maior instabilidade política, social e econômica, e, por isso, a

crise mundial iniciada em 2007 parece ser de difícil solução. Trata-se de uma crise clássica de acumulação, resultante de décadas de neoliberalismo.

Iniciada nos países centrais é reveladora dos impasses estruturais do Capitalismo. Como possui múltiplas dimensões, atinge de maneira diferente os setores, as regiões e os países, ao ponto de propiciar até mesmo uma intensificação dos conflitos intercapitalistas, resultantes do declínio da hegemonia norte-americana, pois outros Estados buscam estabelecer novas hegemonias, proliferando blocos e alianças.

A instabilidade gerada cria um paradoxo, onde o modelo neoliberal não funciona adequadamente, porém continua forte e ao mesmo tempo impede o surgimento de forças contra hegemônicas necessárias para questioná-lo, disputar o seu espaço político e ideológico e se afirmar, deixando transparecer que a humanidade é posta cada vez mais diante de desafios globais e não dispõe de instituições à altura para o seu enfrentamento.

Enfrentar implica redistribuir o poder entre os diferentes Estados e sociedades, superando o período em que o Socialismo foi colocado na defensiva, após o desmonte do regime soviético. Implica, ainda, compreender que as grandes transformações sociais requerem desde pequenas mudanças no cotidiano até grandes saltos para tornar possível o que se tem colocado no horizonte como improvável.

Este período histórico, em que as condições subjetivas para a construção de uma sociedade baseada nas relações de cooperação, na associação livre e na igualdade parecem ser inalcançáveis, requer dos seres humanos maior nível de consciência.

Não há fórmulas ou receitas prontas a serem aplicadas, todavia, recompor os laços com a classe trabalhadora (defendendo seus direitos sociais e democráticos); orientar a luta dos movimentos sociais por um aumento da participação popular e democrática na administração da vida política e na democratização do Estado (resgatando a dignidade da ação política ao romper com a concepção da política como esfera dissociada das lutas cotidianas e limitada ao ato de votar); fazer uma avaliação do passado, refletir sobre o futuro, desejar uma sociedade mais igualitária; e, sobretudo, procurar compreender o que é ser socialista diante deste Capitalismo do século XXI, pode ser um bom caminho.

Os instrumentos estratégicos para isso deverão estar relacionados com o aprofundamento da democracia, com uma articulação internacional para discutir e propor

saídas em longo prazo, e, sem dúvida, com a retomada da discussão sobre a propriedade pública dos grandes meios de produção.

Devem ser construídas coligações capazes de conduzir a transição paradigmática. O confronto dá-se entre o paradigma da democracia autoritária (enraizado na matriz do Estado neoliberal) e o paradigma da democracia eco-socialista, emergente, que se propõe radicalmente democrático, visando maximizar a democracia sob diversas formas para combater as relações sociais sustentadas por fontes de autoritarismo (como são as relações de poder e de desigualdade).³²

A grande dificuldade estaria em transcender de um luta de classes para uma de civilizações, justamente num momento em que “nem sequer a luta de classes parece estar na agenda política.” Entretanto, a derrota global do movimento operário organizado significa que seus objetivos somente serão alcançados num contexto mais amplo, integrando-se à modernidade capitalista e elevando o nível crítico de legitimidade dos grupos que lutam por um novo paradigma, “através das explicitações das mediações entre o local e o global.”³²

SANTOS³² analisa que a concentração do paradigma dominante em somente uma forma de democracia, a representativa, “significou um empobrecimento dramático do potencial democrático que a modernidade trazia no seu projeto inicial”. E propõe reinventar esse potencial criando dispositivos institucionais que permitam “transformar as relações de poder em relações de autoridade partilhadas.”

Requer, portanto, expandir a democracia em várias direções, combinando e articulando quatro diferentes formas de prática social dos sujeitos: a família, a classe, a cidadania e a nacionalidade. Na concepção do autor, “o eco-socialismo é democracia sem fim.”³²

Enfim, o aprofundamento e a radicalização na difusão da democracia possibilitariam uma multiplicidade de posições subjetivas e combinações, que ao serem levadas em conta, necessitariam de novos critérios de racionalidade, bem mais amplos, para a sua análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua formação, o Partido dos Trabalhadores tentou incorporar na sua identidade partidária os ideais socialistas, sobretudo, a busca da construção da hegemonia da classe trabalhadora na sociedade brasileira.

As transformações ocorridas no mundo durante os anos de 1990, onde o paradigma neoliberal colocou em xeque o Estado de Bem-Estar Social, repercutiram no Brasil, a partir da imposição das regras econômicas ditadas pelo Consenso de Washington. Os sucessivos governos instalados, após o término da ditadura militar adotaram uma política neoliberal orientada para a reorganização de um Estado mínimo, reforçando ainda mais a hegemonia da classe burguesa dominante.

Essas transformações fermentadas por um processo de globalização da economia atingem o PT na sua trajetória, colocando-o diante da escolha racional de fazer um “*aggiornamento*”, visando à maximização dos votos e a consequente chegada ao poder. Neste caminhar, optou por ampliar seu arco de alianças (pela via da Direita) rumo ao Centro, o que requereu abandonar o radicalismo e o purismo do seu período inicial, distanciando-se do Socialismo anteriormente desejado e aproximando-se cada vez mais do ideário neoliberal.

A chegada ao poder pela via eleitoral se concretizou, mas fez com que o partido renunciasse à sua própria identidade e perdesse confiança e credibilidade junto à sociedade. Traído e abandonado pelos aliados de última hora, o partido é retirado do poder e perde com isso a possibilidade de continuar liderando os movimentos de Esquerda rumo à construção da sociedade justa.

Num período onde o Socialismo não se encontra mais presente no horizonte histórico, torna-se ainda mais difícil alcançar este objetivo, requerendo uma reengenharia das relações sociais, parecendo não haver alternativa que não o ressurgimento dos movimentos sociais e a radicalização da democracia, com a sua expansão em várias direções.

REFERÊNCIAS

- 1 Chauí M. Filosofia. São Paulo: Ática; 2000. Estado de Natureza, contrato social, Estado civil na filosofia de Hobbes, Locke e Rousseau; p. 220-223.

- 2 Maamari AM. O Estado. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2014. O Estado em nossos dias: tensão entre política e ética; p.44-75.
- 3 Mello LIA. Jhon Locke e o individualismo liberal. In: Welfort FC, organizador. Os clássicos da política, 1. São Paulo: Ática; 2006. p.79-110.
- 4 Bobbio N. Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política. Trad. de MA Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- 5 Bobbio N. Bovero M, organizador. Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos. Trad. de DB Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier; 2000.
- 6 Gruppi L. Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Trad. de D Canali. Porto Alegre: L&PM Editores; 1995.
- 7 Marx K. Engels F. Manifesto do Partido Comunista. Estudos Avançados. 1998;12(34):7-46.
- 8 Mascaro AL. Estado e forma política. São Paulo: Boitempo; 2013.
- 9 Welfort FC, organizador. Os Clássicos da Política, 2. São Paulo: Ática; 2006. Marx: política e revolução; p.79-110.
- 10 Portelli H. Gramsci e o bloco histórico. Trad. de A Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
- 11 Marx K. Engels F. A ideologia alemã. Trad. de LCC Costa. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
- 12 Buci-Glucksmann C. Gramsci e o Estado: por uma teoria materialista da filosofia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
- 13 Gruppi L. O conceito de hegemonia em Gramsci. Trad. de CN Coutinho. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
- 14 Lenin VI. Estado e a revolução. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 15 Sader E, organizador. Gramsci: poder, política e partido. São Paulo: Expressão Popular; 2005.
- 16 Pedrosa M. Sobre o PT. São Paulo: Ched; 1980.
- 17 Partido dos Trabalhadores. Manifesto de fundação. [documento na internet]. São Paulo; 1980 [acesso em 1 novembro 2016]. Disponível em <http://www.pt.org.br/wp-content/uploads/2014/04/manifestodefundacaopt.pdf>
- 18 Brasil. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016. [base de dados na internet]. Brasília: IBGE. [1 julho 2016] [acesso em 31 agosto 2016]. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf
- 19 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016-2019. Rio Branco; 2016.
- 20 Baldin N, Munhoz EMB. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient. 2011;27:46-60.
- 21 Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Trad. de A Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- 22 Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2ª ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
- 23 Vieira MPA, Peixoto MRC, Khoury YMA. A pesquisa em História. 5ª ed. São Paulo: Ática; 2007.

- 24 Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Trad. de JE Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 25 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 jun 2013. Seção 1. pág 59.
- 26 Hayek FA. O caminho da servidão. 6ª ed. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil; 2010.
- 27 Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E. Gentilli P (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. p. 09-23.
- 28 Carnut L. Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saúde Soc. 2016;25(2):290-305.
- 29 Santos BS. A reinvenção solidária e participativa do Estado. Coimbra: Centro de Estudos Sociais; 1999.
- 30 Diniz E. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. São Paulo em Perspectiva. 2001;15(4):13-22.
- 31 Batista PN. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. São Paulo: Consulta Popular; 1994.
- 32 Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 8ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 2002.
- 33 Kuczynski PP. Williamson J, organizadores. Depois do Consenso de Washington: retomando o crescimento e a reforma na América Latina. São Paulo: Ed. Saraiva; 2003.
- 34 Amorim ERA. Arias S. Neoliberalismo e lutas sociais: a emergência dos movimentos piqueteros e altermundialistas no contexto neoliberal. Mediações. 2009;14(2):231-251.
- 35 Santos BS. A crítica da governação neoliberal: O Fórum Social Mundial como política e legalidade cosmopolita subalterna. Rev. Crítica de Ciênc Sociais. 2005; 72:07-44.
- 36 Santos BS. Banco Mundial (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI). Texto informativo. [s.l.][s.d.]. mimeo.
- 37 Bresser-Pereira LC. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. Rev. Serviço Público. 1996; 47(1):1-28.
- 38 Singer A. Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Companhia das letras; 2012.
- 39 Brasil. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília; 1995.
- 40 Brasil. Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 maio 1998. Seção 1. Parte 1.
- 41 Brasil. Lei nº 9790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1º jul 1999. Seção 1. Parte 1.

- 42 Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade Nº 1.923/DF. Brasília; 2015.
- 43 Fundação Perseu Abramo. Resoluções de encontros e congressos [homepage na internet]. São Paulo; 2016 [acesso em 01 jul 2016]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/content/encontros-nacionais-do-pt-resolucoes>.
- 44 Secco L. História do PT 1978-2010. 3ª ed. Cotia: Ateliê Editorial; 2011.
- 45 Innocentini M. Estado e Sociedade: o conceito de hegemonia em Gramsci. São Paulo: Tecnos; 1979.
- 46 Sartori G. Partidos e sistemas partidários. Trad. de W Dutra. Rio de Janeiro: Zahar. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1982.
- 47 Nascimento EW. PT – Impasses da esquerda no Brasil. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP; 1999.
- 48 Fundação Perseu Abramo. Carta ao Povo brasileiro [homepage na internet]. São Paulo; 2002 [acesso em 01 jul 2016]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/uploads/cartaaopovobrasileiro.pdf>
- 49 Fundação Perseu Abramo. Programa de Governo 2002 – Coligação Lula Presidente [homepage na internet]. São Paulo; 2002 [acesso em 01 jul 2016]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/uploads/programagoverno.pdf>.
- 50 Brasil. Tribunal Superior Eleitoral [base de dados na internet]. Brasília: TSE. [s.d.] [acesso em 1 julho 2016]. Disponível em <http://www.tse.jus.br/arquivos/tse-historico-partidos-politicos>
- 51 Sousa AA. O conceito gramsciano de “revolução passiva” e o Estado brasileiro. Rev. Labor. 2010; 1(3):1-12.
- 52 Downs, A. Uma teoria econômica da democracia. Trad. de SGT Vasconcelos. São Paulo: EDUSP; 1999.
- 53 Singer PI. Dominação e desigualdade: estrutura de classes e repartição de renda no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
- 54 Fundação Perseu Abramo. A refundação do PT [homepage na internet]. São Paulo; 2006 [acesso em 01 jul 2016]. Disponível em: [file:///C:/Users/Cleber/Downloads/Fundao Perseu Abramo - FPA - 01-08-2011.pdf](file:///C:/Users/Cleber/Downloads/Fundao%20Perseu%20Abramo%20-%20FPA%20-%2001-08-2011.pdf)

5.2 ARTIGO 2: O PARTIDO DOS TRABALHADORES E A SAÚDE NO ACRE

RESUMO

Introdução – A eleição da Frente Popular do Acre, hegemônica pelo Partido dos Trabalhadores, representou uma ruptura com o sistema político local, inaugurando um projeto de Poder de longo prazo. **Objetivo** – Analisar as principais ações da política pública de saúde no Estado do Acre, no início do século XXI, sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores. **Método** – Estudo de metodologia qualitativa, utilizou um estudo de caso, onde foram realizadas revisão de bibliografia, análise documental e coleta de dados empíricos. A população de referência foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental e de entrevista com roteiro. O conteúdo das entrevistas foi sistematizado com o auxílio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, triangulado com os dados oriundos da pesquisa documental e analisados com suporte referencial da Teoria da Escolha Racional. **Resultados** – Os governos do Partido dos Trabalhadores agiram racionalmente para maximizar o apoio político e a Saúde pública foi impactada com investimentos na estrutura, valorização dos trabalhadores, autonomia financeira e municipalização da Atenção Básica. **Conclusões** – Concomitante com o avanço do Sistema Único de Saúde, as decisões tomadas pelo governo estadual contribuíram para consolidar uma Saúde de melhor qualidade para a população.

DESCRIPTORES: Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde; Teoria da Escolha Racional; Partido dos Trabalhadores; Ciência Política.

ABSTRACT

Introduction – The election of the Frente Popular do Acre, hegemonized by the Partido dos Trabalhadores, represented a break with the local political system, inaugurating a long-term power project. **Objective** – To analyze the main actions of public health policy in the State of Acre at the beginning of the 21st century under governments hegemonized by the Partido dos Trabalhadores. **Method** – Qualitative methodology study, used a case study, where they were carried out review of bibliography, documentary analysis and empirical data collection. The reference population was made up of SUS managers, workers and users. The data were obtained through documentary research and interview with script. The content of the interviews was systematized with the help of the Collective Subject Discourse technique, triangulated with the data from the documentary research and analyzed with reference support of the Theory of Rational Choice. **Results** – The governments of the Partido dos Trabalhadores acted rationally to maximize political support and public health was impacted by investments in the structure, valorization of workers, financial autonomy and municipalization of Primary Care. **Conclusions** – Concomitant with the progress of the Unified Health System, the decisions taken by the state government contributed to consolidate a better quality health for the population.

DESCRIPTORS: Qualitative research; Unified Health System; Theory of Rational Choice; Workers Party; Political science.

INTRODUÇÃO

A política acriana, no período compreendido entre o ano de 1941 e o golpe militar de 1964 foi caracterizada como a “política dos coronéis”, por representar as disputas políticas entre dois oficiais do Exército Brasileiro que se enfrentavam no extinto Território Federal do Acre: o Sr. José Guimard Santos, do Partido Social Democrata (PSD) e o Sr. Oscar Passos, do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), exercendo sucessivamente seus mandatos sem que as suas lideranças fossem abaladas¹.

O arranjo político partidário nacional deste período é reproduzido no Acre, porém uma peculiaridade é observada: PSD e PTB, que eram aliados na política nacional contra a União Democrática Nacional (UDN), no Acre formavam forças antagônicas que disputavam acirradamente o poder local. E a UDN, a terceira força, não tinha qualquer expressão no Estado¹.

Em 15 de junho de 1962, no governo João Goulart, o Acre é elevado à condição de Estado membro da Federação, através da Lei nº 4.070². Contudo, a mudança de categoria de território para estado nada influenciou no arranjo político local, criando uma aliança inusitada: UDN e PTB, ferrenhos inimigos no panorama nacional, se aliam para derrotar o PSD local, partido do coronel Guimar Santos, autor da proposta de autonomia do Acre¹.

SILVA³, afirma que “a autonomia acreana foi negada quando a maioria da população a reivindicava e quando a produção da borracha estava em sua fase áurea. Foi com as crises da economia extrativista, sendo geradas baixas arrecadações aos cofres públicos que se ganhou a condição de Estado da República Federativa do Brasil.”

O autor ressalta que “o atendimento a esse pleito não teria vindo de um profundo embate popular, mas apenas de uma atuação mais sistemática das elites locais politicamente representadas. Estes, certamente estavam sendo contemplados em seus interesses de se manterem como grupo de influência no âmbito dos mandatários locais.”³

Estas forças se rearranjaram adaptando-se às imposições da ditadura militar, que no ano de 1965 extinguiu os partidos políticos e criou o bipartidarismo, através do Ato Institucional nº 2 (AI-2) e do Ato Complementar nº 4 (AC-4), surgindo, então, a Aliança

Renovadora Nacional (ARENA), partido de apoio ao governo militar e o MDB (Movimento Democrático Brasileiro), partido que reuniu os políticos de oposição.^{4,5}

Para PEDROSA⁶, “O Estado brasileiro, vindo da Monarquia não sofreu nenhuma mudança de estrutura fundamental quando passou à República: a burguesia, com efeito, sempre esteve atrelada às suas origens rurais, e por isso nunca perdeu de todo esse caráter. Daí sua histórica timidez de propósitos, seu constante caráter conservador e sua mais que fácil inclinação ao autoritarismo militar.”

FERNANDES¹ esclarece que: “Esses novos partidos, gestados na estufa do regime autoritário, mantiveram as mesmas características e práticas de suas matrizes. O PSD que dá origem à ARENA/PDS/PPR e agora PPB; e o PTB que dá origem ao MDB e depois ao PMDB, se caracterizam, desde a sua formação, pela inconsistência ideológica, prática clientelista e fisiológica, atuando circunscritos a uma pequena elite que desfruta o poder local, principalmente nos períodos eleitorais.”

A década de 1970, no Acre, foi marcada pela adoção de uma política econômica que visava atrair investidores do Centro-Sul do País, com a finalidade de substituir a base econômica do estado (tradicionalmente ancorada no extrativismo vegetal do látex e da castanha-do-pará) pela atividade de pecuária extensiva, considerada mais dinâmica, justificado pela crise estrutural do setor extrativista. Esta substituição da base econômica da sociedade acriana promoveu profundas transformações na sociedade local.¹

FERNANDES¹ destaca que “com a revogação do monopólio estatal da borracha e o corte de financiamentos para a empresa seringalista feito pelo BASA, medidas tomadas pelo governo em nome da “livre concorrência” e do “realismo econômico”, a atividade extrativa da borracha no Acre, inicia os anos 70 mergulhada em profunda crise.”

A propaganda que o governo do Acre realiza no Centro-Sul do País com o objetivo de atrair capital de grupos interessados no empreendimento da nova base econômica, assenta-se também na concessão de incentivos fiscais e na exaltação de que as terras acrianas seriam dotadas de um grande potencial de fertilidade, apto às atividades agropecuárias em geral, custariam pouco, e estariam à margem de uma rodovia federal que propiciaria o escoamento da produção, transformando-se em corredor de exportação, através do Oceano Pacífico, para o mercado asiático e costa oeste dos Estados Unidos.^{1;}

Na visão de SILVA⁷, “Estes grupos compunham-se (...) de “especuladores/investidores”. De modo geral, ficaram conhecidos por “paulistas”, nome genérico que lhes foram atribuídos em função de grande parte ser originário do “oeste do estado de São Paulo”.

O autor afirma que “a partir de 1974, muitas dessas áreas vendidas são transformadas em loteamentos que receberiam grupos de fazendeiros do Centro-Sul, agora em busca de adquirirem terras para a formação e fazendas de médios e grandes portes para a criação bovina.”⁷

O Acre, então, presencia diversos fenômenos sociais como o êxodo rural, a urbanização acelerada, violência e conflitos sociais, principalmente em relação à posse e ao uso da terra e à defesa da floresta e de suas populações tradicionais⁷.

Para FERNANDES¹, “a nova atividade produtiva, a pecuária de caráter extensivo, também exigia vastas extensões de terra, permanecendo e até aumentando o grau de concentração fundiária. (...) a nova atividade era pouco absorvedora de mão de obra e os novos “donos da terra” exigiam a “limpeza da área” para desenvolver seus projetos.”

O processo de expropriação de terras leva, então, a três diferentes tipos de reação dos povos tradicionais da floresta: o “autoexílio” nos seringais da Bolívia (para poder continuarem a desenvolver suas atividades); o êxodo para a periferia da Capital, Rio Branco, em busca de novos meios de vida; e a resistência aos “paulistas”, inaugurando um longo período de lutas pela posse da terra, que atingiu o seu auge com o assassinato de líderes seringueiros, como o ambientalista Chico Mendes, morto em 22 de dezembro de 1988¹.

Novos atores sociais surgem, então, e se constituem como movimentos de contestação e resistência a este processo, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), no interior da Igreja Católica (a partir das orientações do Concílio Vaticano II e da Conferência do Episcopado Latino-Americano em Medellín) e a formação de sindicatos de trabalhadores rurais: “Na lacuna das organizações populares e no contexto de uma conjuntura socioeconômica em transformação, onde os dramas individuais e coletivos “clamam aos céus”, as CEBs iriam se constituir num polo de aglutinação, de canalização das demandas sociais e “se apresentam, antes de tudo, como espaço social humanizante.”¹

O trabalho pastoral das CEBs no meio rural, com apoio institucional da Igreja, propiciou a realização das primeiras reuniões sindicais. Entre os anos de 1975 e 1983 foram criados, no estado do Acre, oito Sindicatos de Trabalhadores Rurais (STR).¹

Os movimentos políticos da década de 1970, que enfrentavam e questionavam a ditadura militar exigindo uma “abertura democrática”, num contexto de lutas pela anistia política, reforma partidária, atentados de direita e uma gigantesca crise econômica, também se fizeram ecoar em terras acrianas e “o processo de organização do Partido dos Trabalhadores iria se constituir na “lógica da diferença” em meio à mesmice e ao “arcaísmo político-partidário” brasileiro. ¹”

PEDROSA⁶ afirmou que: “O MDB, pela sua origem, pela sua ineficácia histórica, pelo caráter de sua direção, por seu programa pró-capitalista, mas sobretudo pela sua composição social essencialmente contraditória, onde se congregam industriais e operários, fazendeiros e peões, comerciantes e comerciários, enfim classes sociais cujos interesses são incompatíveis, e onde logicamente prevalecem em toda a linha os interesses dos patrões, jamais poderá ser reformado. (...) Aglomerado de composição altamente heterogênea, e sob controle e direção de elites liberais conservadoras, o MDB tem se revelado, num passado recente, um conduto impróprio para a expressão dos reais interesses das massas exploradas brasileiras. (...) Apegado a uma crítica formalista e jurdica do regime autoritário, o MDB tem-se revelado impermeável aos temas sociais e políticos que tocam de fato nos interesses das massas trabalhadoras.”

A ideia do Partido dos Trabalhadores surge da necessidade de criar um veículo que possibilitasse dar expressão política e partidária aos trabalhadores, fossem do campo ou das cidades, porém de todos os setores explorados pelo Capitalismo. Além disso, objetivava também viabilizar uma organização política dos diversos movimentos sociais ora fragmentados por suas próprias diferenças internas, permitindo ressoar a luta reivindicatória desses movimentos, nem sempre capazes de alcançar uma expressão política na sociedade. ⁶

Outro objetivo levado em consideração na criação do PT foi possibilitar a participação legal e legítima das massas populares em todas as esferas de poder na sociedade e não só nos momentos de disputas eleitorais, contribuindo, a partir da sua prática cotidiana, para a adoção de uma nova concepção de democracia, alicerçada nas bases da sociedade e sustentada pelas decisões da maioria. ⁶

Já no Manifesto de Fundação do PT, lançado em 10 de fevereiro de 1980, ficou clara esta perspectiva do novo partido: “O PT nasce da decisão dos explorados de lutar contra um sistema econômico e político que não pode resolver os seus problemas, pois só existe para beneficiar uma minoria de privilegiados. (...) Por isto, protestam, quando, uma vez mais, na história brasileira, veem os partidos sendo formados de cima para baixo, do Estado para a sociedade, dos exploradores para os explorados.”⁸

O novo partido reafirma que: “É preciso que o Estado se torne a expressão da sociedade, o que só será possível quando se criarem as condições de livre intervenção dos trabalhadores nas decisões dos seus rumos. Por isso, o PT pretende chegar ao governo e a direção do Estado para realizar uma política democrática, do ponto de vista dos trabalhadores, tanto no plano econômico quanto no plano social.”⁸

Mesmo sem a citação formal do Socialismo, o partido nasce sob a égide deste sistema econômico e político, ao assegurar, no seu manifesto, que “O PT buscará conquistar a liberdade para que o povo possa construir uma sociedade igualitária, onde não haja explorados nem exploradores. O PT manifesta sua solidariedade à luta de todas as massas oprimidas do mundo.”⁸

Para MENEGUELLO⁹, a grande novidade trazida pela introdução do Partido dos Trabalhadores no sistema político brasileiro foi que o PT se constituiu no “primeiro partido de massa criado no Brasil, de origem externa ao sistema parlamentar, e apresentar uma forma definida da classe trabalhadora inserir-se no sistema político. Todos os partidos políticos no Brasil, ressaltadas as tentativas já apontadas, foram iniciativa das classes dominantes. (...) O PT se diferencia porque desde o começo vai tentar se enraizar efetivamente na sociedade. (...) Impossível entender o PT sem analisar os vínculos entre o PT e as transformações por que passou o sindicalismo durante a ditadura militar. (...) o final do regime de exceção será o momento de manifestações autônomas de largos setores sindicais, que passaram a contestar as direções oficiais dos sindicatos. O direito de greve se torna realidade, apesar da repressão, pela prática das classes trabalhadoras. Essa ousadia vai ao encontro das exigências de cidadania plena que outros grupos sociais, como classes médias, setores intelectuais, profissionais de serviços — igualmente sem representação política — estavam formulando.”

O encontro das Comunidades Eclesiais de Base com os sindicatos rurais e a formação do Partido dos Trabalhadores, se constituiu, no Acre, num fenômeno peculiar: “Era comum, no período, um grupo de pessoas num espaço físico realizarem, sucessivamente, uma

reunião de “evangelização”, outra para tratar dos assuntos do sindicato e, logo em seguida, uma outra para discutir a organização do PT.”¹

Em 12 de março de 1980 ocorre a reunião de lançamento do Partido dos Trabalhadores no Acre, a partir da articulação das diversas lideranças sindicais e contou com a presença, dentre outros, de Jacó Bittar, presidente do Sindicato dos Petroleiros de Paulínea (SP) e da Comissão Nacional do PT; Antônio Carlos de Oliveira, deputado federal por Mato Grosso; e Chico Mendes, então vereador em Xapuri, pelo PMDB.¹

O número de filiados no Acre perfazia apenas um total de 822, contudo era considerada a maior relação proporcional de filiados do partido no Brasil, alcançando a cifra de 7,1 filiados para cada mil eleitores¹⁰.

Ao analisar a situação inicial do PT no Acre, SECCO¹⁰ assinalou que “o partido no início era frágil e invariavelmente dividido, ainda que as disputas nem sempre reproduzissem a dinâmica do debate ideológico nacional. Ali mesmo no Acre o partido se cindiu entre PRC, OSI e uma ala baseada em líderes comunitários e no mandato do Deputado Federal Nilson Mourão que constituiria mais tarde a Articulação.”

As eleições para o governo do Acre, em 1990, são consideradas o início da ascensão do Partido dos Trabalhadores no estado, sendo, contudo, derrotado no 2º turno destas eleições. Todavia, o partido saiu vitorioso, em 1992, na disputa pela prefeitura de Rio Branco¹¹.

Para SILVA¹¹, “A consolidação veio com a eleição do candidato Jorge Viana ao governo e do seu irmão, Tião Viana, para o Senado, em 1998”. E analisa que “o reflexo dessa nova configuração do poder na sociedade acriana restabeleceu valores e práticas políticas e discursivas que ultrapassam a análise de uma mera alternância de partidos e grupos no comando da administração do estado (...) em menos de 10 anos, o PT acriano, que amargara derrotas em eleições anteriores, rompe as barreiras de um eleitorado conservador, dividido entre as duas mais tradicionais legendas partidárias do estado, e dá início a um projeto de governo singular.”

Objetivando a sua chegada ao poder, o partido compôs um amplo arco de alianças denominado Frente Popular do Acre (FPA), que desde o segundo turno da eleição de 1990 surgiu como força contra hegemônica e adotou novos conceitos, posicionamento e estratégias com vistas a aumentar seu peso no jogo eleitoral.

DOWNS¹² ao admitir que nenhum dos complementos do cargo pode ser obtido sem que o partido político seja eleito, ressalta que a principal meta de todo partido é ganhar as eleições. Assim, todas as suas ações visam à maximização dos votos e ele trata as políticas simplesmente como meio para alcançar esse fim.

Houve, então, uma mudança de postura, “em que não se negava a trajetória histórica dos partidos, mas agregava no interior de suas estruturas burocráticas uma visão mais pragmática”, substituindo a inflexibilidade ideológica e a radicalização, comuns nos discursos de campanhas anteriores.¹¹

O amplo arco político da Frente Popular do Acre era composto por partidos políticos que, ideologicamente, iam da direita à esquerda. A estrutura desta aliança se alicerçava no argumento de que “era necessário juntar todas as forças políticas que tinham “compromisso ético”, para que se pudesse vencer o grupo que governava o estado e que havia promovido o abandono das populações pobres, a decadência das estruturas governamentais e o descumprimento da Lei.”¹¹

Cada partido na coalizão é pressionado por forças contrárias que o envolvem num conflito de desejos sobre que políticas adotar. Uma dessas forças é o desejo de ter um bom relacionamento com os outros partidos da coalizão. Os partidos que compõem a coalizão devem fazer algum esforço para resolver os problemas que se colocam para a sociedade; portanto devem ser capazes de agir com pelo menos um grau mínimo de eficiência.¹²

Entretanto, a coalizão também pode ser atravessada por mais duas outras forças: uma segunda força em que cada partido quer que suas próprias políticas dominem as políticas conjuntas da coalizão; e, finalmente, uma terceira força que nasce do desejo de todos os partidos de maximizar as chances de que toda a coalizão seja eleita, almejando que o impacto líquido de todos juntos seja tão difundido quanto possível, querendo agradar a um leque bastante amplo de eleitores.¹²

Esta estrutura partidária promoveu um paradoxo na política acriana: reúne na mesma seara, partidos de forte base popular e lideranças políticas tradicionais que não mais possuíam espaço político em outras agremiações partidárias para continuarem no poder, conforme assinalou SILVA¹¹: “Aparentemente, essa renovação política é proposta por ex-sindicalistas e uma militância com convicção ideológica, mas, na prática, é comandada por nomes que pertenciam a uma elite com status e poder econômico.”

Por outro lado, o eleitorado também faz a sua escolha racional. Primeiramente, o eleitor decide qual partido (ou coligação) ele crê que lhe trará maior benefício e depois tenta estimar se esse partido tem qualquer chance de ganhar.¹²

A Frente Popular do Acre, hegemonizada pelo Partido dos Trabalhadores, inaugura assim, a partir das eleições de 1998, um ciclo de Poder de 20 anos, representado pelos governos Jorge Viana (1999-2006), Binho Marques (2007-2010) e Tião Viana (2011-2018).

O presente artigo tem por objetivo analisar as principais ações da política pública de saúde no Estado do Acre, no início do século XXI, sob governos hegemonizados pelo Partido dos Trabalhadores.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo de metodologia qualitativa. O cenário do estudo foi o Estado do Acre, 15º estado brasileiro em extensão territorial (164.221,36 km²), correspondente a 4,26% da Região Norte e a 1,92% do território nacional.^{13,14}

O Estado situa-se num planalto com altitude média de 200 m do nível do mar, localizado no sudoeste da Região Norte, entre as latitudes de 7°06'56 S e longitude 73° 48' 05" W, latitude de 11° 08' 41"S e longitude 68° 42' 59"W, na parte ocidental da Amazônia brasileira, com uma população estimada em, aproximadamente, 816.687 habitantes, e densidade demográfica de 4,97 hab/km². Encontra-se subdividido nas mesorregiões geográficas Vale do Acre e Vale do Juruá e, administrativamente, em 22 municípios, sendo sua Capital a cidade de Rio Branco.^{13,14}

No Acre, o Sistema de Saúde é composto por 774 estabelecimentos de saúde, sendo 409 públicos (330 municipais e 79 estaduais), 364 privados (305 municipais e 59 estaduais) e 01 filantrópico. No Sistema Único de Saúde, os municípios são responsáveis pelas ações de Atenção Básica e parte da Média Complexidade e a Secretaria Estadual de Saúde do Acre (SESACRE) é responsável pelo restante da Atenção de Média Complexidade e por todas as ações da Atenção de Alta Complexidade.¹⁴

A população de referência para a pesquisa foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do SUS, sendo composta por quarenta indivíduos, número suficiente para permitir

certa reincidência das informações, porém, sem desprezar as informações ímpares, cujo potencial explicativo foi levado em conta.¹⁵

A partir da população de referência para o estudo, foi utilizada a técnica de “*snowball*”, onde o primeiro sujeito sugeriu outras pessoas para serem entrevistadas e assim sucessivamente.

Segundo FLICK¹⁶, o pesquisador deve “aplicar a estratégia da bola de neve e fazer com que um caso o leve a outro. Ao utilizar essa estratégia, muitas vezes, escolhe-se amigos de amigos e, assim, pessoas ligadas a seu próprio ambiente mais amplo.”

O Campo foi conduzido pelo próprio pesquisador, através de pesquisa documental e entrevistas com roteiro, realizada com os participantes da pesquisa. Estendeu-se por todo o segundo semestre de 2015 e abrangeu participantes residentes nos municípios acrianos de Rio Branco, Cruzeiro do Sul, Porto Walter, Rodrigues Alves e Mâncio Lima.

Os documentos revelaram-se úteis mesmo quando pouco precisos ou apresentando parcialidades, pois a sua utilização serviu para corroborar e aumentar a evidência de outras fontes.¹⁷

Foram utilizados tanto material de “*primeira mão*” (que não havia recebido um tratamento analítico, vindo de fontes diversificadas e dispersas), como os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos (Secretaria Estadual de Saúde, Imprensa Oficial, Conselho de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite) e instituições privadas (Partido dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, Associação Nossa Senhora da Saúde), quanto material de “*segunda mão*”, que de alguma forma já fora analisado, tais como: planos estaduais de saúde, relatórios anuais de gestão, tabelas estatísticas, etc.

A opção de se utilizar um roteiro de entrevistas surgiu da necessidade de se estabelecerem conversas guiadas, que seguiram a linha de investigação definida no protocolo do estudo, e que possibilitasse a formulação de questões verdadeiras, de maneira imparcial. O roteiro funcionou, portanto, como um norteador na condução da entrevista.

LEFÈVRE e LEFÈVRE¹⁸ ao discorrerem sobre entrevistas individuais destacam como suas vantagens: a abordagem sujeito a sujeito; condução adequada por um entrevistador bem treinado; possibilidade de aflorar o discurso espontâneo; e, a possibilidade do resgate discursivo da opinião de populações que não têm a sua voz ouvida.

As entrevistas foram conduzidas com o objetivo de aprofundar aspectos observados no campo e levantar novas informações, possibilitando maior interação e liberdade nos relatos dos informantes, construindo-se rico material sobre versões, opiniões e descrições particulares.

Para o registro dos dados foi utilizada uma agenda para a anotação dos compromissos assumidos com os participantes da pesquisa e das visitas aos diversos setores; um Diário de Campo, onde o pesquisador fez os registros e pequenas anotações relacionados à ida ao Campo; o registro das entrevistas mediante gravação digital sucedida pelas etapas de audiência, transcrição, leitura e codificação; um arquivo de documentos, que conteve cópia física e/ou digital dos documentos levantados na Pesquisa Documental; e um fichário básico que conteve os dados principais dos participantes da pesquisa, além do arquivamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado.

Com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados e precedendo a ida sistemática a campo foi realizado um pré-teste em um grupo de oito indivíduos que não participaram da população de estudo.

O ordenamento e a lapidação dos dados brutos corresponderam a uma primeira escrita, na qual se buscou uma sistematização inicial dos dados, organizando-os e selecionando-os, com o objetivo de refinar a análise.

Foi utilizado o programa de software QUALIQUANTISOFT, desenvolvido para realizar o “processamento de dados de natureza qualitativa, que estejam organizados em forma de discursos, depoimentos ou textos de qualquer natureza.”¹⁸

Na pesquisa documental, a análise dos documentos adotou procedimentos que deram conta de desvendar o lugar social onde foram produzidos. As evidências, sempre incompletas e imperfeitas, expuseram determinadas propriedades que foram consideradas pelo pesquisador ao fazer-lhes perguntas adequadas à experiência analisada e à experiência do próprio analista.

19

Para a sistematização dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se “constitui um novo método (...) para as pesquisas de opinião, representação social ou, mais genericamente, de atribuição social de sentido, que tenham como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal.”¹⁸

De acordo com LEFÈVRE e LEFÈVRE¹⁸, O DSC é o desdobramento natural do raciocínio lógico de que se, em qualquer sociedade, “os indivíduos compartilham ideias, opiniões, crenças ou representações, a expressão dessas opiniões compartilhadas poderia comportar a reunião de discursos-síntese dos conteúdos e argumentos que conformam essas opiniões semelhantes. (...) se os sentidos dos depoimentos podem ser semelhantes, o mesmo poderia ser dito dos conteúdos em que tais sentidos se desdobram.”¹⁸

O DSC como técnica consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais que após processados irão se conformar em depoimentos coletivos. O resultado da pesquisa foi composto, portanto, pelas diferentes opiniões sob a forma de DSC existentes entre a população pesquisada.¹⁸

Ao realizar a pesquisa documental e confrontá-la com as entrevistas, o estudo utilizou a triangulação das fontes de dados (triangulação dos dados), servindo para “enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento e (...) superar os potenciais epistemológicos (sempre limitados) do método individual. (...) Consiste mais em uma alternativa para a validação, a qual amplia o espaço, a profundidade e a coerência nas condutas metodológicas.”¹⁶

A análise utilizou como suporte referencial a Teoria da Escolha Racional (TER), a qual admite que as ações humanas só podem ser previstas (ou as relações entre elas) se formarem algum padrão. E ao conhecer os propósitos de quem toma decisão, podem-se prever quais passos serão dados para atingi-los. Portanto, a tomada de decisão é sempre racional, pois calculando-se o caminho mais razoável para alcançar suas metas, presume-se, também, que este caminho será realmente o escolhido.¹²

O estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.²⁰

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP) e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde obteve autorização para a sua realização, através do Parecer Consubstanciado nº 980.389.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os governos Jorge Viana (1999 – 2006)

As eleições de 1998, no Acre, confrontaram duas forças políticas no Estado: a Frente Popular do Acre (FPA), constituída pelo Partido dos Trabalhadores e mais 11 partidos políticos e a Coligação Liberal Progressista, composta pelo PFL e PPB. Com 195.645 votos (57,7 % dos votos válidos), o candidato Jorge Viana sagrou-se vitorioso para exercer o mandato de governador de 1999 a 2002.²¹

Nas eleições de 2002, o governador se reconduziu ao cargo com 63,58% dos votos válidos, na coligação liderada pelo Partido dos Trabalhadores, que pouco mudara sua composição inicial. A principal força de oposição era o Movimento Democrático Acriano (MDA), uma coligação formada pelo PMDB, PSDB, PFL PPB e PST, que obtivera 33.64% dos votos válidos.²¹

Este período ficou caracterizado como “governo da Floresta”, onde se destacou a preocupação com a economia extrativista oriunda da base da formação histórica e social do Acre e o cuidado e a valorização das populações tradicionais que habitam a floresta, como os seringueiros, os ribeirinhos e os indígenas.

O termo “Florestania” foi criado pelo novo governo e significa, na explicação de SANT’ANA JÚNIOR²², “que o atual Governo do Acre, ao nomear-se “Governo da Floresta” assume o discurso de que a preservação da floresta associada à manutenção dos seus habitantes e a melhora da sua qualidade de vida é o eixo fundamental de ação (...). Visando dar um sinal deste seu compromisso, na constituição do novo organograma de Governo, criou a Secretaria Executiva de Floresta e Extrativismo, como um dos instrumentos para se garantir que se efetive a desejada mudança no vetor de desenvolvimento do Estado, agora voltado para a exploração racional dos recursos naturais.”

A Florestania é pensada pelo governo do Acre como um processo de reparação à espoliação das populações tradicionais ocorrida com o choque cultural, que na década de 1970 foi a consequência da mudança da matriz econômica do estado, e que teve como desdobramento os conflitos por toda a década de 1980.

A valorização dos Povos da Floresta, que culturalmente lidavam de forma sustentável com a Floresta Amazônica, tirando dela a sua subsistência sem a preocupação de obtenção de

lucros exorbitantes (próprios do Sistema Capitalista) era agora oficializada por um governo oriundo de um partido nascido nas camadas populares, que o aproxima e sintoniza cada vez mais com os interesses da população tradicional local.

Na pesquisa, este fato emerge no discurso dos trabalhadores de Saúde:

O Jorge trouxe um sentimento de acrianidade quando trouxe a Florestania. Porque tem um termo que é usado muito por gente de fora, que foi difícil de tirar, que é aquela história de que o acriano é preguiçoso. Eu me lembro das discussões que eram feitas nos processos de construção da Florestania, era que para o "paulista" chegar aqui, ele tinha terra garantida, tinha incentivo do BASA garantido e o governador da época dava titulação da terra automática, porque o cara era de São Paulo. Ele chegava "com uma mão na frente e outra atrás" e o que ele fazia: ele derrubava toda a madeira da extensão da terra que ele tinha, prá transformar em pasto. Vendia todas essas madeiras nobres para São Paulo, ou seja: rapidinho ele ganhava a fortuna dele só em madeira nobre. Aí o acriano estava aqui há quarenta anos como "soldado da borracha", sem ter direito a nada, o governo da época não valorizava esse extrativista. (...) Para se desfazer essa cultura de que o acriano é preguiçoso teve que se ter todo um processo de aculturação, de valorização, dos povos da floresta, porque tradicionalmente os povos da floresta eram considerados preguiçosos, que é o legítimo acriano, aquele que veio do Ceará e que vive do extrativismo e não tem a cabeça capitalista. Porque ele vinha açoitado pela fome, pela miséria, pela pobreza. O que ele queria na vida era ter a sua subsistência mínima: ter o que dar de comer para os filhos. É um processo cultural. Porque a cultura do acriano não é de acumulação de capital, de acumulação de bens, de apropriação de bens, de exploração de bens; é de cultura de subsistência mínima. Essa cultura de capital vem com o sulista, do Eldorado: é a terra que jorra leite e mel. (...) Esse sentimento de acrianidade, muito forte, foi no primeiro mandato do Jorge Viana. Foi a instalação do processo de Florestania. Isso é uma marca do governo petista. E isso foi fantástico: essa aproximação dele com o povo, com as suas raízes indígenas. Esse discernimento, essa disposição do Jorge fazer essa relação com o povo, no primeiro mandato dele, foi fantástica! (TRABALHADOR)

Este sentimento de acrianidade marcou principalmente o primeiro governo petista do Acre, e houve um reconhecimento de que tanto o cidadão, quanto a própria sociedade foram valorizados:

Ele trouxe essa raiz cultural para valorizar; e no processo de Florestania, isso foi muito importante. Para a gente se identificar como Povo, como gente e como Povo acriano. Para tirar esse estereótipo de "vira-lata". Criar essa estima. Um dos momentos mais marcantes em todas atividades do governo do Jorge, que todo mundo se sensibilizava (muita gente chorava), era o Hino Acriano. Era muito cívico: hasteamento de bandeira, cantar o hino, várias bandeiras pelo canal. (USUÁRIO)

A preocupação com a melhoria da qualidade vida como um dos alicerces da “Florestania” também chegou ao setor Saúde, onde, em contraste com o governo anterior, ocorreram muitos avanços, sobretudo devido aos investimentos na estrutura das unidades de saúde, permitindo a sua modernização:

O Estado do Acre melhorou em alguns aspectos. Agora temos uma saúde que abrange maior parcela da população. Depois que o Partido dos Trabalhadores assumiu o governo melhorou muito. Ampliou na questão da Saúde. Para a população foi um ganho muito grande. (...) Melhorou, as coisas mudaram muito. Teve melhorias significativas. Ela melhorou mais, modernizou-se mais... mais rápido.. o desenvolvimento. (...) Uns 80% melhor; já dá prá alcançar. Eu acredito que com esta mudança eles abriram várias portas: trouxeram novos hospitais; Então é muito importante cada setor que ele tá abrindo, tentando trazer novos especialistas, exames... Então, este governo, acredito, que ele tá melhorando a cada dia pelo que a gente pode ver. Mas acredito que mudou muito! (...) O Estado do Acre tem avançado muito com as políticas públicas aqui no nosso estado. (...) Eu vejo nesses dezesseis anos de governo da Frente Popular, um avanço muito grande em relação aos outros estados, de acordo com o nosso potencial. A gente vê a evolução que a gente teve na Saúde de uns anos prá cá. Mais de quinze anos. (...) Cresceu bastante a saúde em Rio Branco e nos outros municípios também. Está bem melhor do que uns dez anos atrás. Ela se organizou. Vem se organizando ao longo dos tempos. Uma melhora não só estrutural (estrutura física, das unidades, que foram todas elas remodeladas, modernizadas), como também a interiorização dessas ações, que não foi só a Capital. (TRABALHADOR)

A reestruturação da SESACRE e da rede assistencial foi assim explicitada nos documentos oficiais: “Nos últimos cinco anos, a Secretaria Estadual de Saúde vem se estruturando para superar as deficiências da gestão do sistema e organização da atenção à saúde. O foco do governo voltou-se para a estruturação da Secretaria de Saúde, enquanto órgão gestor do sistema, com objetivo de ampliar e garantir o acesso aos serviços de saúde, atendendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.”²³

O compromisso do Partido dos Trabalhadores em ofertar serviços de saúde de qualidade é expresso da seguinte forma: “A conquista da saúde, em termos de qualidade e extensão da vida, sendo objetivo último da sociedade, deve ser também do Governo que a represente; A saúde não é, pois, um objetivo setorial, mas do conjunto das políticas econômicas e sociais, articuladas e integradas intersetorialmente; A mudança dos níveis de saúde da população, no seu conjunto e em relação a cada grupamento específico, na direção da sua melhoria, será OBJETIVO CENTRAL DE GOVERNO; A saúde para nós é um bem público, e como tal, qualquer que seja o setor, estatal ou privado, responsável por ações com impacto, individual ou coletivo, na área da saúde, deve se submeter a controle público.”²⁴

Encontra-se presente também nos discursos tanto de trabalhadores e de usuários do SUS:

A entrada do Partido dos Trabalhadores facilitou a gente começar a ter um tanto de ações de saúde, que é a ideologia do partido e que as leis colocam em prática. Um dos grandes desafios do SUS é o desafio de fazer cumprir a lei. Esse é um discurso desde o tempo que o SUS tem de vida e que a gente não consegue colocar na prática o que a lei manda. Mas aí, o PT no Poder facilitou o encaminhamento de um tanto de ações. Não resta a menor dúvida, que durante este período nós tivemos avanços. Em implantações de serviços, no número de profissionais contratados (apesar de que ainda é muito deficiente), mas tivemos avanço. Porque isso é um dever deles, e realmente é dar direito à saúde a todos os acreanos. Então, essa preocupação, esse cuidado, fazer com que a gente tenha serviços de qualidade, é uma coisa que eu vivencio assim muito de perto nessa gestão do PT. Talvez seria a vontade junto com a capacidade técnica, de todo mundo junto acreditar naquilo e levar esse projeto, esse sonho, para que ele se concretize. (USUÁRIO)

Nos últimos dez anos aconteceram coisas fantásticas. A evolução na Saúde é notória. Se deveu prioritariamente a um compromisso do Partido dos Trabalhadores em construir esse caminho: em ofertar à população acriana as melhores condições possíveis. (...) O SUS avançou, sim, é inegável isso, mas os governos têm grande responsabilidade sobre isso tudo. Basta ver que em alguns municípios você não vê com todo o desenvolvimento que o SUS promove, com toda a estruturação, toda a liberação de recursos para a estruturação de serviços, eles não acontecem e isso vai muito do governante. (...) O Partido dos Trabalhadores sempre teve nas suas discussões, desde o início, em sua constituição, a Saúde como um debate central e conduzindo prá a questão do Sistema Único de Saúde, a saúde como um direito de cidadania. Foi um traço que o Partido trouxe nessa discussão. Não só no debate político, mas na prática. A gente tem experiências muito interessantes de prefeituras do Partido, de Estados que organizaram a Saúde Pública a partir dessa referência do direito de cidadania. De 99 prá cá houve um esforço grande no sentido de consolidar essa matriz. É tanto que a gente acabou visualizando e vislumbrando a perspectiva de um percentual cada vez maior de pessoas que acreditavam, confiavam e utilizavam o serviço público de Saúde por conta da sua melhoria, da sua qualidade. (TRABALHADOR)

KLEIN²⁵ ressalta que “o plano de governo da Frente Popular do Acre coloca como uma das missões do seu governo a garantia do acesso ao serviço público de saúde para todas as pessoas, garantindo a qualidade do atendimento. Os princípios do SUS seriam realizados quando cada centavo investido retornasse à população em forma de benefício.”

No Plano Estadual de Saúde do Acre, elaborado para o período 2004-2007, ao serem analisados os cinco primeiros anos do governo Jorge Viana na área da Saúde, é assinalado que “os principais indicadores de saúde no Estado demonstram que no período de 1999 a 2003, houve um aumento da cobertura vacinal nas crianças menores de 1 ano e redução das taxas de

mortalidade geral, infantil, perinatal e neonatal, decorrentes do fortalecimento das ações da atenção básica, investimentos na assistência hospitalar e capacitação de recursos humanos.”²³

A valorização dos servidores do Setor, através da aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações (PCCR) no ano de 2000, é também lembrada, principalmente nos discursos dos trabalhadores, porque unificou várias gratificações complementares, incorporando-as ao vencimento básico dos servidores, refletindo-se numa melhoria salarial e numa melhor perspectiva para a aposentadoria:

No decorrer desses dezesseis anos de Frente Popular, dentro da Saúde Pública, além da infraestrutura que foram investidos, como as UPA também, nós temos também a questão do trato com o servidor público que, em linhas gerais, melhorou também. No mesmo tempo que houve um movimento para reestruturação das estruturas físicas, houve um movimento de valorização dos trabalhadores, tanto na recomposição dos quadros, quanto na valorização da parte formativa. Foi criado o Plano de Cargos e Salários, que valoriza o servidor, porque foi dado o direito, foi valorizado pelo estudo que ele teve nas capacitações e na formação. Na Educação foi uma coisa fantástica, ele proporcionou a todos os professores de nível médio fazer o curso superior, se quisessem. Deu as condições no horário de trabalho e as condições no curso. A gente focou muito na época não só na valorização remunerativa, mas na organização de classe e composição de equipe. Valorizou a equipe profissional. (...) Uma das coisas importantes que aconteceu na Saúde Pública, no governo do PT, foi a garantia do Plano de Carreiras e Remuneração dos trabalhadores: trouxe uma leve segurança para os trabalhadores. (...) A criação do Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações é um avanço. Mas é um avanço, porque a lei 8142 já dizia que tinha que ter funcionando os Conselhos de Saúde, tinha que ter o plano de carreira dos trabalhadores e o Fundo de Saúde. Então o PT foi obrigado a criar o Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações. (...) O debate que foi realizado na época que o Jorge assumiu, é que nos governos Romildo e Orleir, o servidor recebia com trinta penduricalhos: incentivos, promoções, valorização e tal. Acho que uma vantagem do PCCR que foi implantado é que isso se transformou no salário. Então muitos penduricalhos do passado se transformaram em salário-base, garante uma aposentadoria mais ou menos qualificada. Mas precisou avançar muito, na discussão do PCCR, na valorização do trabalhador. (TRABALHADOR)

No entanto, também são apontadas as distorções do PCCR acontecidas ao longo dos anos e a não reposição das perdas trabalhistas ocorridas no Plano Bresser, pois os servidores estaduais perderam na Justiça Federal o direito de reaver essas perdas:

Ele criou numa época, em 03 de janeiro de 2000, que o nível superior era isonômico. Hoje, no PCCR, o nível superior tem mais 3 grupos. Então temos 4 grupos: um grupo em extinção, que é o grupo 4, dos técnicos em educação; e o grupo que envolve os dentistas, médicos, veterinários e os outros trabalhadores. Os grupos 1, 2 e 3, do nível elementar, fundamental e médio, se dividiu em mais um grupo, que é o grupo sete. No entanto, na mesma época em que se cria o PCCR, a gente tem um golpe em relação ao salário dos servidores, que o governo do PT tira o Plano Bresser, que correspondia à metade do salário

dos trabalhadores. (...) Tanto é que os planos considerados como "causas trabalhistas", até hoje nunca foram pagos, como é o caso do Plano Bresser. A vantagem do PCCR foi somente essa: transformar penduricalhos em salário. No primeiro momento foi uma vantagem imensa, mas parou por aí. (TRABALHADOR)

A decisão judicial que determinou a suspensão do pagamento da reposição do Plano Bresser ocorreu no 2º semestre de 1998 e o governo Orleir Cameli (1995-1998) postergou o quanto pode o seu cumprimento. Sem alternativa, o governo Jorge Viana teve que, logo no primeiro mês do mandato, cumprir a decisão e retirar do salário dos servidores estaduais a parcela correspondente à incorporação das perdas do Plano Bresser.

DOWNS¹² preconiza que no mundo real, o governo de fato faz quase tudo que é concebível a uma organização fazer. Todavia, nem todo governo faz a mesma coisa que os outros, porém deve ser, pelo menos teoricamente, capaz de desempenhar as funções sociais de governo.

O autor esclarece que o partido governante tem liberdade ilimitada de ação, dentro dos limites da Constituição. É, portanto, permitido ao governo fazer qualquer coisa que não viole os limites constitucionais.¹²

Esta decisão impactou os salários de todos os servidores estaduais, principalmente os da Saúde, trazendo perdas políticas para o novo Governo que se iniciava. No imaginário do funcionalismo público estadual a “retirada do Bresser” estava vinculada ao novo Governo, que durante o período eleitoral prometera envidar todos os esforços para que isso não acontecesse.

A aliança histórica entre os sindicatos e o Partido dos Trabalhadores no Acre pesou na omissão do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Acre (SINTESAC), que não enfrentou o governo Jorge Viana no episódio da retirada da reposição das perdas do Plano Bresser.

Como consequência, os servidores da Secretaria Estadual de Saúde do Acre passaram a se constituir num foco de resistência e oposição aos governos petistas e o SINTESAC, antes controlado por militantes da Frente Popular do Acre, passou a ser administrado, sucessivamente, por servidores declaradamente opositores dos governos petistas.

É importante ressaltar que a tomada de decisão governamental ocorre num contexto complicado de valores ótimos econômicos e de guerra política.¹²

Apesar deste desgaste político inicial, o governo Jorge Viana seguiu realizando outras intervenções no setor Saúde, que tiveram impacto na estrutura e na organização do Sistema Único de Saúde no Acre.

O aumento de investimentos na média e alta complexidade dos serviços de Saúde reduziu o envio de usuários do SUS para realizarem, em outros estados, determinados procedimentos não ofertados no Acre. O discurso dos gestores destaca essa importância:

Pensando nisso na necessidade que o cidadão teria de se tratar, de ser cuidado, perto da família, perto do seu meio, é muito melhor do que a gente tá mandando para fora do Estado. Além do que tinha um custo elevado, pois o custo de manter determinados serviços também é um custo elevado. Então é uma decisão de governo. Considero importante quando ele decide você ter uma hemodiálise. Como muda a sua vida, você ligado a uma cadeira duas, três vezes por semana e você ter que fazer em outro Estado. (...) A maior decisão do governo é trazer realmente aquilo que está dentro dos princípios do SUS e ter o acesso o mais perto possível da população. Quando ele traz a maior necessidade, olhando a necessidade da população, traz para que seja oferecido dentro do território, acho que esse foi o grande avanço do governo do PT. A partir da Oncologia em Rio Branco foi muito bom. Antes precisava deslocar para outras cidades, e de qualquer forma é muito ruim. (GESTOR)

Todavia, apesar dos investimentos na rede própria e conveniada com o intuito de dotar o estado do Acre resolutivo nos procedimentos de alta complexidade, o Serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que em 2004 encaminhara 2.841 usuários para atendimento em diversas localidades brasileiras²⁶, ampliou este número para 3.382, em 2005²⁷ e para 3.636, em 2006.²⁸

A cidade de Goiânia (GO) despontou como a maior receptora desses encaminhamentos e as patologias oncológicas e cardiológicas foram as que mais geraram encaminhamentos para fora do Estado.^{26,27,28}

Os próprios Relatórios Anuais de Gestão (RAG) admitem “a fragilidade no atendimento nas distintas áreas, apontando para necessidade de maior investimento no setor”²⁷, alertando que o Estado do Acre “precisa investir fortemente em ações de controle e combate ao câncer, bem como atuar nos fatores de risco”²⁶; e que, “mesmo com as implementações de ações no controle e combate ao câncer, ainda dependemos de outros centros para atender a demanda oncológica do Estado.”²⁸

A municipalização dos serviços de Atenção Básica e o início do processo de Regionalização dos serviços de Média e Alta complexidade também foram iniciados no Governo Jorge Viana, sendo destacada na fala dos trabalhadores em Saúde:

Em 99, o governador Jorge Viana assumiu o Estado do Acre. Percebemos naquele momento que a saúde era estadualizada, totalmente. E foi descentralizando aos poucos. Em 2003, a primeira parte; em 2006, começamos a descentralização da saúde da área da Atenção Primária. E daí prá cá tem avançado. (...) O governo do Acre ajudou a reformar os 13 centros de saúde, equipou, colocou material médico hospitalar e fez, em seguida, a municipalização. Em Rio Branco foi assim. (...) Uma coisa fundamental que eu percebo que aconteceu foi o processo de descentralização da saúde. (TRABALHADOR)

Para KLEIN²⁹, “a descentralização de importantes serviços para o Município de Rio Branco, como a rede de centros e postos de saúde, estava sendo protelada desde 1993 (...) as irregularidades que motivaram contendas judiciais (...) estavam no meandro das negociações, bem como as divergências de duas frentes partidárias em disputa: a Frente Popular do Acre, compondo o governo estadual a partir de 1999, e o Movimento Democrático Acriano no governo de Rio Branco.”

Com a participação direta do governador Jorge Viana, as negociações para a descentralização dos serviços de saúde em Rio Branco foram intensificadas e em 07 de dezembro de 2000, a Comissão Intergestores Bipartite do Acre (CIB-AC) tratou de pactuar a descentralização das Ações Básicas de Saúde no município de Rio Branco. Com a pactuação e posterior elaboração de um convênio, concretizou-se o repasse das unidades básicas de saúde estaduais para a gestão do município Rio Branco.³⁰

Em 2003, foi concluído o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR), que contemplava o Plano Diretor de Investimento (PDI), e se constituíram em instrumentos orientadores da organização da assistência e da necessidade de investimento para o quadriênio 2003-2006.

A proposta de Regionalização foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), deliberada e aprovada no Conselho Estadual de Saúde (CES-AC). Foram definidas duas Microrregiões da Assistência (Microrregião do Juruá e Microrregião do Acre-Purus) e onze módulos assistenciais, que para a sua definição levaram em consideração: o perfil epidemiológico, a oferta dos serviços de saúde, de recursos humanos, da produção e cobertura da assistência, o fluxo de usuários do SUS, a situação geográfica e a importância geopolítica e administrativa na definição do papel do município.²³

No entanto, é relatado pelos gestores que, ao longo do tempo, o Estado do Acre não conseguiu discernir o seu papel neste processo de descentralização das ações e serviços de saúde na Atenção Básica:

Descentralizaram a saúde básica para os municípios e o estado não conseguiu manter a função dele de assessorar, de organizar e de apoiar esses municípios na Atenção Básica, para que na Atenção Básica fossem resolvidas as questões de saúde da atenção básica. Que se isso tivesse sido feito diminuiria os investimentos e custos na atenção de média e alta complexidade, que é o mais caro de fazer saúde. O Estado, na função dele seria de manter a média e alta complexidade na melhor forma estrutural. É função dele. Simultaneamente, deveria ter acontecido esse apoio aos municípios, que não houve de forma adequada. E aí entram questões político-partidárias, que no caso da saúde não deveriam ser tão importantes a ponto de prejudicar a relação Estado-municípios e as ações básicas de saúde, por execução dos municípios. O apoio do estado nesse sentido foi falho. (GESTOR)

Este discurso converge para o pensamento de FEUERWERKER³¹, para a qual “a esfera estadual deixou de ter um papel significativo na prestação dos serviços, sobretudo na atenção básica, embora ainda cumpra papel significativo na prestação de serviços especializados em âmbito regional e estadual. Sem papel importante na prestação de serviços, as secretarias estaduais de modo geral ainda não se qualificaram para um papel político de formulação ou de apoio técnico aos municípios.”

No governo Jorge Viana foi possível destacar como avanços da gestão do Sistema Único de Saúde, dentre outros: a habilitação do Estado do Acre em Gestão Plena do Sistema; a cessão das Unidades Básicas de Saúde para os municípios de Rio Branco e Bujari e a pactuação de um cronograma de cessão de toda rede básica para os municípios; a criação do Fundo Estadual de Saúde; a elaboração do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica; a estruturação do serviço estadual de auditoria; a regulamentação do Tratamento Fora do Domicílio (TFD); a implantação do Plano de Cargos Carreiras e Remunerações (PCCR) da saúde; A habilitação de municípios de acordo com a Norma Operacional Básica – 96 (NOB/96), totalizando 19 dentre os 22 municípios do Estado do Acre; elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI); elaboração da Programação Pactuada Integrada da Assistência e da Vigilância Epidemiológica; pactuação dos Indicadores da Atenção Básica e sua avaliação anual; implantação do Conselho Popular de Saúde (COPS) nas unidades assistenciais; realização da 4ª Conferência Estadual de Saúde; ampliação do teto financeiro da assistência; e a implantação da Central de Dispensação de Medicamentos Excepcionais.²³

Na área de assistência destacaram-se: a reestruturação da Unidade de Urgência e Emergência de Rio Branco, a implantação do Serviço Especializado de Ortopedia na Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE) e no Hospital Santa Juliana (conveniado), através de parceria com o Instituto Nacional de Traumato-Ortopedia (INTO); a construção e operacionalização do Hospital da Criança; a implantação da Unidade de Assistência ao Idoso; a ampliação da assistência em Terapia Renal Substitutiva, a ampliação dos procedimentos de hemoterapia, o aumento da oferta de exames anátomo-patológicos e citopatológicos; a ampliação do número de leitos; a implantação do programa Itinerante para a população que se encontra nas áreas mais isoladas e com insuficiência de estrutura para atenção a saúde; a implantação do Serviço de Tomografia na Unidade de Urgência e Emergência; a implantação de 10 leitos de UTI no Hospital de Urgência e Emergência; e a garantia do acesso a tratamento em alta complexidade através do TFD/Estadual e da Coordenação Nacional de Regulação em Alta Complexidade-CNRAC/Ministério da Saúde.²³

A tabela 1 demonstra o incremento de alguns procedimentos de média e alta complexidade comparando-se os anos de 1999 e 2003:

Tabela 1: Incremento de alguns procedimentos de média e alta complexidade no Serviço de Saúde do Estado do Acre, no período 1999-2003:

Procedimento	Unidade	1999	2003	Incremento
Oferta de procedimentos especializados por profissionais de nível superior.	Nº de atendimentos	82. 210	582.303	608%
Oferta de cirurgias ambulatoriais	Nº de cirurgias	2.310	18.054	682%
Oferta de serviço de ultrassonografia	Nº de exames	2.249	15.728	599%
Oferta de serviço de tomografia computadorizada	Nº de exames	507	1.122	121%

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2004-2007²³

Encerrado o segundo mandato de Jorge Viana, um grande desafio político foi colocado: até então, o Partido dos Trabalhadores ou seus congêneres do espectro político de “esquerda” não haviam conseguido governar um estado brasileiro por mais dois mandatos

consecutivos e, especificamente no Acre, o PT nunca vencera eleições para cargos no Poder Executivo, de relevância, com outro político que não fosse o Jorge Viana.³²

Estando o partido governante consciente da relação definida entre suas políticas e o modo como as pessoas votam, para o complicado cálculo político da sucessão foi também levado em consideração que o governo persegue os seus objetivos sob três condições: uma estrutura política democrática que permite a existência de partidos de oposição, uma atmosfera de graus variáveis de incerteza e um eleitorado de eleitores racionais.¹²

Como o governo está disputando votos com outros partidos políticos que no momento estão fora do poder, o seu planejamento deve levar em conta não apenas as funções de utilidade dos eleitores, mas também as propostas feitas por seus oponentes.¹²

Nas eleições de 2006, a Frente Popular do Acre lançou como candidato ao governo do Estado, o secretário estadual de Educação, Arnóbio Marques de Almeida Júnior, o Binho Marques.

O Governo Binho Marques (2007 – 2010)

Para a eleição de 2006 a FPA foi composta por sete partidos. Além dos que tradicionalmente a integravam (PT, PCdoB, PMN e PL), outras agremiações partidárias passaram a compô-la: PP, PSB e PRTB. A Frente Popular do Acre obteve o total de 53,05% dos votos válidos. A segunda força partidária, a Coligação Frente da Cidadania, formada por PMDB, PDT, PTC, PPS e PHS obteve 35,12 % dos votos válidos neste pleito.²¹

A gestão Binho Marques empreendeu nova forma de governar, focalizando o planejamento, os processos de gestão e a valorização dos recursos humanos.

Neste período também foi colocado em funcionamento o Hospital Regional do Juruá, (cuja obra de recuperação fora retomada nos governos Jorge Viana), através de uma parceria com a Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU), uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). O hospital se constituiu em referência para os serviços de média e alta complexidade na Região do Vale do Juruá.³³

Os gestores reconhecem a importância do planejamento para o sucesso das ações e serviços de saúde, enfatizando a necessidade da continuidade dessas ações, que muitas vezes é

rompida com a alternância de projetos políticos no Poder. Ressaltam que com o PT e a Frente Popular do Acre, o seu projeto político de Poder vislumbra, pelo menos, um horizonte de 20 anos:

Para a Saúde Pública, o que eu considero de grande importância foi o planejamento. Onde a Saúde do Estado chegaria. Olhou para as necessidades da população. O que é que se estava demandando mais para atendimento fora do Estado e por que. Começou realmente a planejar, a pensar. Em função disso, começou a atender demandas. E atender não só a questão da doença, mas também trabalhar em função do social. (...) Esse crédito, de um governo que lá ele projetou um governo para vinte anos. Então, ele sabe aonde quer chegar. Participei de planos de outros governos e era aquela coisa assim: dos quatro anos. E a gente sabe também que quando muda a gestão, muitas coisas se quebram, também. E nós tivemos um privilégio de ter esses dezesseis anos de gestão do PT. Então, eu vejo com grande orgulho, com grande satisfação, de já está aí fazendo parte de forma resolutiva de alguns problemas relacionados à saúde. (GESTOR)

Foi enfatizada, também, a escuta aos anseios da população, pelo Partido dos Trabalhadores, quando este chegou ao executivo estadual, tendo-se como referência a saúde como direito de cidadania:

Esse movimento foi um ganho incomparável, enorme. Valorizou a sociedade. Isso é uma coisa que deveria ser inerente do SUS, mas nós passamos por diversas gestões, políticas de governo, políticas de Estado e as coisas nem sempre acontecem quando não há um projeto realmente de Estado. Aquilo que realmente o meu Estado precisa. Quando você tem realmente uma escuta da população. A diferença é que o PT, ele escuta muito a população. E muitas coisas de decisão vêm dessa escuta, do Povo. Mas às vezes as pessoas não têm essa percepção, não querem conhecer. Nos governos, normalmente, mesmo que o SUS "te" diga que você deverá garantir mais perto da população; que você tem que garantir o acesso, a equidade, o acesso universal, mas na prática você não vê muito isso, até quando você visita outros estados brasileiros. (...) Tudo isso fez parte do entendimento do governo, da Saúde como um direito de cidadania. A gente caminhou construindo o sistema a partir dessa referência. (GESTOR)

O partido que dirige o governo manipula as suas políticas e ações de maneira que ele acredita que isso lhe trará mais votos, sem, no entanto, violar os preceitos constitucionais, pois a meta de todo governo é ser reeleito. E no Estado democrático, o governo racional, a partir do objetivo definido, emprega os meios mais eficientes para alcançá-lo.¹²

Um destes meios é correlacionar os planos de governo com as funções de utilidade dos eleitores individuais, porque os cidadãos decidem como votar por meio do impacto marginal da atividade governamental sobre suas funções de utilidade.¹²

No método de planejamento estratégico proposto por MATUS³⁴ esta escuta à população permite uma explicação situacional onde é possível identificar corretamente os problemas e diferenciar suas explicações, “para saber não apenas onde atuar para enfrentá-los, como também perante quem devemos fazê-lo”.

Para o autor, “o domínio de potentes técnicas de planejamento é uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de governo de uma equipe”. Considera que a capacidade de governo se expressa na capacidade de direção, gestão, de administração e controle, que podem ser alteradas e melhoradas pelas teorias, técnicas e métodos de planejamento.³⁵

O foco na gestão e nos processos administrativos é muito marcante na fala dos gestores, tanto os que desempenham tarefas no nível central da SESACRE, quanto os que administram as unidades de saúde:

A forma de organização da rede, ela tem melhorado bastante prá o atendimento. A divisão de responsabilidades de cada entidade: governo federal, estadual e municipal. Nos últimos anos têm acrescido alguns problemas como o crescimento social, as dificuldades financeiras, porém a organização da rede ela tem uma tendência de melhoria. Descentralizando algumas coisas na Atenção Básica, na Média e Alta Complexidade. (...) Em contrapartida, só no governo Binho é que se olhou prá gestão. (...) ele tinha um projeto claro: desde o governador até qualquer dirigente de unidade sabia o que estava proposto para a Saúde. (...) O Binho era muito tecnicista. É um homem altamente preparado para o processo de elaboração, planejamento estratégico. Então ele ficava muito centrado. Tinha uma sala de situação pessoal dele. (GESTOR)

Esta preocupação com a gestão na Saúde fez com que o governo Binho Marques promovesse uma nova pactuação entre a SESACRE e os municípios, onde foi redesenhada a Regionalização da Saúde. As Regiões de Saúde passam a ser três: Alto Acre, Baixo Acre/Purus e Juruá /Tarauacá-Envira.³⁶

Entretanto, o grande destaque do governo Binho Marques, na Saúde, foi, sem dúvida, a descentralização financeira para os hospitais, a partir das leis estaduais nº 1.910/07, que instituiu o programa de autonomia financeira das unidades de saúde estaduais³⁷, e nº 1.912/07, que dispôs sobre a gestão democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre.³⁸

Nos seus discursos, gestores, trabalhadores e usuários, reconhecem que a adoção deste modelo de gestão pública representou um avanço para o Sistema de Saúde do Acre.

O modelo de descentralização através da Gestão Democrática é destacado pelos trabalhadores como um avanço do governo petista em relação à modernização da gestão:

Dentro do processo de construção, de inovação, com o PT no Poder, o que eu considero mais avançado, dentro do modelo de gestão, foi o processo de descentralização da autonomia financeira das unidades hospitalares do Estado. (...) Foi gerado, na gestão do Binho, um modelo fantástico, chamado de "Descentralização e Autonomia Financeira" (...) A política de descentralização da verba direto para o hospital, como é feito na Educação. Começou em Sena Madureira com o PDDH, que é o Programa Dinheiro Direto no Hospital. Isso depois virou, no governo Binho, em 31 de julho de 2007, as leis 1910 e 1912, que são as leis de Gestão Democrática e Autonomia Financeira, que por 4 anos deu resposta para a Saúde do Acre. As 22 unidades do Estado passaram a ter autonomia financeira através do PDUS, que é o Plano de Desenvolvimento das Unidades de Saúde e o PTA, que é o Plano de Trabalho Anual, gerenciados pelos Conselhos Gestores das unidades de saúde. Esse recurso voltava para dentro da unidade de saúde; quem administrava não era o gestor indicado, mas era um "conselho popular", entre gestores, trabalhadores e usuários. E eles dividiam a responsabilidade de indicar onde ia ser aplicado cada centavo, onde ia ser valorizado cada setor do hospital para ser melhorada a estrutura, o leito, o ar condicionado, a pia, a alimentação. Cada procedimento, cada trabalhador, resolveu anotar com cuidado, com carinho e isso gerou uma autoestima para o trabalhador e melhorou muito a gestão. Isso, pra mim, foi um avanço. Creio que esse foi o maior pico do PT no campo da Saúde. (TRABALHADOR)

O modelo inovador na Saúde surgiu de uma decisão do governador Binho Marques, que tinha sido o secretário de Educação no primeiro mandato de Jorge Viana (1999-2002) e vice-governador no segundo mandato (2003-2006) e implantara nas escolas estaduais o Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE).

A escolha racional desta decisão pode estar relacionada com o que DOWS¹² definiu como “axioma do interesse pessoal”, onde a ação do agente dá-se de acordo com uma visão da natureza humana em que nos faz sentir mais intensamente o que nos afeta de modo direto do que o que nos afeta de modo indireto através de outros, supondo que ao se referir ao comportamento racional, este estará dirigido principalmente a fins egoístas.

O Programa do governo Federal foi criado em 1995, na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, com a finalidade de prestar assistência financeira, em caráter suplementar, às escolas públicas da educação básica das redes estaduais e municipais e às escolas privadas de educação especial mantidas por entidades sem fins lucrativos, englobando

várias ações que visavam à melhoria da infraestrutura física e pedagógica das escolas, além do reforço da autogestão escolar nos planos financeiro, administrativo e didático.³⁹

Posteriormente, em 2009, o governo Lula ampliou suas ações para as escolas de ensino médio e da educação infantil, através da Lei nº 11.947.⁴⁰

Na Saúde, inicialmente foi implantado um projeto piloto no Hospital Dr. João Câncio Fernandes, localizado no Município de Sena Madureira, distante aproximadamente 144 km da Capital do Estado, no final do segundo mandato do governador Jorge Viana, quando Binho Marques era o vice-governador. O impacto desta ação foi sentido e relatado pelos trabalhadores:

Quando você pega do governo do Orleir para o governo do Jorge Viana, primeiro governo do PT, a saúde era um caos. Tivemos que fazer compras emergências de medicamentos e material médico hospitalar para abastecer as unidades. Da passagem do segundo governo Jorge Viana para o governo Binho esse material médico hospitalar não faltou, ninguém observou, porque o hospital de Sena Madureira tinha estoque, porque lá tinha o programa de autonomia financeira, gerenciado pelo Conselho Popular de Saúde, entre gestores, trabalhadores e 50% da comunidade. O Conselho gerenciava aí. Então foi uma experiência muito exitosa do SUS no Brasil. E o hospital de Sena Madureira, ele garantia o abastecimento da Maternidade, do Pronto Socorro e da Fundação, porque ele podia comprar. (TRABALHADOR)

A gestão democrática do Sistema Público de Saúde se baseava na garantia da centralidade da unidade de Saúde no sistema, na gestão participativa (garantindo a participação dos segmentos da unidade de saúde na elaboração das suas políticas), na gestão de responsabilidade com definição de atribuição por competências, na gestão de resultados que incluía os processos de acompanhamento, avaliação permanente e prestação e contas, e, na garantia do funcionamento das unidades de saúde visando à integralidade.⁴¹

O Governo do Estado do Acre, através de uma cartilha elaborada com o intuito de informar os conselheiros gestores das unidades de saúde, assegurava que: “demonstrando o seu compromisso com a saúde, instituiu a Política de Gestão Democrática e Autonomia financeira com o intuito de possibilitar a participação e toda a população nas decisões políticas nas unidades de saúde. (...) Essa política de saúde se constitui como um instrumento inovador na maneira de gerenciar, incluindo o pensar e o fazer coletivo.”⁴¹

O modelo conferia autonomia para a unidade de saúde elaborar e implementar um Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), onde eram definidos os objetivos

gerais, estratégias, metas e ações a serem realizadas na unidade, além da elaboração dos indicadores de resultados.^{37,38}

Em consonância com o PDUS, a unidade também era responsável por elaborar o Plano de Trabalho Anual (PTA), instrumento que definia a aplicação dos recursos financeiros a serem descentralizados para a execução por um Conselho Gestor da própria unidade.^{37,38}

O Conselho Gestor fazia parte da estrutura administrativa da unidade, juntamente com os gerentes geral, de assistência à saúde e administrativo, sendo constituído sob personalidade jurídica de direito privado e sem fins lucrativos e tendo caráter deliberativo, como órgão máximo da unidade de saúde.^{37,38}

Dentre as atribuições do Conselho Gestor incluíam-se: analisar e aprovar o PDUS e enviá-lo para análise e aprovação da Secretaria Estadual de Saúde (SESACRE); analisar, aprovar ou reprovar a prestação e contas dos recursos recebidos e aplicados na unidade de saúde e apresentá-las trimestralmente em audiência pública; acompanhar as ações desenvolvidas pela direção da unidade de saúde; e, deliberar sobre a devolução dos profissionais de saúde lotados na unidade ao Setor de Pessoal da Secretaria de Saúde ou da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE).³⁸

Ainda no ano de 2007, a Lei 1.912 foi alterada com a edição da Lei 1.923, que modificou a classificação das unidades hospitalares (passando de quatro para sete categorias) e permitiu que o gerente geral da unidade de saúde pudesse participar com direito a voz (e sem direito a voto) das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Gestor da unidade, o que anteriormente era proibido.⁴²

Em 21 de dezembro de 2009, uma nova alteração foi feita com a entrada em vigor da Lei nº 2.251, que instituiu um processo de certificação para preenchimento do cargo de gerente geral das unidades de saúde e vinculou a sua permanência ao cumprimento das metas do PDUS e a aprovação da unidade nos processos de avaliação desenvolvidos pela SESACRE.⁴³

O Plano Estadual de Saúde elaborado para o quadriênio 2008-2011 previa como meta, o repasse de recursos financeiros para 24 Conselhos Gestores das Unidades da Rede Estadual de Saúde, incluídas no eixo “Modernizar a Gestão da Saúde Estadual.”⁴⁴

O Relatório Anual de Gestão do ano de 2008 destacou, como ações executadas, “a efetivação do Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde, com a descentralização de recursos”; e, “o fortalecimento da capacidade gestora das unidades com a criação dos conselhos gestores nas unidades de saúde.” As despesas com o Programa Dinheiro Direto no Hospital totalizaram, naquele ano, o montante de R\$ 35.549.148,46.⁴⁴

No ano de 2010 foram realizadas as eleições dos membros do Conselho Gestor para o triênio 2010-2013, os fóruns de discussão para a alteração da lei 1.912 e o 2º Fórum Estadual de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde.⁴⁶

A decisão do governador Binho Marques de não se candidatar à reeleição do seu mandato, trouxe para a disputa eleitoral no ano de 2010, pela Frente Popular do Acre, o então senador Tião Viana, irmão do governador Jorge Viana.

Os Governos Tião Viana (2011-2018)

A Frente Popular do Acre, agora composta pelo PT e outros quinze partidos obteve, em primeiro turno, 50,51% dos votos válidos, vencendo com uma margem estreita de votos (1,33%) a Coligação Liberdade e Produzir para Empregar, que reuniu as forças oposicionistas do PSDB, PMDB, DEM, PSL, PSC, PPS, além do PMN e do PTdoB, agora dissidentes da FPA.²¹

A disputa tornou-se ainda mais acirrada, em 2014, quando o governador Tião Viana tentou a reeleição do mandato. Pela primeira vez, no Acre, houve 2º turno nas eleições para o Executivo estadual, pois o governador obtivera apenas 49,73% dos votos válidos no primeiro turno. O confronto no segundo turno deu-se entre a FPA, que obtivera 51,29% dos votos válidos e a coligação Aliança para um Acre Melhor, que recebeu 48,71% dos votos válidos, representando uma diferença de apenas 2,58%.²¹

O cenário das eleições 2014 começa a colocar em risco a hegemonia do Partido dos Trabalhadores no Acre. Para garantir a governabilidade, o Governo reeleito cede à pressão interna da Frente Popular, dando mais espaço político para os pequenos partidos que a integram, porém, sem muita expressão na sociedade.

Uma das desvantagens de uma coalizão de partidos é que ela não possui uma ordem única e consistente de preferências. Os partidos membros concordam sobre algumas metas,

mas discordam sobre muitas outras. Como resultado da luta interna de poder, as medidas tomadas pelo governo da coalizão, como um todo, podem formar uma miscelânea de conciliações.¹²

Por outro, a coalizão partidária tem a vantagem de evitar o superindividualismo, pois impede que o partido majoritário governante seja tratado como uma entidade única, racional, que toma decisão e controla a política governamental sozinho.¹²

Na visão de MATUS³⁵, a governabilidade se constitui num dos vértices do “Triângulo de Governo”, que se articula constantemente com o projeto de governo e a capacidade de governo, a fim de possibilitar a ação de governar. As três variáveis, ao formarem um sistema triangular, criam uma interdependência, onde “a governabilidade do sistema é uma relação entre o peso das variáveis que um ator controla e as que não controla, no processo de governo”, expressando “o poder que determinado ator tem para realizar o seu projeto.”

Como consequência desta busca pela governabilidade, abriu-se espaço para o provimento dos cargos de alto escalão com pessoas com pouca expressão política e pouco conhecimento técnico e administrativo na área em que se propuseram atuar, prejudicando o outro vértice do triângulo: a capacidade de governo, que é entendida como a “capacidade de condução ou de direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um ator e de sua equipe de governo para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo.”³⁵

Sobre isso, escreveu MAQUIAVEL⁴⁶: “a primeira conjectura que se faz de um senhor e do seu servo é ver os homens que o cercam; e quando são capazes e fiéis, sempre se pode reputá-lo sábio, porque soube reconhecê-los competentes e conservá-los. Mas quando não são assim, sempre se pode fazer mau juízo do príncipe, porque o primeiro erro por ele cometido reside nessa escolha”.

Os usuários se expressaram desta forma sobre o preenchimento dos cargos de confiança para atender às exigências da governabilidade:

<p>Indicações para cargos políticos de forma absurda: coloca pessoa do PT num cargo de gestão de uma unidade, que não sabem nem diferenciar uma seringa de injeção de 5 ml de uma de 20 ml. O principal erro é esse, e esse leva a todos outros erros: que é a falta de material, falta de pessoal, falta de equipamento, falta de tudo! Colocam pessoas inadequadas por querer agradar e colocar alguém da "panelinha" do próprio PT naquele cargo, prá garantir</p>

votos e acaba prejudicando todo o município. (USUÁRIO)
--

Na área de Saúde, a grande novidade do governo Tião Viana foi a edição da Lei nº 2.526, de 29 de dezembro de 2011, que promoveu uma nova alteração na Lei nº 1.912/07, modificando substantivamente a gestão democrática do Sistema Público de Saúde do Acre.⁴⁸

O novo instrumento legal modificou a composição do Conselho Gestor estabelecendo que o gerente administrativo da unidade de saúde seja o representante dos gestores no Conselho. Anteriormente, na lei original, o representante dos gestores era indicado pelo gerente geral da unidade.⁴⁸

A nova lei também extinguiu a competência dos Conselhos Gestores para quaisquer execuções financeiras, devolvendo à SESACRE e à FUNDHACRE a atribuição de assumir a gestão financeira e os negócios jurídicos das unidades de saúde, centralizando novamente os processos.⁴⁸

Os Conselhos Gestores passaram a serem denominados Conselhos Populares de Saúde e a Lei nº 1.910/07, que instituiu o programa de autonomia financeira das unidades de saúde estaduais, foi definitivamente revogada.⁴⁸

Esta situação tornou a criar uma dependência do nível central da Secretaria Estadual de Saúde, inclusive dificultando a administração feita pelas unidades mais distantes da Capital, sendo expressa da seguinte forma pelos gestores:

Aí, optaram por voltar atrás: tirar o Conselho Gestor e instituir os Conselhos Populares, que fazem parte também do organograma do hospital, mas que não tem mais autonomia financeira. Hoje a gente depende única e exclusivamente da SESACRE. Hoje em dia é centralizado na SESACRE, a gente faz as solicitações, temos um Plano de Desenvolvimento também, prá ter uma base de quanto a unidade gasta anual/mensal, mas as solicitações são feitas para a SESACRE e eles é quem gerenciam os recursos. (...) Lá em Rio Branco eles monitoram isso, vê a disponibilidade de almoxarifado, aí eles mandam de acordo com a nossa demanda. Isso custa, porque a gente faz um planejamento até dez dias antes de finalizar o mês enviar esse pedido do mês seguinte. Essa logística de a gente depender tudo de Rio Branco é muito complicada. (GESTOR)

Com esta decisão, na prática, o governo Tião Viana extingue a experiência de gestão democrática na Saúde, inaugurada no governo anterior, patrocinando o desmonte do modelo

de descentralização financeira, o que se expressa no discurso dos trabalhadores da Saúde como um grande retrocesso:

No governo do Tião, que é médico, que é sanitarista, ele baixou uma lei dele extinguindo o plano de descentralização, numa visão hospitalocêntrica e investindo nas UPA. (...). Isso foi um passo atrás. (...). O Tião Viana publicou uma lei, no primeiro governo dele, retroagindo com essa política. Aí virou um caos. Porque o governo do Estado abriu outra porta pra fazer compra, através de licitação centralizada na Secretaria de Saúde. Nós temos problemas sérios de abastecimento, tanto de medicamento, como material médico-hospitalar. (TRABALHADOR)

As perdas administrativas com a extinção da descentralização financeira foram também sentidas e relatadas pelos usuários:

Hoje temos muitos problemas nos hospitais por falta de abastecimento em tudo, por falta dessa política. Então há um declínio de tudo o que já tivemos de melhor, no Acre, nos governos do PT, no governo Binho, por exemplo. Infelizmente a gente teve um retrocesso. (USUÁRIO)

A justificativa que o governo apresentou para os gestores das unidades sobre a descontinuidade da descentralização financeira, incluiu desde o conflito com a Lei Orçamentária que não acolhia a unidade de saúde como uma unidade orçamentária da SESACRE, até as dificuldades operacionais para continuar realizando uma ação que perdurara por todo o governo anterior.

A extinção desta política de descentralização da gestão financeira se revela como sendo uma contradição entre governos apoiados no mesmo programa partidário. A política é considerada exitosa e funciona durante quatro anos num governo e, logo no primeiro ano do novo governo, já não atende aos interesses da nova gestão.

De acordo com o modelo analítico proposto por DOWNS¹², no começo de cada período eleitoral, o governo recém-eleito elabora um plano para guiar suas ações ao longo do período e faz apenas alterações parciais no esquema de atividades governamentais herdado da administração anterior, não recriando o esquema inteiro, o que neste caso da Saúde do Acre, recaiu sobre a extinção da política de gestão democrática das unidades estaduais de saúde.

Não fica claro, mas é possível supor que, dentre estas dificuldades alegadas houve também a pressão política de grupos econômicos que não estariam interessados em participar de processos licitatórios descentralizados e pulverizados pelo vasto território do Estado.

Estes grupos econômicos fariam parte dos chamados “grupos de interesse”, que existem numa sociedade e são responsáveis também por tomar decisões políticas, juntamente com os partidos políticos e os cidadãos individuais. Nesta categoria estão incluídos tanto indivíduos quanto coalizões não partidárias, como corporações, sindicatos trabalhistas, associações comerciais e empresas.¹²

Culpar a burocracia na Administração e a dificuldade na prestação de contas dos recursos envolvidos tornou-se o meio mais fácil para justificar a decisão, como relatam os gestores:

Na época que recebia o dinheiro na conta, que tinha o Conselho Gestor, era muito mais fácil. Só que prá eles era muito mais burocrático: tinha a questão de prestação de contas, de o setor estar gerindo esse sistema. Gerava muito custo para o Estado e talvez eles tiraram devido por não tá podendo administrar esta situação. Agora com a centralização, com o recurso vindo deles, eles têm um poder maior de economia, de desperdício, e há mais de três anos que eles estão trabalhando assim. (GESTOR)

Outro relato importante, referente ao governo Tião Viana, diz respeito à falta de um projeto claro para a saúde estadual, destacada neste DSC dos trabalhadores:

O Tião vinha da visão legislativa, visão do gabinete, visão de Brasília, do Congresso. A visão dura do médico, visão hospitalocêntrica. O que prejudicou os maiores avanços do governo do Jorge (e do próprio Tião) foi ter a visão hospitalocêntrica da Saúde. Todos aqueles avanços que teve nos governos Jorge Viana até o governo Binho, esse governo atual não está conseguindo manter. Essa é a grande dificuldade: esse governo não se apropriou e não tem um projeto prá Saúde do Estado. Acredito que no Brasil há uma coisa de muitos programas, muita tentativa de ampliação, de levar essa saúde pública às pessoas, entretanto no Acre, ele quis dar um passo maior do que as pernas. Temos uma ampliação que não condiz com a realidade do SUS: hoje nós temos falta de seringa e gaze nos hospitais e ao mesmo tempo temos um Hospital do Câncer. (TRABALHADOR)

A sensação de uma piora no setor saúde, nos governos Tião Viana, também é relatada pelos usuários:

Piorou drasticamente. Porque eles têm feito um governo completamente politizado, do jeito errado. Têm feito as parcerias erradas. Infelizmente, a Saúde é tida como uma base do Partido dos Trabalhadores, como "*uma menina dos olhos*", só que eu não vi essa prática no governo do Acre: a Saúde ser assim, bem cuidada, ter sido prioridade. Não entrar como elemento de barganha como eu percebo que entrou e a gente não teve uma prática do que se teorizava antes de entrar no governo. (USUÁRIO)

O discurso dos gestores endossa as falas de usuários e trabalhadores:

A gente conseguiu implantar as coisas mais simples, avançar, diminuir algumas situações de saúde que eram gravíssimas, conseguimos reduzir a mortalidade infantil. Mas chegou um momento de gestão de saúde que a gente se atrapalhou. E não conseguiu avançar e a gente tá na situação que tá hoje: uma dicotomia, de repente a gente tá com alguns processos de alta e média complexidade de excelência e ações básicas de saúde precárias. A gente não consegue fazer coisas básicas de saúde pública, tanto é que todo ano a gente vive a questão de doenças que podem ser prevenidas com saneamento e todo ano, com a sazonalidade, a gente tem essas preocupações. Aquela coisa da organização dos municípios por uma Atenção Básica fortalecida para evitar a Média e Alta Complexidade, ela não funciona bem. Uma prova disso é que até hoje nós não temos as Redes de Saúde formadas. (GESTOR)

A permanência do Partido dos Trabalhadores no poder estadual do Acre por quase 20 anos, concorreu para um desgaste natural, mesmo com políticas públicas exitosas, sobretudo na área da Saúde. Este desgaste também está associado à rejeição sofrida pelo Partido dos Trabalhadores na opinião pública nacional, desde que começaram as investigações do chamado “Mensalão” e da “Operação Lava-Jato” e despertam um anseio por renovação, como ressaltado pelos trabalhadores:

Eu comparo o Poder com uma Roda Gigante: você tá embaixo, ela vai rodando, vai subindo e você chega lá no pico. Ou você se segura lá por um tempinho, ou por um tempo mais longo... O certo é que é por um tempo. Depois vai descendo. E parece que com o passar do tempo, vai se exaurindo a criatividade, quando você tá na mesma função. E isso, vai se unindo uma coisa à outra e vai tendo um desgaste e vai surgindo pessoas novas, com ideias novas, com movimentos novos. Nós estamos nesses momentos de movimentos novos. O movimento vai crescendo e agora não é mais novidade. Aquilo que a gente dizia que era novidade em 99 agora não é mais. Todo mundo cresceu um pouco, estão querendo outras coisas: cresceu o anseio. (TRABALHADOR)

A hegemonia da Frente Popular do Acre começa a ser questionada, permitindo surgir um sentimento de mudança que, inexoravelmente, deverá contribuir para fechar um ciclo de 20 anos de Poder:

A gente pode perceber muitas lideranças surgindo aí. E eu percebo, que enquanto o PT estava subindo, trabalhando, criaram lideranças, surgiram lideranças. E ficou muito tempo como líder maior desse processo. E hoje a gente percebe lideranças novas, que já vem com outras ideias, que vem superando as ideias e propostas do PT, para um governo bom, aceitável, agradável, para os moradores do Estado, da sociedade. (USUÁRIO)

Diante da situação, o eleitor também escolhe racionalmente. Uma parte importante da decisão a respeito do voto é prever como outros cidadãos votarão, através da estimativa das suas preferências. Na ausência de qualquer informação sobre o que os outros eleitores provavelmente farão o eleitor racional sempre vota no partido que prefere. Todavia, quanto menos chance de vencer ele sente que seu partido favorito tem, mais provável é que mude seu voto para um partido que tem uma boa chance.¹²

O eleitor, ainda, pode apoiar um partido que hoje não tem chances, acreditando que isso permitirá que o partido cresça e, um dia, torne-se um provável vencedor. Pode também apoiar um partido sem chances, funcionando como um aviso a algum outro partido para que mude sua plataforma se quiser seu apoio.¹²

São decisões racionais que fazem ao buscar melhores alternativas de escolhas à participação no presente governo.

Por sua vez, a melhor política daquele que ocupa o governo é seguir o princípio da maioria, ou seja, apoiando em todas as questões o que a maioria dos eleitores prefere, evitando a derrota. Contudo, isto é parcialmente verdadeiro, pois o partido de oposição, que também pensa estrategicamente, faz suas escolhas racionais e pode, algumas vezes, derrotar um governo que agrada a maioria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eleição, em 1998, da Frente Popular do Acre, hegemonizada pelo Partido dos Trabalhadores, representou uma ruptura com o sistema político local, que alternava partidos tradicionais no Poder.

Ao conquistar a confiança do eleitorado acriano, a FPA inaugurou, com a posse de Jorge Viana, um projeto de Poder de longo prazo. Nestes quase vinte anos comandando o executivo estadual, cinco mandatos em disputa foram vencidos por três representantes do Partido dos Trabalhadores.

A Saúde Pública, como todos os outros setores do governo estadual, foi profundamente impactada pelo modo de governar da FPA e, paralelamente ao avanço do Sistema Único de Saúde as decisões tomadas pelo governo estadual contribuíram para consolidar no Estado do Acre uma Saúde de melhor qualidade para a população. A melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos governos petistas do Acre tem o reconhecimento de grande parcela da população.

Os governos da Frente Popular, eleitos democraticamente, agiram racionalmente para maximizar o apoio político. Para a tomada de decisão, suas ações foram eficientemente planejadas para alcançar os fins econômicos e políticos previamente selecionados pelo governante de maneira consciente.

O governante, ao controlar o governo tem a última palavra sobre uma questão e pode impor decisões a outras organizações, procurando executar os atos que ganham a maior quantidade de voto, pois está em permanente disputa com os outros partidos políticos que estão fora do Poder. Para obter êxito no seu propósito, procura atender ao princípio da maioria, sempre escolhendo a alternativa que a maioria dos eleitores prefere. Portanto, no seu planejamento leva em consideração tanto as funções de utilidade dos eleitores, quanto as propostas feitas pela Oposição.

No governo Jorge Viana, a escolha recaiu sobre a valorização do povo acriano e dos povos da floresta, direcionando as ações de governo para a Florestania. Na área da saúde foi preciso reconstruir todo o setor, reestruturar a própria Secretaria Estadual e fazer investimentos na estrutura física, de equipamentos e em recursos humanos para reduzir as mazelas do setor. Houve uma valorização dos servidores ao implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações das diversas secretarias estaduais (incluindo a da Saúde), descentralizou as Ações Básicas de Saúde (iniciando pela Capital), e deu início ao processo de Regionalização, ao pactuar com os municípios o Plano Diretor de Regionalização.

No governo Binho Marques, o foco direcionou-se ao planejamento das ações de Saúde, qualificação dos servidores e, principalmente, a autonomia financeira das unidades de

saúde estaduais, com a gestão democrática dos recursos repassados através de um Conselho Gestor em cada unidade.

No governo Tião Viana, a revogação da lei da autonomia financeira e a descaracterização do papel do Conselho Gestor das unidades foram entendidos como um retrocesso do modelo de gestão implantado pelo governo anterior, revelando a contradição interna da Frente Popular nesses seus dois governos. Além disso, o governo mesmo realizando ações importantes na Saúde Pública do Acre, não deixou uma marca significativa que pudesse ser lembrada pelos entrevistados, a não ser este retrocesso da gestão democrática.

A reeleição de Tião Viana foi fruto de uma disputa acirrada, decidida pela primeira vez em segundo turno, e apontou para um desgaste do projeto político da FPA decorrente dos anos que se encontra no Poder, aliado ao desgaste que o Partido dos Trabalhadores sofreu, no cenário nacional, a partir dos escândalos do ‘Mensalão’ e da “Operação Lava Jato.”

A falta de um projeto inovador, a acomodação burocrática, a conformidade com o Poder, o descrédito de grande parcela da população e a escassez de novas lideranças dentro dos partidos políticos da coalizão poderão colocar em risco o projeto da Frente Popular e, desta maneira, contribuir para o encerramento do período de 20 anos do Partido dos Trabalhadores a frente do Poder no Estado do Acre.

REFERÊNCIAS

- 1 Fernandes MI. O PT no Acre: a construção de uma terceira via [dissertação de mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1999.
- 2 Brasil. Lei nº 4070, de 15 de junho de 1962. Eleva o Território do Acre à categoria de Estado e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 jun 1962. Seção 1. Parte 1.
- 3 Silva SS. Acre: uma visão temática de sua Geografia. Rio Branco: EDUFAC; 2008. A fronteira na formação política do Acre; p. 87.
- 4 Brasil. Ato Institucional nº 2, de 20 de novembro de 1965. Mantem a Constituição Federal de 1946, as Constituições Estaduais e respectivas Emendas, com as alterações introduzidas pelo Poder Constituinte originário da Revolução de 31.03.1964, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 out 1965. Seção 1. Parte 1.
- 5 Brasil. Ato Complementar nº 4, de 20 de novembro de 1965. Dispõe sobre a organização dos partidos políticos. Diário Oficial da União. 22 nov 1965. Seção 1. Parte 1.
- 6 Pedrosa M. Sobre o PT. São Paulo: Ched; 1980.

- 7 Silva SS. Acre: uma visão temática de sua Geografia. Rio Branco: EDUFAC; 2008. Produção do espaço agrário acreano; “o homem, a terra e a floresta”; p. 144-147.
- 8 Partido dos Trabalhadores. Manifesto de fundação. [documento na internet]. São Paulo; 1980 [acesso em 1 novembro 2016]. Disponível em <http://www.pt.org.br/wp-content/uploads/2014/04/manifestodefundacaopt.pdf>
- 9 Meneguello R. PT: A formação de um partido, 1979-1982. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
- 10 Secco L. História do PT 1978-2010. 3ª ed. Cotia: Ateliê Editorial; 2011.
- 11 Silva NE. Um governo na floresta: política, mito e história no Acre contemporâneo. São Paulo: Baraúna; 2010.
- 12 Downs, A. Uma teoria econômica da democracia. Trad. de SGT Vasconcelos. São Paulo: EDUSP; 1999.
- 13 Brasil. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016. [base de dados na internet]. Brasília: IBGE. [1 julho 2016] [acesso em 31 agosto 2016]. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf
- 14 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016-2019. Rio Branco; 2016.
- 15 Minayo. MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
- 16 Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Trad. de JE Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 17 Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Trad. de A Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- 18 Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2ª ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
- 19 Vieira MPA, Peixoto MRC, Khoury YMA. A pesquisa em História. 5ª ed. São Paulo: Ática; 2007.
- 20 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 jun 2013. Seção 1. pág 59.
- 21 Brasil. Tribunal Superior Eleitoral [base de dados na internet]. Brasília: TSE. [s.d.] [acesso em 1 novembro 2016]. Disponível em <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-anteriores>
- 22 Sant’Ana Júnior HA. Florestania: a saga acreana e os povos da floresta. Rio Branco: EDUFAC; 2004.
- 23 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2004-2007. Rio Branco; 2005.
- 24 Partido dos Trabalhadores. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo: os compromissos da Frente Brasil Popular com a saúde e a vida. [documento na internet]. São Paulo; 1994 [acesso em 3 maio 2016]. Disponível em <http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/oscompromissosdafrentebrasilpop.pdf>
- 25 Klein EP. História da Saúde Pública do Estado do Acre. Rio Branco: Fundação Elias Mansour; 2002.
- 26 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2004. Rio Branco; 2004.

- 27 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2005. Rio Branco; 2005.
- 28 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2006. Rio Branco; 2006.
- 29 Klein EP. Zioni F. Saúde pública no Território Federal do Acre e as relações intergovernamentais no Sistema Único de Saúde do Estado do Acre. Belém: Paka-Tatu; 2015.
- 30 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Termo de Pactuação CIB nº 22, de 07 de dezembro de 2000. Pactua a Descentralização das Ações Básicas de Saúde no município de Rio Branco.
- 31 Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2005;9: 489-506.
- 32 Rêgo JF, organizador. Acre 2000-2013. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2014. (Estudos Estados Brasileiros).
- 33 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Execução do Termo de Parceria celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE) e Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU). Rio Branco; 2008.
- 34 Matus C. O Plano como aposta. São Paulo em Perspectiva. 199; 5:28-42.
- 35 Matus C. Adeus, senhor presidente: governantes governados. Trad. de LFR Rego. São Paulo: FUNDAP; 1996.
- 36 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB nº 38, de 31 de julho de 2009. Pactua o desenho da Regionalização da Assistência do Estado do Acre.
- 37 Acre. Lei nº 1.910, de 31 de julho de 2007. Institui o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais.
- 38 Acre. Lei nº 1.912, de 31 de julho de 2007. Dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre.
- 39 Brasil. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação [homepage na internet]. Brasília [acesso em 03 novembro 2016]. Disponível em: <http://www.fnnde.gov.br/programas/dinheiro-direto-escola/dinheiro-direto-escola-apresentacao>.
- 40 Brasil. Lei nº 11947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 jun 2009. Seção 1. Parte 1.
- 41 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Gestão de Rede. Cartilha

Tecendo Cidadania: Conselho Gestor de Saúde. Rio Branco, AC; 2009.

- 42 Acre. Lei nº 1.923, de 24 de setembro de 2007. Altera e revoga dispositivo da Lei nº 1.912, de 31 de julho de 2007.
- 43 Acre. Lei nº 2.251, de 21 de dezembro de 2009. Altera e acresce dispositivos à Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre.
- 44 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2008-2011. Rio Branco; 2008.
- 45 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2008. Rio Branco; 2008.
- 46 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2010. Rio Branco; 2010.
- 47 Machiavelli N. O Príncipe. Tradução e Notas de H A R Monteiro. São Paulo: Clio Editora; 2009.
- 48 Acre. Lei nº 2.526, de 29 de dezembro de 2011. Altera a Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre.

5.3 ARTIGO 3: O CASO DO HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

RESUMO

Introdução – O caso do Hospital Regional do Juruá é permeado por inúmeras escolhas racionais que os governos petistas do Acre precisaram fazer, para superar as dificuldades de implantar um hospital de referência numa região geograficamente isolada. **Objetivo** – Analisar o gerenciamento terceirizado de um hospital público no Acre, no início do século XXI, e as implicações para o Sistema Único de Saúde. **Método** – Estudo de metodologia qualitativa, utilizou um estudo de caso, onde foram realizadas revisão de bibliografia, análise documental e coleta de dados empíricos. A população de referência foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental e de entrevista com roteiro. O conteúdo das entrevistas foi sistematizado com o auxílio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, triangulado com os dados oriundos da pesquisa documental e analisados com suporte referencial da Teoria da Escolha Racional. **Resultados** – A contradição inicial de um governo do Partido dos Trabalhadores utilizar o modelo de terceirização é explicada através das escolhas racionais feitas diante das alternativas colocadas para superar as dificuldades de funcionamento do hospital. O interesse pessoal em firmar parceria com uma organização originária da Igreja Católica pesou mais do que a realização de um estudo de economicidade que pudesse demonstrar a viabilidade da parceria. **Conclusões** – O modelo adotado foi naturalizado, acomodando os interesses das partes envolvidas e consolidando-se como permanente.

DESCRITORES: Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde; Teoria da Escolha Racional; Partido dos Trabalhadores; Terceiro Setor.

ABSTRACT

Introduction – The case of the Hospital Regional do Juruá is permeated by innumerable rational choices that the Petista governments have had to make to overcome the difficulties of setting up a reference hospital in a geographically isolated region. **Objective** – To analyze the outsourced management of a public hospital in Acre at the beginning of the 21st century and the implications for the Unified Health System. **Method** – Qualitative methodology study, used a case study, where they were carried out review of bibliography, documentary analysis and empirical data collection. The reference population was made up of SUS managers, workers and users. The data were obtained through documentary research and interview with

script. The content of the interviews was systematized with the help of the Collective Subject Discourse technique, triangulated with the data from the documentary research and analyzed with reference support of the Theory of Rational Choice. **Results** – The initial contradiction of a Partido dos Trabalhadores government to use the outsourcing model is explained through the rational choices made in the face of the alternatives placed to overcome the hospital's operational difficulties. The personal interest in partnering with an organization originally from the Catholic Church weighed more than the realization of a study of economicity that could demonstrate the viability of the partnership. **Conclusions** – The model adopted was naturalized, accommodating the interests of the parties involved and consolidating as permanent.

DESCRIPTORS: Qualitative Research; Unified Health System; Theory of Rational Choice; Workers Party; Third Sector.

INTRODUÇÃO

O Estado do Acre, situado na porção ocidental da Amazônia brasileira, possui uma extensão territorial de 164.221,36 km² e uma população 816.687 habitantes (densidade demográfica de 4,97 hab/km²), sendo subdividido administrativamente em 22 municípios.¹

De acordo com SILVA², o território acriano foi dividido, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1989, em duas mesorregiões geográficas, “obedecendo a critérios da dinâmica da produção capitalista introduzida no Estado a partir da década de 1970”: a mesorregião do Vale do Juruá (que compreende as microrregiões de Cruzeiro do Sul e de Tarauacá), com 52,1% da área total do estado; e a mesorregião do Vale do Acre (compreendendo as microrregiões de Sena Madureira, Rio Branco e Brasileia), representando 47,9% da área total do território acriano.

O primeiro desenho da Regionalização da Saúde no Estado do Acre se efetivou em 2003, quando a Secretaria de Estado da Saúde (SESACRE) pactuou com as secretarias municipais de saúde, o Plano Diretor de Regionalização (PDR)³, atendendo ao que estabelecia a Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 01 (editada pelo Ministério da Saúde em 2001 e repactuada com estados e municípios, em 2002), com a finalidade de ser o “instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.”^{4,5}

O desenho inicial da Regionalização se configurou com recorte intraestadual e foram estabelecidas para o Sistema Único de Saúde (SUS) local, duas Microrregiões da Assistência (Microrregião do Juruá e Microrregião do Acre-Purus) e onze Módulos Assistenciais.^{3,6}

A Microrregião de Assistência do Juruá englobava oito municípios: Cruzeiro do Sul, Feijó, Jordão, Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Rodrigues Alves e Tarauacá, equivalendo à Mesorregião do Vale do Juruá definida pelo IBGE.^{3,6}

A denominação se deve ao rio Juruá, afluente da margem direita do rio Solimões, que nasce no Peru e tem um percurso de aproximadamente 3.000 km, sendo de grande importância para a região e serve de hidrovia para diversas comunidades dos estados do Acre e do Amazonas. Em suas margens localizam-se importantes cidades, como Cruzeiro do Sul, no estado do Acre e Guajará, Ipixuna e Eirunepé, no estado do Amazonas^{7,8}

A cidade de Cruzeiro do Sul foi fundada em 1904 e tem uma população estimada em 82.075 mil habitantes, constituindo-se na segunda cidade mais populosa do Estado do Acre e destacando-se como o mais importante polo econômico regional do Vale do Juruá.¹

Para a implementação da Microrregião de Assistência do Juruá, havia a necessidade de organizar e colocar em funcionamento um hospital especializado que atuasse como referência regional para o vasto território do Vale do Juruá.

O Hospital Geral de Cruzeiro do Sul, construído no ano de 1962⁹, inicialmente, cumpriu este papel, porém não se mostrou suficiente, o que levou o Governo Jorge Viana (1999-2006) a retomar a obra de construção do Hospital Regional do Juruá (HRJ) paralisada há mais de 20 anos.

Com a conclusão da obra, o Governo do Estado do Acre “fundamentado na Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999 e Lei Estadual nº 1.428, de 02 de janeiro de 2002, firmou Termo de Parceria, datado de 25 de abril de 2007, com a Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU), qualificada como Organização Civil de Interesse Público (OSCIP), terceirizando os serviços de gerenciamento e administração do Hospital Regional do Juruá.”

10,11,12,13

O Hospital Regional do Juruá foi inaugurado em agosto de 2007. Possui natureza pública estadual, exerce atividades nos níveis de atenção secundária e terciária, oferece serviços em regime ambulatorial e hospitalar e constitui-se em unidade de referência da

Microrregião de Assistência do Juruá, atendendo demandas do município de Cruzeiro do Sul, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos hospitais e unidades mistas dos municípios que compõem a microrregião.¹⁰

Além do atendimento às demandas dos municípios que compõem a Região de Saúde, o HRJ também atende às demandas espontâneas dos municípios de Ipixuna e Guajará, do vizinho Estado do Amazonas. Em 2008, no seu primeiro ano de funcionamento, cobriu aproximadamente 0,19% de atendimentos/ano à população circunvizinha.¹⁰

Os serviços ambulatoriais oferecidos pelo HRJ são compostos por três grandes grupos: I) procedimentos clínicos, que contemplam os subgrupos de: a) consultas/atendimentos/acompanhamentos (atendimentos de urgência/emergência; atendimentos de enfermagem; e, consultas médicas e de outros profissionais de nível superior em atenção especializada); b) tratamentos clínicos (tratamento de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo); c) hemoterapia (medicina transfusional); II) procedimentos com finalidade diagnóstica: a) diagnóstico por laboratório (exames hematológicos e hemostasia, exames bioquímicos, exames de uroanálise, exames coprológicos, exames sorológicos e imunológicos, exames imunohematológicos e exames microbiológicos); b) diagnóstico por radiologia; c) diagnóstico por procedimentos especiais em hemoterapia; d) diagnóstico por ultrassonografia; e) diagnóstico em cardiologia; f) diagnóstico por endoscopia; g) diagnóstico por tomografia; h) coleta de material por meio de punção/biópsia; III) procedimentos cirúrgicos: a) pequenas cirurgias e cirurgias de pele e tecido subcutâneo mucoso; b) cirurgia do sistema osteomuscular; c) cirurgias das vias aéreas superiores, cabeça e pescoço; d) cirurgia reparadora; e) cirurgia do aparelho circulatório; f) cirurgia do aparelho digestivo e órgãos anexos à parede abdominal; g) cirurgia orofacial; h) cirurgia torácica; cirurgia do aparelho da visão; i) cirurgia do aparelho genitourinário; j) cirurgia da mama;¹⁰

As internações hospitalares, no primeiro ano de funcionamento, foram oriundas, em cerca de 80%, de usuários residentes no município de Cruzeiro do Sul e em 20%, de usuários referenciados de outros municípios.¹⁰

A terceirização da gestão do Hospital do Juruá ocorreu durante o governo da Frente Popular do Acre (FPA), liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que começou a governar o Estado do Acre em 1999. No último ano do primeiro mandato do governador Jorge Viana (2002) foi sancionada a Lei Estadual nº 1.428, que disciplinou as regras para a

qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), no âmbito do Estado do Acre e instituiu e disciplinou o Termo de Parceria como instrumento de contratualização.¹³

A Lei Estadual nº 1.428 basicamente reproduziu o conteúdo da lei federal das OSCIP¹². Contudo, algumas inovações foram feitas, como a exigência que as pessoas jurídicas que estivessem interessadas em se qualificar como OSCIP tivessem, em seus estatutos, normas que expressamente dispusessem sobre a finalidade não lucrativa e com a obrigatoriedade de investimentos dos seus excedentes financeiros no desenvolvimento de suas próprias atividades; ter um conselho de administração e uma diretoria, como órgãos de deliberação superior e de direção; permitir a participação de membros da comunidade no conselho de administração; permitir a participação de novos associados (no caso de associação civil) e a proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido.¹³

Entretanto, em 2009, com a edição a Lei nº 2.151 foi revogada a obrigatoriedade da composição um conselho de administração e da participação de membros da comunidade.¹⁴

ANDRADE¹⁵ esclarece que “a qualificação como OSCIP representa uma forma de fomento à participação privada nas áreas de interesse público e constitui-se em uma espécie de título ou certificado por meio do qual a entidade adquire o direito de auferir determinados benefícios.” Cita entre esses benefícios, a possibilidade de firmar termo de parceria com o Poder Público (e, por meio dele, receber recursos orçamentários públicos e bens públicos para desenvolver as atividades estipuladas), a possibilidade de optar pela remuneração dos seus dirigentes, a possibilidade de deduzir do imposto de renda as doações feitas por pessoas jurídicas tributadas pelo lucro real, e, a possibilidade de receber bens móveis considerados antieconômicos ou irrecuperáveis.

O instrumento firmado entre o poder público e as entidades qualificadas como OSCIP denomina-se “termo de parceria” e tem por finalidade “a formação de vínculo de cooperação entre as partes para o fomento e a execução das atividades de interesse público”^{12,13}, se constituindo num modo de contratualização e resultado, onde as partes celebram acordo visando à execução e um “programa de trabalho” proposto pela entidade privada e compatível com o seu objeto social.^{12,13}

Durante o governo Binho Marques (2007-2010) foi assinado o primeiro Termo de Parceria entre a SESACRE e a ANSSAU para o gerenciamento do Hospital Regional do Juruá, após aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde do Acre, em 24 de abril de 2007.^{10,11}

A ANSSAU foi fundada em 06 de dezembro de 2006, a partir de um grupo de pessoas ligadas à Igreja Católica, que ao discutirem “a situação em que se encontra a população pobre do nosso Estado e da necessidade de nos organizarmos enquanto cidadãos para contribuímos na proteção e defesa da vida, especialmente das pessoas doentes, excluídas, sem vez e sem voz”, aprovaram a criação da OSCIP, com a finalidade de “criar, animar, dirigir, assessorar instituições que visem a beneficiar a assistência social na área da saúde preventiva e curativa, a todas as pessoas que estejam em estado de necessidade e ainda a prestar assistência às crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiências.”¹⁶

No ano de 2009, o desenho da Regionalização da Saúde no Acre foi alterado e uma nova pactuação entre a SESACRE e os municípios foi firmada. As Regiões de Saúde passaram a ser três: a Região I – Região do Vale do Baixo Acre e Purus, englobando dez municípios e tendo como sede o município de Rio Branco; a Região II – Região do Vale do Alto Acre, com quatro municípios, com sede em Brasileia; e a Região III – Região do Vale do Juruá, com os oito municípios restantes e com sede em Cruzeiro do Sul. Esta nova configuração definiu também como Macrorregião de Saúde o território que compreende todos os 22 municípios do Estado do Acre.¹⁷

A segunda modificação no desenho da Regionalização da Saúde no Estado do Acre ocorreu no ano de 2012. A população do município de Jordão, que integrava a Região III (Região do Vale do Juruá) e que se constitui em um dos quatro municípios isolados do estado, discutiu e aprovou na sua 2ª Conferência Municipal de Saúde a proposta de passar a integrar a Região I – Região do Vale do Baixo Acre e Purus. A proposta foi levada para a VI Conferência Estadual de Saúde do Acre pelos delegados de Jordão, que justificaram a mudança pelo alto custo de operacionalização com o transporte aéreo quando os usuários necessitavam de atendimento especializado no Hospital Regional do Juruá, uma vez que o município não possui ligação rodoviária com os demais e nem possui linha regular de transporte aéreo para Cruzeiro do Sul, sede da Região de Saúde.

A proposta, após aprovação na Conferência Estadual de Saúde, foi efetivada com a pactuação da anexação na Comissão Intergestores Bipartite do Acre (CIB-AC), em 26 de

março de 2012 e a Região de Saúde do Baixo Acre e Purus passou a ser composta por onze municípios.¹⁸

Esta nova pactuação redefiniu a configuração da Região de Saúde do Vale do Juruá, que com a saída de Jordão, passou a ser constituída por sete municípios e ter uma população estimada em 217.343 habitantes, distribuídos em aproximadamente 80.091, 23 Km², equivalendo a 48,8 % do território acriano e representando uma densidade demográfica de, aproximadamente, 2,7 habitantes/Km².¹

A Região de Saúde do Vale do Juruá conta com 161 estabelecimentos de saúde, sendo 101 públicos municipais, 23 públicos estaduais, 18 privados municipais, 19 privados estaduais e nenhum filantrópico. A cidade de Cruzeiro do Sul concentra, aproximadamente, 53,5% do total destes estabelecimentos de saúde. Há na Região, uma central de regulação médica das urgências, um centro de atenção hemoterápica, doze unidades de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, quatro unidades mistas e sete hospitais, sendo seis hospitais gerais e um hospital especializado.¹⁹

Estão disponíveis para a população, 348 leitos hospitalares, sendo 337 do SUS (97%) e 11 privados não-SUS (3%). A maior oferta é de leitos clínicos (44,5%), seguidos dos leitos pediátricos (19%), obstétricos (17,3%), cirúrgicos (15,5%) e outros (3,7%).¹⁹

O objetivo deste artigo é analisar o gerenciamento terceirizado de um hospital público no Acre, no início do século XXI, e as implicações para o Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo de metodologia qualitativa que teve como cenário a Região de Saúde do Vale do Juruá, no estado do Acre e utilizou como abordagem o “estudo de caso”, o qual “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. (...) É encarado como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos”²⁰

O estudo de caso vem apresentando crescente utilização no âmbito das ciências sociais com diferentes propósitos, como: “explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; preservar o caráter unitário do objeto estudado; descrever a

situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; formular hipóteses ou desenvolver teorias; e explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos”²⁰

De acordo com os estudos de YIN²¹, “como método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (...) permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real”.

A capacidade de trabalhar com diversas evidências, como documentos, entrevistas, observações, artefatos etc. se constitui na força exclusiva do estudo de caso, notadamente quando uma questão “como” ou “por que” está sendo feita sobre um conjunto de eventos contemporâneos e quando se trata de algo que o investigador tem pouco ou nenhum controle.

21

YIN²¹ define que o “caso” pode ser algum evento ou entidade, além de um único indivíduo. Os estudos de caso têm sido realizados sobre decisões, programas, processo de implementação e mudança organizacional.

Nesta pesquisa foi adotada a definição de “caso único”, que a partir de uma teoria bem formulada, que especifique um conjunto claro de preposições e as circunstâncias em que estas são consideradas verdadeiras, preenche todas as condições e pode ser utilizado para representar o caso crítico no teste dessa teoria, permitindo confirmá-la, desafiá-la ou ampliá-la e, “determinar se as proposições da teoria são corretas ou se algum conjunto alternativo de explicações pode ser mais relevante.”¹⁹.

Foi definido como unidade-caso o Hospital Regional do Juruá, constituído por um único caso, pois se trata de uma situação singular no Estado do Acre, onde, dos dezesseis hospitais pertencentes à rede estadual de Saúde²², somente o HRJ encontra-se sob gerenciamento terceirizado para uma OSCIP.

A população de referência para a pesquisa foi constituída por gestores, trabalhadores e usuários do SUS, totalizando quarenta indivíduos. A técnica de “*snowball*”, “onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam

novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto” foi adotada, por utilizar cadeias de referência, que se configuram numa espécie de rede, o que permitiu coletar o máximo de informações sobre todos os membros desta rede.²³

O Campo foi conduzido pelo próprio pesquisador, através de pesquisa documental e entrevistas com roteiro (realizada com os participantes da pesquisa) e estendeu-se por todo o segundo semestre do ano de 2015 abrangendo participantes residentes nos municípios acrianos de Rio Branco, Cruzeiro do Sul, Porto Walter, Rodrigues Alves e Mâncio Lima.

Foram utilizados documentos conservados em arquivos de órgãos públicos (Secretaria Estadual de Saúde, Imprensa Oficial, Conselho de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite) e instituições privadas (Partido dos Trabalhadores, Fundação Perseu Abramo, Associação Nossa Senhora da Saúde), que ainda não haviam recebido um tratamento analítico, bem como documentos já previamente analisados, como os planos estaduais de saúde, relatórios anuais de gestão, relatórios de execução de atividades, relatórios de auditoria, tabelas estatísticas, etc.

A opção de se utilizar um roteiro de entrevistas surgiu da necessidade de se estabelecerem conversas guiadas (que seguiram a linha de investigação definida no protocolo do estudo) e que funcionassem como um norteador na condução das entrevistas, que pudessem aprofundar aspectos observados no campo e levantar novas informações.

Para o registro dos dados foi utilizada uma agenda para a anotação dos compromissos assumidos com os participantes da pesquisa e das visitas aos diversos setores; um Diário de Campo, onde o pesquisador fez os registros e pequenas anotações relacionados à ida ao Campo; o registro das entrevistas mediante gravação digital sucedida pelas etapas de audiência, transcrição, leitura e codificação; um arquivo de documentos, que conteve cópia física e/ou digital dos documentos levantados na Pesquisa Documental; e um fichário básico que armazenou os dados principais dos participantes da pesquisa, além do arquivamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado pelos participantes da pesquisa.

Precedendo-se à ida sistemática a campo foi realizado um pré-teste, com a finalidade de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados. O pré-teste foi aplicado em um grupo de oito indivíduos que não participaram da população de estudo.

Buscou-se uma sistematização inicial dos dados, organizando-os e selecionando-os, com o objetivo de refinar a análise. Posteriormente, foi utilizado o programa de software

QUALIQUANTISOFT, desenvolvido para realizar o “processamento de dados de natureza qualitativa, que estejam organizados em forma de discursos, depoimentos ou textos de qualquer natureza.”²⁴

Na pesquisa documental, a análise dos documentos adotou procedimentos que deram conta de desvendar o lugar social onde foram produzidos. Para VIEIRA et al.²⁵, a pesquisa documental “deverá se propor a recuperar as várias propostas em jogo e as razões da vitória de uma delas sobre as outras, o que significa trazer à tona também as causas perdidas. (...) isto é, recuperar a relação, o movimento, a contradição.”

Relatam ainda essas autoras, que o pesquisador, preocupado em recuperar a experiência dos agentes sociais, “vai procurar vestígios que a evidenciam. Essas evidências, sempre incompletas e imperfeitas, têm determinadas propriedades que o pesquisador deverá levar em conta, fazendo-lhes perguntas adequadas à experiência analisada e à experiência do analista”²⁵.

Para a sistematização dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se “constitui um novo método (...) para as pesquisas de opinião, representação social ou, mais genericamente, de atribuição social de sentido, que tenham como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal.”²⁴

O DSC como técnica consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais que após processados irão se conformar em depoimentos coletivos. O resultado da pesquisa foi composto, portanto, pelas diferentes opiniões sob a forma de DSC existentes entre a população pesquisada.²⁴

O estudo utilizou a triangulação das fontes de dados (triangulação dos dados), baseando-se na premissa de que o uso de múltiplas fontes permite abordar uma maior variação de aspectos históricos e comportamentais e que “qualquer achado ou conclusão do estudo de caso é, provavelmente, mais convincente e acurado se for baseado em diversas fontes diferentes de informação, seguindo um modo corroborativo.”²¹.

FLICK²⁶ esclarece que o termo “triangulação” “designa a combinação de diversos métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas para tratar de um fenômeno. (...) a triangulação de dados refere-se ao uso de diferentes fontes de dados”.

A análise utilizou como suporte referencial a Teoria da Escolha Racional (TER), a qual admite que as ações humanas só podem ser previstas (ou as relações entre elas) se formarem algum padrão. E ao conhecer os propósitos de quem toma decisão, podem-se prever quais passos serão dados para atingi-los. Portanto, a tomada de decisão é sempre racional, pois se calculando o caminho mais razoável para alcançar suas metas, presume-se, também, que este caminho será realmente o escolhido.²⁷

Para Downs²⁷, há um pressuposto de que todo governo democrático age racionalmente para maximizar o apoio político, pois sua meta é ser reeleito. Então, “ele aborda cada situação com um olho nos ganhos a ser obtidos, o outro olho nos custos, uma capacidade delicada de equilibrá-los e um forte desejo de ir aonde quer que a racionalidade o leve.”

O estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. Foi cadastrado na Plataforma Brasil, da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde obteve, através do Parecer Consubstanciado nº 980.389, a autorização para a sua realização.²⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a entrada em vigor da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), em 1990, o Ministério da Saúde, com o objetivo de implementar o Sistema Único de Saúde editou vários instrumentos normalizadores na forma de portarias, denominados de Normas Operacionais Básicas (NOB). Essas normas trataram de orientar estados e municípios na organização do SUS, definindo suas bases e princípios fundamentais.²⁹

Para SCATENA et al²⁹, “ao buscar cobrir todo o complexo universo do SUS, das condições de gestão ao financiamento, do modelo de atenção à programação e avaliação, das relações entre os sistemas locais de saúde ao custeio das várias ações previstas”, as normas tornaram-se extensas, complexas e abrangentes, configurando-se como “instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas para o setor saúde, transcendendo o seu papel regulador”.

Em seguida, já nos anos 2000, foram editadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que tiveram por finalidade ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, contribuindo para a organização da rede de média e alta complexidade.^{4,5}

A partir destas novas diretrizes do SUS, os estados brasileiros começaram a elaborar os seus Planos Diretores de Regionalização. No Acre, o primeiro PDR foi concluído e pactuado com os municípios, em 2003. Apresentava, inicialmente, duas Microrregiões de Saúde, sendo a Microrregião do Juruá a que abrangia a metade ocidental do Estado.³

Desde esse primeiro momento já se planejava a existência de um hospital de especialidades, situado na cidade de Cruzeiro do Sul para exercer a função de um hospital de referência regional. Em Cruzeiro do Sul havia um hospital geral, que na prática exercia esta função, mesmo com suas limitações. Contudo, a SESACRE avaliou, diante das diretrizes das NOAS, que o antigo hospital não tinha condições de atender tais exigências.

A saída encontrada pelo governo Jorge Viana (1999-2006) foi finalizar a obra inacabada de um grande hospital existente em Cruzeiro do Sul, iniciada na década de 1980 e que se encontrava abandonada:

Quando o Hospital do Juruá surgiu, surgiu dentro deste contexto: a população ansiosa por serviços de saúde, por ampliação dos serviços de saúde lá dentro. (...) Os políticos pegaram essa acepção da população e o governo da Frente Popular colocou isso de forma viável: construiu o hospital. No início não basta só construir o hospital, tem que deixar os recursos disponíveis: humanos, operacionais, estrutura de equipamentos, materiais e medicamentos, tecnológicos. E essa unidade foi inaugurada em dezembro de 2006 e a operacionalização por volta de maio, junho. Abrindo uma parte, que foi a internação, depois veio a emergência... Ele foi entregue com estrutura de unidade regional, quer dizer: unidade pronta prá atender especialidades médicas, além da unidade de emergência, leitos de internação, centro cirúrgico e a ideia de se constituir de fato uma regional de saúde. (GESTOR)

A decisão de retomar a obra inacabada e colocar o hospital em funcionamento fez parte de uma escolha racional do governante, que na sua estratégia de governo levou em consideração o Princípio da Maioria, onde sujeita cada decisão a uma votação hipotética e sempre escolhe a alternativa que a maioria dos eleitores prefere, pois o governo ao desejar maximizar o apoio político, executa ações que ganham a maior quantidade de votos através de

atos de financiamento que perdem a menor quantidade de votos, usando a regra tradicional baseada na utilidade social.²⁷

Para FORTES³⁰, o utilitarismo ao se preocupar com a maximização do bem-estar deve sempre levar em conta se as consequências, os resultados das ações, proporcionam o “*maior bem-estar para o maior número possível de pessoas*”, significando que, “quando são defrontadas duas ou mais opções, dever-se-ia pesar cada uma delas e escolher aquela que trouxesse mais benefícios e na qual fossem eliminados, evitados ou minimizados (...) tudo o que for considerado em oposição ao “*bem*”, à “*felicidade*” do maior número de pessoas envolvidas.”

Desta maneira, o planejamento para a Região de Saúde do Juruá não incluiu somente a construção do Hospital Regional do Juruá. Contemplou também a reestruturação do antigo hospital geral, para tornar-se, exclusivamente, uma unidade materno-infantil (o Hospital da Mulher e da Criança do Juruá)⁹; e a recuperação do Hospital de Dermatologia Sanitária, que, surgido como leprosário em 1956³¹, passou a ser uma unidade de Infectologia.

Ao desafio da retomada de uma obra inacabada por vários anos somou-se a necessidade de fixar profissionais de diversas especialidades numa região reconhecida pelo seu isolamento geográfico com a Capital do estado e distante dos polos econômicos do centro-sul do País.³²

SCHEFER³³, nos seus estudos sobre demografia médica relata que, em 2015, no Acre, existiam 881 médicos, o que representava 0,21% do total de médicos do Brasil. Nesse total, havia um equilíbrio entre generalistas (50,5%) e especialistas (49,5%). As especialidades que possuíam o maior número de profissionais eram: Pediatria (67), Clínica Médica (66), Ginecologia e Obstetrícia (60), Cirurgia Geral (54) e Anestesiologia (32). Contudo, observou também que, do total de médicos exercendo atividades no Acre, 78% estavam concentrados em Rio Branco.

As especialidades que os entrevistados relataram não possuir profissionais na Região do Juruá foram: a Neurocirurgia e a Pneumologia. Dos 2.875 neurocirurgiões do País, apenas 16 estão no Acre (0,5%) e dos 3.253 pneumologistas, apenas 3 (0,09%):

Nos primeiros quatro anos de funcionamento a gestão do hospital conseguiu colocar em prática aquilo que era o objetivo maior. Já nos últimos anos prá cá já tem a dificuldade da contratação de especialistas. (...) a gente sofre ainda com a falta de especialistas: falta de

neurocirurgião, falta de pneumologista, falta de profissionais especialistas. (USUÁRIO)

Além da dificuldade em levar especialistas para a Região do Juruá, outro problema para o funcionamento do hospital foi a contratação de pessoal de nível médio e elementar. Na época, não havia concurso público aberto pela SESACRE destinado ao provimento desses cargos e não haveria tempo hábil para realizá-lo no curto período entre a inauguração e o efetivo funcionamento do hospital.

Os trabalhadores relatam que o próprio governo estadual não tinha confiança nos servidores efetivos da SESACRE, lotados em Cruzeiro do Sul (e no restante da Região), que tivessem preparo técnico e confiança política para assumirem a gestão do hospital:

Eu acho que o governo do Estado do Acre acreditou muito pouco na capacidade dos seus profissionais de gerenciar o hospital. (...) Naquela época a gestão se ressentia de gerentes mais qualificados. Como até hoje se ressent: de uma forma geral nas unidades hospitalares do Estado, as gestões não são muito qualificadas. (...) Eu vejo pelo lado da incapacidade de se conseguir no mercado, em Cruzeiro do Sul, à época (e como foi assim uma coisa muito repentina, o funcionamento do hospital propriamente dito), teve as dificuldades de se conseguir alguém para gerir a unidade, lá de Cruzeiro do Sul; de recursos humanos para a direção do hospital. Eles preferiram fazer essa terceirização da gestão até que se organizasse e ficaria com a administração direta novamente. (TRABALHADOR)

A terceirização do gerenciamento do Hospital Regional do Juruá passou a ser uma escolha racional do governo do Acre, naquele momento.

Os motivos para a tomada desta decisão foram diversos: o governo não tinha estrutura necessária para gerir o hospital e colocá-lo em funcionamento em curto prazo; havia falta de profissionais e especialistas na região, além de uma dificuldade de fixar os profissionais na localidade (o salário pago pela SESACRE aos cargos do quadro efetivo do Estado não eram atrativos quando levado em conta o isolamento da Região); precisava atender às necessidades de regionalização definidas pelo SUS: estruturar a Região de Saúde e reduzir os custos do envio de usuários para tratamentos em Rio Branco e fora do Acre através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD); e, por fim, não confiava na competência dos servidores públicos do quadro da Administração Direta para gerir um hospital de tamanho porte.

A escolha racional segue um determinado padrão, onde aquele que toma a decisão sempre a tomará quando confrontado com uma gama de alternativas. Essas alternativas são classificadas em ordem de preferência, de tal modo que cada uma é ou preferida, indiferente, ou inferior a cada uma das outras, estabelecendo-se transitoriamente um *ranking* de preferência. E é sempre escolhida a alternativa que encabeça este ranking, tomando sempre a mesma decisão cada vez que é confrontado com as mesmas alternativas.²⁷

A onda de terceirização iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso, em meados da década de 1990, culminou com a edição da Lei das Organizações Sociais (OS) e a Lei das OSCIP.¹² O discurso da eficiência preconizado por uma administração gerencial do Setor Público^{34,35} tiveram enorme influência na tomada de decisão em repassar a administração do HRJ para uma OSCIP, confrontando com a defesa da recuperação do poder do Estado e da qualidade do serviço público feita pelo Partido dos Trabalhadores em seus documentos oficiais.³⁶

Primeiro, eu acredito que foi a onda, no Brasil inteiro, do terceiro setor administrar as unidades hospitalares. (...) eu acho que muito levado pela onda que acontecia no Brasil inteiro naquele momento. Porque é o discurso que foi posto na época da reforma do Estado brasileiro. E o discurso era esse: discurso da eficiência, da eficácia, que o Estado é gigante. E a política neoliberal é isso: é o enxugamento do Estado. Tem que enxugar a máquina pública, porque é ineficiente. Esse é o grande discurso que paira. Dentro do Estado do Acre, também, esse é o discurso que também acaba validando, homologando a contratação: é a ineficiência do serviço público. Porque ele controla melhor o privado, ele fiscaliza melhor o privado, por ele tá sujeito às normas de direito privado, não às normas do direito público, em tese ele garante mais agilidade, mais eficiência. Com isso, o resultado, a eficácia, a qualidade, seria ampliada e a população ganharia com isso. As leis do Terceiro Setor, que foram aprovadas no governo Fernando Henrique, da OS e da OSCIP, foram um movimento de adequar o Estado brasileiro. (...) A intenção do governador era dar uma atenção "diferenciada" aos usuários do SUS. Ele tinha essa ideia de melhorar a saúde no Vale do Juruá. Como a gente trabalhava o SUS num padrão como se fosse particular, o Santa Juliana. (GESTOR)

Feita a opção por terceirizar a administração do hospital, dois novos dilemas surgiram: a qual entidade terceirizar e qual modalidade de terceirização adotar. Algumas entidades de outros Estados se mostraram interessadas e foram conhecer o hospital. No Acre, ainda não havia nenhuma Organização Social (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que atuasse na área da Saúde. A única referência de gestão hospitalar não lucrativa era o Hospital Santa Juliana, de natureza filantrópica, mantido pelas Obras Sociais da Diocese de Rio Branco, e que já se encontrava conveniado ao SUS de forma complementar.²²

A participação política do senador Tião Viana, irmão do governador Jorge Viana foi fundamental neste processo. Tião Viana, médico infectologista havia sido funcionário do Hospital Santa Juliana e conhecia o trabalho administrativo das irmãs católicas e da sua equipe. O senador sempre exerceu forte influência nas decisões da Secretaria Estadual de Saúde, durante o governo do seu irmão.

DOWNS²⁷ ao discorrer sobre o Axioma do Interesse Pessoal pressupõe que todo agente age de acordo com a visão da natureza humana de que cada um tem consideração por sua própria segurança ou felicidade, do que pelas dos outros; e quando esses interesses entram em choque, sacrifica prontamente o interesse dos outros pelo seu próprio. Nesta perspectiva, se refere ao comportamento racional como dirigido principalmente a fins egoístas. Nesta lógica, as funções sociais são, em geral, os subprodutos da ação humana, e as ambições privadas, seus fins.

Com certeza, a formação católica dos irmãos Viana e o laço histórico entre a Igreja Católica e o Partido dos Trabalhadores pesaram na escolha racional para que as religiosas viessem a gerir o Hospital Regional do Juruá:

A ANSSAU, que é uma OSCIP, foi criada basicamente espelhando-se no Hospital Santa Juliana. Por decisão única e exclusivamente do então senador Tião Viana, que via na gestora administrativa do Santa Juliana uma referência de gestão hospitalar.. Foi aí que iniciou essa questão de entregar o gerenciamento do Hospital Regional do Juruá, para uma OSCIP, onde essa pessoa montou essa OSCIP, porque não havia experiência nenhuma antes, prá gerenciar lá. (TRABALHADOR)

A participação de grupos de religiosos na assistência à saúde remete à Idade Média. ROSEN³⁷ relata que “no Ocidente, os hospitais tiveram origem na Igreja, nas ordens monásticas, servindo o tratamento dos monges a seus companheiros de exemplo para os leigos” e que, “a partir do século XIII, o hospital medieval começou a sair das mãos de religiosos e ir para a jurisdição secular, em especial nas cidades. Isso não implica a completa substituição do clero, pois monges e freiras continuaram a cuidar dos enfermos; a responsabilidade, no entanto, passou ao município. (...) A municipalidade escolhia e pagava o médico do hospital, monges e freiras atendiam os pacientes”.

FOUCAULT³⁸ esclarece que “antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres (...). O personagem ideal do hospital (...) não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. (...) Quem aí detinha o poder era o

pessoal religioso, raramente leigo, destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital, a salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas. A partir do momento que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar”.

No Acre, o primeiro registro da presença de religiosos na administração de unidades de saúde ocorreu em 1923, quando o então governador territorial José Thomaz da Cunha Vasconcelos (1923-1926) abriu o hospital de Rio Branco e solicitou que as Irmãs Servas de Maria Reparadoras assumissem a sua administração. E em Cruzeiro do Sul foi criada a Sociedade de Assistência aos Lázaros, pelo padre Aluizio Engel, que recebia subvenções do governo do Território para a sua manutenção.³¹

O laço histórico entre a Igreja Católica e o Partido dos Trabalhadores vem dos movimentos da década de 1970 contra a ditadura militar e está na própria origem do PT. A Igreja Católica teve um papel essencial na organização dos movimentos populares urbanos, sobretudo através da orientação progressista de setores da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), fundamentados na “Teologia da Libertação”. Quando se iniciou o debate pela reformulação partidária, a orientação desses setores progressistas da Igreja foi na direção de criação e fortalecimento de partidos de oposição. O perfil popular que o PT configurou durante os debates da sua formação contribuiu para a aproximação do partido com a Igreja Católica.³⁹

No Acre, várias lideranças do Partido dos Trabalhadores surgiram da Igreja Católica.^{40,41} Em 1981, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) completaram 10 anos de atividades no Acre e a Igreja, no seu Plano Pastoral para o biênio 1981/82, elaborou um conjunto de orientações para as CEB, com grande densidade política, que se encaixaram nos princípios fundantes do Partido dos Trabalhadores, que se organizava no Estado. Para FERNANDES⁴¹, “a “caminhada” das comunidades de base, finalmente, descobria uma nova trilha para a sua ação política no campo partidário.”

<p>Um motivo político, que tem uma organização parceira, na fundação do meu partido; a influência da Igreja Católica dentro desse projeto da Frente Popular, na figura do PT, principalmente. (...) Dom Moacir Grechi, que era um visionário e um ser humano de uma alma imensa, aderiu à Teologia da Libertação, de Clodovis e Leonardo Boff, que defendiam que a Igreja não pode ficar somente na visão evangelizadora. Ela tem que se indignar com a injustiça social. Tem que se indignar e fazer parte das formações e revoluções que possam</p>

levar ao processo de melhoria prá classe pobre. Cristo se indignou com isso e cada cristão tem que se indignar. No Acre foi muito forte o processo das CEBs, Comunidades Eclesiais de Base, que eram padres revolucionários que faziam em cada comunidade eclesial uma célula de indignação. Contra a ditadura militar, contra a injustiça social, contra a carestia. Todo esse processo foi construído com as CEBs. E o grande orientador político e ideológico das CEBs foi D. Moacir. E D. Moacir, falam as boas línguas, foi um dos fundadores do PT no Acre. A maioria dos militantes fundadores do PT, Nilson Mourão, Chico Pereira, Lhé, Marina Silva, Granjeiro, todos eles vieram das CEBs. A Igreja Católica se confunde com a história do PT no Acre. Chico Mendes foi um grande líder seringueiro, ele não foi um ativista das CEBs, mas quando vinha para Rio Branco, ele era hospedado por D. Moacir. A Igreja Católica foi o grande artífice da criação e do crescimento político do PT no Acre. (...) Os gestores do PT atual, os governantes, são muito católicos e acreditam na gestão das irmãs. (TRABALHADOR)

Era preciso organizar uma entidade para gerir o HRJ em tão pouco tempo. Como o Estado do Acre já possuía uma lei específica que tratava da qualificação de OSCIP (pensada originalmente para atender às necessidades do setor extrativista, revitalizado com a proposta da Florestania)¹³ optou-se por estimular que as religiosas fundassem uma associação nos moldes de uma OSCIP, para que pudessem participar do concurso de projetos do Hospital Regional do Juruá.

Assim, em 06 de dezembro de 2006 foi realizada a assembleia de criação da Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU):

Foi o Jorge Viana que pediu, era no final do governo dele, ele pediu prá gente assumir. Numa conversa com a gente e com as nossas prioras... Então ele pediu e a gente aceitou. Então, junto com eles a gente montou a OSCIP. (...) Ela foi criada prá cá, ela não existia. Teve que criar prá poder funcionar. Foi tentado fazer uma OS, mas por causa do tempo, da documentação que exigia, o hospital ia começar a funcionar, já estava pronto e ele queria inaugurar em dezembro. (...) O hospital começou em 2007. Decidiram começar com a ANSSAU. Começaram a operar já, entrar em ação. (GESTOR)

Apesar de algumas entidades de outros estados se mostrarem interessadas, na fase do concurso de projetos, somente a ANSSAU participou e a dispensa de licitação foi utilizada, pois, além de uma única entidade qualificada a se apresentar para concorrer, as leis federal e estadual que regem a matéria criaram um método próprio para firmar parceria com o órgão estatal e, portanto, a celebração do Termo de Parceria não impõe prévio procedimento licitatório como instrumento de contratualização entre o ente público e o privado qualificado como OSCIP.^{12,13}

Outro argumento bastante utilizado e presente no discurso dos gestores era a questão de a terceirização envolver um custo mais baixo do que a Administração Direta:

A questão do custo. Sempre foi um argumento de que o valor que o poder público tem que investir prá operacionalizar, fica bem menor quando terceiriza um serviço dessa natureza. (GESTOR)

No entanto, não há registro de que tenha existido um estudo prévio de economicidade, para que se pudesse saber o real custo de gerenciamento do HRJ e, assim, poder compará-lo a outras unidades hospitalares do Acre. Isso aparece no DSC dos gestores:

Desconheço qualquer pesquisa, método ou levantamento de custo. Em termos de sistematização do custo, a gente não tem, até hoje, esse dado de forma precisa como saber quanto custa efetivamente uma internação, uma unidade de produção. Ainda carecemos de muita organização e de método para conseguir qualificar isso, e ter isso de forma muito bem calculada. (GESTOR)

Os trabalhadores rebatem esse discurso oficial de que o gerenciamento por meio de uma OSCIP seria mais barato para a Administração Pública:

E é um serviço que não é tão barato assim: é um serviço caro! E a gente paga para que uma organização privada consiga se consolidar mais ainda. (...) E que com o Estado isso não acontece. Fica uma saúde muito mais cara e acaba ficando uma saúde elitista. (TRABALHADOR)

No discurso dos usuários é possível identificar uma concordância e aprovação da cessão do gerenciamento do hospital público para uma organização da sociedade civil. As religiosas gozam de muito respeito e credibilidade junto à população:

A parceria da irmã com o Estado é porque a irmã já administrou outro hospital. Então, o governo viu a administração dela, viu que é uma coisa séria, bem rígida. Foi aí que ele fez esse convite e acredito que a irmã aceitou e hoje, a irmã está mostrando prá ele que o serviço dela é um serviço digno. (...). Uma unidade que seria administrada pelas irmãs, que são pessoas que entendem da área, pessoas organizadas. Eles confiaram no trabalho delas prá terceirizar esse serviço. (...) Antes do governo do estado passar a gerência do hospital prá ANSSAU, nós tínhamos o atendimento feito cem por cento de responsabilidade do governo, pública. Havia muita reclamação. Muitos problemas: descaso de funcionários para com os usuários do SUS. E hoje eu não vejo isso. Hoje o atendimento tá mais humanizado, as pessoas atendem melhor. Quem vai ali tem a resposta prá alguma coisa. No início do governo do PT nós tínhamos essa dificuldade: questão da humanização no atendimento. Em comparação com o tipo de atendimento público que havia antes, melhorou bastante!

(USUÁRIO)

Há uma percepção por parte dos usuários de que, ao terceirizar a gestão do hospital, o governo se exime da responsabilidade de administrar no dia a dia e de ter que responder a todo tempo pelas falhas que, porventura, ocorrem no gerenciamento da unidade:

<p>A vantagem foi retirar das suas costas uma responsabilidade que é imensa; cuidar da saúde pública, da administração da saúde pública, é muito complexo! Tanto de pessoal, de material, a logística. O governo acredita que tenha tirado o problema "<i>de cima das costas</i>", passando para uma entidade. Talvez tenha tirado. É que parece que você tira uma responsabilidade de ser cobrado. Você tá transferindo ali uma responsabilidade, apesar de que tem que dar todo o apoio financeiro. A população nem tece críticas ao governo, parecendo que o governo não tem nada a ver e quem tá pagando é a população, na verdade. É tirar o foco da mídia de cima do governo. Quando o hospital tá na mídia, nunca o governo leva a culpa; sempre é a entidade que administra aquele hospital, mesmo tendo em vista que nem sempre os recursos chegam adequadamente na instituição. Tirou a responsabilidade nas questões judiciais, responsabilidades de procedimentos, de atuação dentro, né? Quando ele coloca para aquela ONG que está hoje administrando, tocando o serviço, cabe a ela responder por aquilo. (USUÁRIOS)</p>

Esta percepção é distorcida, pois o que ocorre entre o órgão público e a OSCIP é uma parceria para a gestão de uma unidade pública, mediada por um Termo de Parceria, que prevê metas a alcançar e responsabilidades a cumprir pelas partes signatárias.

A própria legislação estabelece que a “execução do objeto do Termo de Parceria será acompanhada e fiscalizada por órgão do Poder Público da área de atuação correspondente à atividade fomentada, e pelos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, em cada nível de governo.”^{12,13}

Tal situação não pode ser confundida com um processo de privatização, onde o Poder Público repassa a entidade pública para a esfera privada, cessando os direitos e as responsabilidades sobre a mesma. A privatização força o governo a empregar uma estratégia de desenvolvimento mais voltada para o mercado, onde ativos e passivos públicos são transferidos para o setor privado, encorajando o seu desenvolvimento e a capitalização do mercado financeiro.⁴²

Os gestores entendem que a celebração do termo não representa um repasse da gestão do hospital para a OSCIP, como num caso de privatização, mas, ao contrário, trata-se de uma parceria, onde ambas as partes colaboram mutuamente para alcançarem os objetivos e,

portanto, não cessa a responsabilidade do Órgão Público parceiro, que tem a obrigação de fiscalizar o cumprimento da execução do Termo de Parceria:

É uma gestão que depende muito da presença do Poder Público. Não é uma gestão que você simplesmente entrega e diz: faça e não pactua. Então há um pacto, não só de atingimento de metas, mas de repasse de recursos. E esse pacto prevê, previa na época, o acompanhamento da aplicação dos recursos e das metas. Assim é que eram feitos os planos de trabalho: o atingimento dessas metas e o repasse de recursos. O Poder Público não repassa e só repassa e a pessoa faz o que quer. A ANSSAU não faz o que ela quer e o que bem entende. Ela cumpre um determinado plano de trabalho, com a necessidade e a obrigação de fiscalização pelo Poder Público. Claro que a ANSSAU também depende do Governo prá isso. Depende de recursos, mas eu acredito que no dia-a-dia a ANSSAU tem cumprido o seu papel, tem trabalhado de forma exígue, procurando atender a necessidade de quem procura aqui o Hospital do Juruá. Tudo é feito no Plano de Trabalho. Toda negociação é feita junto, em parceria. É tanto que é um Termo de Parceria. Eles não "passaram" a administração. É um Termo de Parceria. Trabalhamos juntos. A gente tem autonomia, prá cuidar, prá tomar decisões, contratações. Porém, decisões que dependem de recursos, alguma outra decisão é tomada junto com a Secretaria. E tem dado certo, tem muito diálogo. (GESTOR)

Os trabalhadores ressaltam que a grande vantagem da terceirização, para o governo, foi se desobrigar das relações trabalhistas com os servidores do hospital. E sentem nisso uma desvalorização da sua mão-de-obra, um enfraquecimento das suas lutas sindicais e uma fragilidade nos seus direitos trabalhistas.

Observam também, que o próprio servidor que mantém duplicidade de vínculo (com o serviço diretamente administrado pela SESACRE e com a OSCIP) tem comportamento e conduta diferentes dependendo do vínculo e do ambiente de trabalho nos quais se encontra inserido:

Embora tenham alguns servidores do estado trabalhando dentro do hospital, a maioria deles é contratada pela própria OSCIP. E aí, então, o governo meio que se esquiva um pouco da parte de recursos humanos. Porque se o funcionário entrar através de concurso ele possui uma certa regalia, quando não cumpre alguma coisa; sabe que não é assim prá demitir. Celetista, não. Celetista, se você tem uma justa causa "tu" vai ali e demite; já funcionários públicos, através de concurso, tem aquela "estabilidade", né? (...) Os servidores dizem o seguinte: que eles não sabem porquê, o mesmo servidor que trabalha numa instituição pública é o mesmo servidor que trabalha lá e lá ele trabalha mais direitinho do que aqui, sendo a mesma pessoa. Ele ser uma coisa no órgão público e lá ser outra. Eu acho que é a "visão" do servidor. Você vê como é o vínculo do servidor público e o celetista. Como ele se comporta. Que na verdade não tinha que ter distinção, mas existe distinção. Mas para o funcionário de lá também é muito ruim, porque ele não tem estabilidade. Acontece alguma coisa ele pode ir prá rua. (...) Essa parte da formação dos servidores, essa parte das condições de trabalho, elas ficam a desejar, quando é o privado. Com um trabalho "*mais escravo*", no sentido de que as relações de trabalho são outras, são mais duras. São mais

duras, tanto no trato com o usuário, quanto no trato com o profissional/trabalhador. Acabamos de perder a oportunidade de ter quadros qualificados, de fixar trabalhadores nos locais onde nós precisamos. A desvantagens que eu vejo é: a questão da disparidade de tratamento de pessoal, até de remuneração. Têm profissionais que são por contrato. Tem situações que são por empresa. Isso causa uma disparidade entre a remuneração praticada. (TRABALHADOR)

Para os gestores, a grande vantagem de o Estado estabelecer um processo de terceirização para o gerenciamento da unidade hospitalar deveu-se à possibilidade de realizar a administração da unidade sem os entraves colocados pela Administração Direta do Estado, ressaltando a agilidade, a flexibilidade, a eficiência, a eficácia e a efetividade e reforçando o discurso oficial de apoio à administração gerencial:

Porque prá eles facilita mais. Porque a Saúde é um órgão muito grande e assim agente aqui tem mais domínio (...). Fica muito mais fácil administrar, tirando aí os entraves da administração pública. Eles tiram o tempo para administrar outras áreas que é necessário para que o Estado venha a funcionar perfeitamente. (...) Por ela ser uma entidade filantrópica já tem algumas burocracias, que delas já é bem menos. O ponto forte é ter essa autonomia prá comprar o medicamento, prá contratar uma pessoa que esteja faltando; não depender da burocracia, que às vezes o sistema público depende. Nós temos uma Lei de Responsabilidade Fiscal que nos engessa; a gente tem a limitação que a gente não pode pagar salários diferenciados, porque tem um padrão na Administração Direta. Já uma OSCIP ela tem essa facilidade: de poder contratar com salários diferenciados e garantir a fixação deste profissional no interior. Foi o que aconteceu com a ANSSAU. (...) Para o Estado isso é bom e para a população é melhor ainda, porque ela vem sendo assistida com satisfação. A vantagem é de ter colocado prá funcionar, de ser uma alternativa viável ao funcionamento da unidade. (...) A Administração Direta ainda tem algumas dificuldades. A gente tem ainda muitas amarras. Mas sempre a alternativa de fazer ou uma possibilidade de fazer com que esse movimento de gestão seja: ágil, eficiente, eficaz no seu formato, traga benefícios, economize recursos. (...) Então tem que tá sempre tudo em dias. É mais fácil do que no serviço público você se desfazer do profissional ou cancelar um contrato... O serviço público fica a mercê da legislação e aí você precisa fazer todo um rito para poder demitir um profissional, processo administrativo, demanda tempo, desgaste de parte a parte e prejuízo pro serviço, obviamente. Ao passo que você terceirizando você tem isso muito rápido sendo processado. (GESTOR)

Todavia, os gestores não enxergam o modelo de terceirização através da OSCIP, como sendo um modelo definitivo e sim, como um modelo provisório, de caráter experimental no Estado do Acre, o que futuramente poderia ser superado por uma Administração Direta de excelência:

É muito provável que hoje, com a possibilidade que a gente tem, esse modelo possa ser revisto. E aí construindo uma possibilidade de transição dessa administração via OSCIP com a Administração Direta do Estado. (...). Neste sentido a gente tem a possibilidade de ter para o futuro a administração direta naquela unidade. Não sei se isso é possível ainda agora, por essa dificuldade de ter os especialistas, principalmente na área de Medicina, oferecendo o seu trabalho nessa unidade de saúde. (GESTOR)

Ressaltam uma grande vantagem de operacionalizar a gestão de um hospital mediante a terceirização para uma OSCIP, quando comparada com a situação de administrar um hospital diretamente pela SESACRE. Para eles, se os investimentos em infraestrutura, pessoal e financiamento fossem feitos de igual forma no hospital público com gerenciamento direto, chegar-se-ia aos mesmos resultados e desempenho obtidos pelo hospital terceirizado.

No seu entendimento, o Poder Público dota o hospital terceirizado com recursos administrativos extraordinários e não concede um tratamento isonômico aos hospitais que são administrados diretamente pela SESACRE:

A assistência está sendo prestada. Quando foi feito esse repasse para uma organização privada, da gerência do Hospital do Juruá, houve uma melhoria no atendimento. No passado a gente tinha muitas reclamações em relação ao antigo hospital de Cruzeiro do Sul. (...) Com a estrutura que foi montada no Hospital do Juruá, com algumas especialidades que vieram. Isso foi notado que melhorou. (...) Você estabelece um orçamento fixo para aquela unidade e trabalha dentro daquilo que foi orçado, dentro daquela programação, com metas a serem atingidas. Atrelar a meta ao repasse do recurso que a unidade faz jus. (...) Se esta estrutura tivesse sido feita no nosso Hospital Geral de Cruzeiro do Sul, teria prestado o mesmo serviço. (...) Por essa questão, eu acho que o serviço deve permanecer com o serviço público mesmo. Se der a mesma estrutura para o público, funciona do mesmo jeito do privado. E às vezes a gente vê muitos órgãos que são do governo sendo administrados pelo próprio governo, que não têm um bom atendimento. (...) Nós não conseguimos desenvolver competência no SUS com isso e assumimos a completa incompetência da gestão pública de cuidar do que é patrimônio seu e de desenvolver assistência para a população que é de sua responsabilidade direta. (GESTOR)

Relatam que no período do governo Binho Marques (2007-2010), as unidades hospitalares do Estado tiveram os recursos financeiros para a sua manutenção descentralizados e realizavam a gestão local, através de um Conselho Gestor (responsável por elaborar e implementar instrumentos de planejamento e de gestão da unidade hospitalar, além de realizar compras de forma descentralizada de acordo com as necessidades do hospital).

Esta inovação na gestão dos hospitais públicos do Acre se amparou na edição, em 2007, de duas leis (de gestão democrática e de autonomia financeira)^{43,44} que vigoraram até

2011, quando o governo Tião Viana (2011-2018), também da Frente Popular do Acre, revogou vários dispositivos e desconfigurou completamente o seu propósito⁴⁵. Esta situação foi compreendida pela maioria dos entrevistados como sendo um grande retrocesso na gestão pública dos hospitais no Acre:

Uma das coisas que eu achei interessante foi a descentralização de recursos para as unidades. A Lei de Gestão Democrática no governo Binho: a Lei 1912 e a Lei 1910, de autonomia financeira e gestão democrática nas unidades de saúde. Eu considero que isso foi até um passo importante. Mas isso depois regrediu, que foi a retirada. Hoje, prá você ter ideia, uma unidade de saúde do Estado, um hospital, tem que pedir uma lâmpada lá de Rio Branco, lá do secretário. Isso foi um passo atrás. Muitas das pessoas que tinham conhecimento disso acham que foi negativo. Hoje não mais existe, porque o governador Tião Viana não quis mais politicamente. (TRABALHADOR)

Alguns problemas referentes à gestão do HRJ feita pela ANSSAU foram destacados por todos os segmentos entrevistados: uma frágil relação com as demais unidades da rede de saúde da Região do Juruá; a falta de regulação da assistência; a gestão realizada na lógica de funcionamento da iniciativa privada; e, a precária fiscalização e controle dos serviços contratualizados por parte da Secretaria de Estado da Saúde.

Ao tomar a administração do hospital filantrópico Santa Juliana, em Rio Branco, como modelo de eficiência, a organização social passou a reproduzi-lo no gerenciamento do HRJ, inclusive recrutando alguns funcionários que trabalharam naquela outra unidade. Esta transposição de modelo gerencial para um hospital público trouxe contradições entre a visão privada de administrar e os fundamentos do Sistema Único de Saúde.

Uma dessas contradições reside no fato de que o HRJ, além de público, foi criado para funcionar como referência para as ações de Média e Alta Complexidade da Região do Juruá, devendo, portanto, interagir com as demais unidades do sistema, tanto da Atenção Básica (a cargo dos municípios), quanto dos hospitais estaduais de menor porte existentes na Região. Este diálogo era mínimo ou sequer existente, o que se constituiu numa reclamação, principalmente, por parte dos gestores das demais unidades da rede:

No início, quando foi aberto o hospital, nós tínhamos muita dificuldade. Dificuldade de gestão, dificuldade de ter um acesso. Tanto os usuários de outras unidades terem acesso à unidade. Era como se fosse uma unidade particular. (...) como se fosse um hospital à parte, não um hospital público. Inclusive interagir na própria gestão, por mais que a gente tivesse livre acesso ao diálogo, mas havia uma certa distância. (...) Se você for observar aqui na nossa Regional, esse hospital se comporta totalmente alheio às discussões de organização de

rede, dos debates do SUS mesmo aqui na Regional, com secretários, até mesmo com a estrutura de governo do Estado. A direção do Hospital do Juruá, eles nem conhecem os secretários municipais dos municípios dessa Regional. Talvez só o de Cruzeiro, porque é muito próximo. (...) Tecnicamente ele é referência dos municípios da Região. Mas como ele é à parte do sistema de saúde estatal, ele trabalha sozinho, na lógica privada. Na lógica do Santa Juliana. (GESTOR)

Nem mesmo os técnicos e dirigentes do escritório de representação da SESACRE no Vale do Juruá tinham um diálogo e parceria adequados e permanentes com os gestores do hospital:

Nem com a Regional do Juruá, que é responsável pelas unidades daqui da nossa Região. Eles têm dificuldade de reunir com eles. A gestão precisa ser mais parceira, no sentido de estar mais junto com as ações do Estado. É como se eles fossem um setor a parte, entende? Acho que eles deveriam estar mais vinculados com as ações da Secretaria de Estado de Saúde. Embora exista a parceria, uma coisa mais direta, por inteiro, com a rede. Essa gestão é uma gestão que ela não tem ligação com a organização do SUS. (TRABALHADOR)

O decreto presidencial 7.508/11, ao regulamentar a lei 8.080/90, define Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”, devendo conter minimamente ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e vigilância em saúde, servindo, inclusive de referência para a transferência de recursos entre os entes federativos.⁴⁶

A Região de Saúde expressa o princípio constitucional da Regionalização da Saúde, que é a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde. Tendo como objetivos a garantia do acesso, da resolutividade da qualidade das ações e serviços de saúde; a garantia da integralidade na atenção à saúde; a potencialização da descentralização do sistema de saúde, fortalecendo o papel dos estados e municípios; e, racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos. Para o alcance destes objetivos, a Regionalização orienta-se pelos pressupostos da territorialização, da flexibilidade, da cooperação, da cogestão, do financiamento solidário, da subsidiariedade, e da participação e controle social.⁴⁷

Para SANTOS⁴⁸, a Região de Saúde, por sua vez, sozinha não basta, pois é recorte territorial, administrativo-sanitário que permite integrar o que a descentralização supostamente teria fracionado. Para a autora, deve haver na região, definindo para a população, “um espaço sanitário de serviços constituído pelas redes de atenção à saúde, dotadas de inteligência sanitária que permita o itinerário terapêutico de modo suficiente e adequado às necessidades de saúde da pessoa.”

A identificação das tensões e potencialidades da Região de Saúde é necessária para a superação da dicotomia existente entre centralização e descentralização, além de ser fundamental para construir mecanismos de cooperação e de coordenação entre o estado e os municípios que compõem a Região de Saúde do Juruá, contribuindo para o fortalecimento da diretriz da Regionalização e, em última instância, garantir o direito à saúde para a população regional.⁴⁹

Nesta perspectiva, é mister que o Hospital Regional do Juruá, como um importante elo da rede pública de saúde, responsável pelo suporte regional da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, tenha um gerenciamento que compreenda e assuma este papel e se aproxime cada vez mais dos demais pontos da rede.

A direção do escritório regional da SESACRE no Juruá tem buscado, neste sentido, uma maior aproximação e promovido reuniões de trabalho entre as secretarias municipais de Saúde da Região do Juruá e a equipe de direção do hospital. Esta aproximação é necessária e deve ser feita a fim de recolocar o HRJ na rede SUS e fortalecer o processo de Regionalização, que, do contrário, poderá ser colocado em risco, caso não seja compreendida e assimilada a importância da função de referência regional, por parte da direção do hospital:

Esse ano mesmo, a gente já sentou várias vezes. Inclusive eles já estão com uma discussão direta com a gente. Eles já estão fazendo reuniões com a Secretaria Municipal, que antes não era viável. A gente não conseguia reunir com eles. Pode ser administrado por uma instituição civil, agora, eles também têm as regulamentações como toda e qualquer outra unidade hospitalar, então, a gente tem portaria, a gente tem tudo que é regulamentado pelo Ministério, que tanto eles como qualquer unidade têm que se fazer cumprir. Hoje temos mais discussão com eles, estão vindo, ligam pra gente. Eles chamaram para que a gente pudesse conversar sobre o convênio, que a gente pudesse olhar os convênios, o Termo de Parceria entre a SESACRE e eles. Eles estão mais abertos ao diálogo, mais abertos à aceitação. Eles são gerenciados, mas eles são órgão público. E hoje, eles já entenderam isso. Eles já começaram a entender que tem as portarias, que precisam se integrar. Até porque eles fazem parte de uma rede de atenção à saúde, e por ser um hospital de referência, então, claro, que ele vai fazer parte de tudo: da discussão da atenção básica; que a gente tem que melhorar outras unidades hospitalares; que a gente tem que colocar mais especialistas lá.

(TRABALHADOR)

A falta de Regulação do Acesso à Assistência se constitui num problema ainda maior: na sua ausência, o hospital funciona com o antigo modelo de agendamento de fichas para o ambulatório de especialidades. Numa determinada semana do mês, os usuários que necessitam da especialidade devem se dirigir à recepção do hospital para fazer o agendamento das consultas.

Os usuários dos municípios vizinhos deslocam-se por conta própria para o hospital na semana determinada para o agendamento. Assim, percebe-se que o Sistema Único de Saúde nesta Região não se responsabiliza pela continuidade do tratamento do usuário, por não observar os princípios fundamentais da integralidade e da equidade do acesso às ações e serviços de saúde:

O nosso hospital aqui não tem esse acesso com o Hospital do Juruá, prá regular paciente, prá encaminhar, essas coisas... A prática é outra: não tem acesso, não tem ligação, não tem uma boa relação de agendamentos, de consultas, de exames. Nada disso! Quando o encaminhamento parte da Atenção Básica, tem que ser agendado. Nós já tentamos fazer não só na CIR, na CIB já foram levantadas essas discussões. Agora na CIR nós estamos batendo forte nisso, inclusive a coordenação regional tem sinalizado positivamente neste sentido. (GESTOR).

A Regulação do Acesso à Assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e deve ser efetivada “pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”, devendo contemplar: “a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e, o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.”⁵⁰

A organização e operacionalização de um complexo regulador regional, que atenda às demandas dos usuários para a média e alta complexidade é de competência das secretarias estaduais de saúde.⁵⁰

Entretanto, no Juruá, só existe regulação para os serviços de urgência e emergência e de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). As consultas ambulatoriais de especialidades ficam fora da Regulação, aumentando a exclusão e a peregrinação do usuário por uma consulta com especialistas:

Hoje a gente não tem uma coisa clara sobre como os municípios acessam o serviço ali. É quem chega primeiro. Eles se organizam do jeito deles, totalmente alheios ao que preconiza o SUS. Não tem regulação. A gente não tem organização de rede, prá saber que o nosso paciente vai prá lá e que vai ser atendido, acesso prá marcar um ambulatório, ou mesmo outro procedimento. Não tem. Tem que disputar vaga, do jeito que eles abrem lá, da organização deles e isso não é discutido. Nós não temos acesso. E isso não é vantajoso. Você tem um serviço lá que a dificuldade de ter uma regulação e dar continuidade no seu tratamento é grande! Nos casos mais graves, que tem risco prá vida do paciente é solicitado o TFD. Aqueles casos mais simples, que podem esperar um dia, dois, ou três prá serem resolvidos, vão por conta própria. Ele não sai daqui marcado. A gente só dá um encaminhamento para aquele procedimento. O médico faz o encaminhamento daquele paciente que precisa ser transferido para o Hospital do Juruá e aí ele só dá entrada lá. Vai direto prá lá. Quando é urgência, via TFD. O Estado envia a aeronave e aí nós transferimos esse paciente para o Hospital do Juruá e ele é lá atendido. Quando o caso dele não pode ser resolvido no Juruá, eles transferem prá Rio Branco. Acionando o TFD. O TFD vem e leva para o Hospital do Juruá. O paciente de ambulatório aí já é mais difícil a situação. Não é via TFD. Ele apenas pega o encaminhamento da unidade e leva prá Cruzeiro do Sul. E muitas vezes ele demora. Ele passa uma semana, porque ele vai "tentar" marcar todos os exames no Hospital do Juruá. E isso não é tão simples. (GESTOR)

A relação da organização da sociedade civil com o ente estatal é mediada pelo Termo de Parceria, instrumento jurídico instituído pela lei das OSCIP “destinado á formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público.” As atividades de interesse público são definidas pela própria lei e dentre elas destacam-se: a promoção da assistência social, a promoção gratuita da educação, a promoção da segurança alimentar e nutricional, promoção gratuita da saúde e promoção do voluntariado.

12,13

No Termo de Parceria são discriminados os direitos, as responsabilidades e as obrigações das partes signatárias e a sua celebração deve ser precedida de consulta ao Conselho de Saúde da esfera governamental correspondente. No caso do Hospital Regional do Juruá, esta consulta deve ser feita ao Conselho Estadual de Saúde do Acre.^{12, 13}

A execução do objeto do Termo de Parceria deve ser acompanhada e fiscalizada pela SESACRE, que é o órgão do poder Público da área de atuação correspondente à atividade

fomentada, e pelo Conselho Estadual de Saúde. Ambos deverão analisar o relatório conclusivo sobre a avaliação dos resultados atingidos que deve ser previamente elaborado por uma Comissão de Avaliação composta de comum acordo entre a SESACRE e a ANSSAU.
12,13

Os trabalhadores compreendem o papel da Comissão de Avaliação e opinam que sua atuação deveria ocorrer mais amiúde, como um verdadeiro monitoramento. Entendem que o poder público deveria ser mais zeloso no tocante à fiscalização da execução do Termo de Parceria:

A Comissão tem o papel, segundo o disciplinamento legal de acompanhar o cumprimento das metas do plano de trabalho que foi pactuado. E assumir toda a responsabilidade que lhe é pertinente: detectada qualquer situação, o gestor tem que ser notificado imediatamente; e os órgãos de controle também. Essa Comissão avalia anualmente, faz um relatório gerencial de cumprimento de metas (...) Deveria haver uma prestação de contas e uma análise da prestação de contas mensal porque a Associação manda mensalmente. Isso é importante porque você tem condições de analisar o quanto você tá avançando, quais são os impedimentos, se estão sendo utilizados os recursos adequadamente, se está respondendo adequadamente à demanda. (...) Aquilo que não está sendo atingido é sempre ajustado e tem a justificativa também por que não. (...) Realmente, somos nós que temos que estar ali perto. Quando você entrega para outro aquilo que é de "tua" responsabilidade, você tem que ter o cuidado dobrado, né? Agora, a gente vem insistindo para que esses contratos tenham um maior monitoramento. Eu acho que falta mais fiscalização, mais controle, mais avaliação das ações. O Estado nunca pode ser omissor nesse sentido, quando se trata de terceirização. Tem que exercer isso de forma efetiva. (TRABALHADOR)

Tanto os gestores, quanto os trabalhadores concordam que as metas físicas propostas no Plano de Trabalho em cada Termo de Parceria estão sendo alcançadas. As análises dos relatórios de execução dos Termos de Parceria e dos relatórios da Auditoria Externa também permitem observar isto:

Dentro daquilo que é necessário que a legislação trás, a prestação de contas da ANSSAU, que faz o gerenciamento do Hospital do Juruá, tem sido aprovada pelo Tribunal de Contas do Estado, como também pelo Tribunal de Contas da União, que envolve tanto recursos federais, como recursos próprios. Do ponto de vista da legalidade, está dentro da normalidade. Do ponto de vista do aspecto da contratualização também está dentro da legalidade. (...) São pontos que trazem segurança para a gestão: atendem os requisitos da Vigilância Sanitária, a população não tá gritando e as metas quantitativas, elas estão sendo atingidas. (TRABALHADOR)

No entanto, a avaliação feita pela Comissão de Avaliação se restringe a uma avaliação quantitativa do cumprimento das metas. Não existem instrumentos de avaliação qualitativa que permitam verificar, por exemplo, se o cumprimento das metas está satisfazendo a expectativa do usuário do SUS quanto ao serviço oferecido:

Alcance de metas, pelo menos os relatórios demonstram que alcançam as metas, mas deveria já ter um inquérito de satisfação do usuário, avaliar realmente a assistência. (...) Agora, é claro que falta uma avaliação do ponto de vista assistencial, da qualidade desses serviços que estão sendo ofertados à população daquela regional. Nós na SESACRE não conseguimos ainda abarcar um instrumento capaz de fazer uma avaliação assistencial. Alias, pecamos com relação a essa avaliação assistencial dos nossos serviços ofertados por nós mesmos e com relação à ANSSAU. Falta isso. (TRABALHADOR)

TANAKA e MELO⁵¹ afirmam que “a escolha da abordagem teórica a ser utilizada na avaliação de programas é sempre um grande desafio para os executores da avaliação” e ressaltam que “os modelos qualitativos podem complementar e aprofundar o alcance de uma avaliação.”

Estes autores conceituam avaliação qualitativa como sendo um processo que tende a identificar benefícios e resultados na clientela e, para isso, inclui a explicitação da subjetividade da percepção do outro. Devendo, portanto, considerar tanto o ponto de vista da organização (onde a qualidade é sempre definida por critérios técnico-políticos), quanto dos trabalhadores (que além dos critérios técnico-políticos, incorpora as suas expectativas) e dos usuários (cuja expectativa é sempre mutável e flexível, mas que deve ser sempre conhecida, pois depende fortemente de experiências acumuladas).⁵¹

Os trabalhadores discorrem sobre a falta de compromisso da SESACRE em fazer com que a Comissão de Avaliação funcione efetivamente, deixando de dar o apoio necessário e de cobrar seus resultados. Relatam que a comissão é composta “*pro forma*”, para atender as exigências das leis da OSCIP e, além de incluir membros sem a sua anuência, também não tem um rotina e um cronograma de trabalho:

Eu tomei conhecimento de que integrava essa Comissão, depois que a portaria estava publicada. Até porque eu nunca trabalhei na área de Regulação, de Avaliação. Eu não tinha conhecimento sobre o Termo de Parceria; não conhecia o convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da saúde e a ANSSAU. Não conhecia o termo de referência e nada do que estava sendo proposto. Eu nunca fui à Regional. Não participei de reunião. A coordenação nunca convidou para participação de reunião alguma sobre avaliação. Nunca elaborei algum relatório ou fiz alguma visita técnica ao Hospital do Juruá para fazer alguma tratativa com a administração da ANSSAU prá fazer esse trabalho. Efetivamente a Comissão

não se reunia: não tinha cronograma, não tinha reunião, não tinha calendário e tampouco fui comunicada formalmente ou informalmente sobre qualquer reunião que tenha havido. Tem muita fragilidade. (...) A prestação de contas deles é feita. Eles fazem a prestação de contas mensalmente. Talvez a SESACRE falhe em não fazer a avaliação da prestação de contas e a avaliação assistencial dessa qualidade que está sendo ofertada. Existe uma fiscalização e monitoramento, que eu acho que é precário. (TRABALHADOR)

Nesta pesquisa, somente foram encontradas as portarias de nomeação dos membros da Comissão de Avaliação e os relatórios anuais de avaliação dos termos de parceria com a ANSSAU. Não foram encontrados os cronogramas das reuniões periódicas da Comissão, nem as atas destas reuniões, levando-se a crer que a elaboração do documento final se dava ao final de cada exercício, somente com o escopo de atender às exigências legais, prescindindo de monitoramento ou quaisquer outras formas de acompanhamento, inclusive da parte financeira:

Essa Comissão (de avaliação do Termo de Parceria) funcionou com o apoio do departamento de Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria no acompanhamento das metas propostas no Termo, inseridas no Sistema. Não é dada a possibilidade dela acompanhar "*in loco*" as atividades e também a Secretaria não tem uma comissão específica para acompanhar a questão financeira. É só específica para acompanhamento das metas e dos indicadores da produção dos serviços. A parte financeira, a informação é dada pelo setor financeiro da Secretaria, que repassa e a gente obtém do Sistema Safira o que foi repassado em relação ao Termo. Essa comissão funciona muito precariamente, com relação à questão das metas; (...) a Comissão só se reúne para dar um parecer sobre o cumprimento das metas, em função das informações dos sistemas, para que possa justificar a renovação e a apresentação no Conselho. (TRABALHADOR)

Esta situação demonstra que o controle por parte da Secretaria de Estado da Saúde é frágil, corroborando com a ideia de que a “parceria” que se estabelece em termos formais, não se traduz na prática, pois, não realizando uma efetiva fiscalização e avaliação da execução do Plano de Trabalho do Termo de Parceria, o ente público deixa de cumprir sua real função e permite que a organização parceira o execute da forma que entende, desde que apresente os resultados quantitativos de cumprimento das metas acordadas.

Há neste ponto uma discordância com o ponto de vista dos gestores, pois asseguram que “a ANSSAU não faz o que ela quer e o que bem entende. Ela cumpre um determinado plano de trabalho, com a necessidade e a obrigação de fiscalização pelo Poder Público”.

A fragilidade da fiscalização tem reflexo, por exemplo, na falta de integração do HRJ com o restante da rede de atenção na Região do Juruá, reclamada pelos gestores das unidades que a compõem.

A legislação do próprio Conselho Estadual de Saúde do Acre⁵² e a que disciplina a parceria entre o órgão público e a OSCIP delegam ao conselho de políticas públicas da área de atuação duas tarefas: opinar sobre a celebração do termo de parceria; e, acompanhar e fiscalizar a execução do seu objeto.^{11,12}

GUIZARDI e PINHEIRO⁵³ reconhecem que “são inegáveis os avanços alcançados com a institucionalização dos Conselhos de Saúde, que ocorreu de forma expressiva nos anos 90. A conquista desses espaços de participação foi um fator decisivo na organização de uma institucionalidade democrática, sem a qual o direito à saúde não poderia efetivar-se como direito de cidadania. Os Conselhos de Saúde reúnem hoje milhares de usuários, profissionais e gestores na definição de políticas de saúde em suas localidades.”

No caso da parceria celebrada entre a SESACRE e a ANSSAU houve muitos problemas com o controle social. A Secretaria de Saúde enviava os relatórios para Conselho Estadual de Saúde do Acre (CES-AC), mas esses relatórios não chegavam às suas comissões internas. Criou-se, então, uma situação inusitada quando alguns membros do CES-AC apresentaram denúncia à Promotoria de Saúde Pública e Cidadania do Ministério Público Estadual do Acre reclamando que a SESACRE não encaminhava o relatório de prestação de contas das atividades executadas no Termo de Parceria com a ANSSAU.

Entretanto, constatou-se que a documentação tinha sido entregue à secretaria executiva do CES-AC, porém esta não enviara à Comissão de Média e Alta Complexidade para avaliação, conforme relato dos gestores:

<p>Embora a Secretaria mandasse para eles (pois nós conseguimos provar documentalmente os encaminhamentos), não conseguia chegar à equipe técnica da comissão de Média e Alta Complexidade. Agora, não posso dizer o porquê não chegava. Eles entraram depois no Ministério Público, que nós não mandávamos material para eles, pra análise, os contratos, os convênios, os relatórios, para avaliação do Conselho mesmo. E nós conseguimos comprovar. Tinha toda a documentação de encaminhamento, agora o que acontecia lá... A gente não sabe. (GESTOR)</p>
--

Os trabalhadores relatam de maneira semelhante este fato:

O Conselho, depois de mudanças sucessivas, alguma rotatividade na sua condução e também no seu plenário, mesmo depois de processos eleitorais, teve dificuldades de compor as suas comissões internas. E aí tem uma Comissão específica que acompanha isso, uma Comissão de Média e Alta Complexidade e Prestação de Contas. Essa comissão nunca conseguiu funcionar de forma efetiva. Se a Comissão não funcionava prá fazer recomendação ao Pleno, o Pleno não se sentia confortável e com informação com a qualidade necessária para referendar aquilo. O trabalho foi acumulando. Ao ponto em que a gestão passou a pressionar o Conselho. Aí inverteu. A situação ficou invertida: a Gestão, que até então tinha se mobilizado prá prestar contas e estava com isso atrasado, passou a pressionar o Conselho, porque depois que o Conselho recebeu, não fez a análise em tempo hábil prá poder dar o retorno para a Secretaria de Saúde. (Trabalhador)

A demora em analisar a documentação enviada para a renovação do Termo de Parceria, fez com que o CES-AC se evadisse dos seus papéis fundamentais de acompanhamento e fiscalização. Isso resultou numa pressão política por parte da gestão da Secretaria Estadual de Saúde sobre o Conselho, para que fosse concluído o trabalho de sua competência, conforme também relatam os usuários:

E se aproximava a data de celebração do Termo de Parceria. Ou celebrava ou, como disse o gestor, numa das reuniões do Conselho: "O Conselho responderia pela não assistência em saúde lá na Regional do Juruá", porque, se não houvesse este termo celebrado, a ANSSAU não prestaria o serviço; e se não prestasse o serviço, quando a população se voltasse prá cobrar a prestação de serviço à gestão da SESACRE responsabilizaria o Conselho. (USUÁRIO)

No ano de 2013, com aprovação de uma nova lei na Assembleia Legislativa do Acre, aconteceu uma reestruturação do Conselho Estadual de Saúde. Houve uma renovação da secretaria-executiva e as comissões internas foram reformuladas.⁵² A partir disto, os relatórios de execução dos termos de parceria com a ANSSAU que se encontravam represados começaram a ser analisados.

Pressionado pela responsabilidade de opinar pela renovação ou não do termo de parceria e pelo acúmulo dos relatórios anuais a serem analisados (devido aos problemas de gestão interna do próprio Conselho), o plenário decidiu, a toque de caixa, constituir uma Comissão Especial para verificar "*in loco*" as condições do Hospital Regional do Juruá.

No HRJ, os conselheiros não conseguiram obter nenhuma informação relevante sobre a produtividade ou sobre como era feito o pagamento mensal referente à produção do hospital. O relatório resultante da visita se deteve a descrever a estrutura física, algumas

anotações sobre o serviço e a satisfação de alguns usuários, o que no entendimento do plenário do CES-AC não era o objetivo da visita.

O Plenário do CES-AC, por sua vez, não aprovou esse relatório, que teve de ser refeito. Esperava-se, após a visita, que a Comissão Especial fizesse recomendações que seriam encaminhadas para a gestão da SESACRE e, posteriormente, à ANSSAU, para as adequações, o que não ocorreu.

Esse trabalho feito pela Comissão foi intensamente questionado, porque não tinha dados consistentes suficientes e uma qualidade de elaboração suficiente que permitisse ao Pleno deliberar. (...) O resultado da Comissão foi inconclusivo. O que o Pleno considerou era que o objeto do trabalho da Comissão no Juruá não tinha sido concretizado. As recomendações não apareceram, não estavam claras. Mesmo assim o Conselho aprovou o relatório e o novo Termo de Parceria, por pressão da Gestão. (USUÁRIO)

Toda esta confusão resultante da falta de compromisso do CES-AC com o seu papel fiscalizador, onde a documentação para análise ficou engavetada por alguns anos, aliada à ida da Comissão Especial ao hospital, que produziu um relatório inconclusivo, e à proximidade de expiração do prazo de vigência do Termo de Parceria, fez com que o Conselho Estadual de Saúde, mesmo sem analisar com profundidade os relatórios, aprovasse-os e opinasse pela celebração de novo Termo de Parceria com a ANSSAU, colaborando para tornar o processo de fiscalização, por parte da Administração Pública, ainda mais frágil.

Os gestores tentam justificar a atuação do Conselho ressaltando a imperícia dos seus membros:

O Conselho tem um problema muito sério que é a falta de preparo dos conselheiros para acompanhar e analisar um processo desses. Vai acumulando, porque não tem as condições e o apoio técnico para os conselheiros acompanhar. Tinha que ter uma decisão, aí eles juntaram tudo e fizeram em bloco. Mas, na última gestão do Conselho eles começaram a se preocupar mais, fizeram visita "*in loco*". Começaram a se municiar mais das informações e se preocupar de não só ver as informações do sistema, mas ver "*in loco*". A capacidade técnica deles não possibilita mergulhar mais a fundo. Fica muito superficial a questão. Na Saúde, nessa parte econômica, financeira e orçamentária, os jargões são muito técnicos e as pessoas às vezes não têm esse conhecimento, não entendem e são até enganadas por essa questão de não dominar a situação. (GESTOR)

Ao discutir o despreparo dos conselheiros para a função, GUIZARDI e PINHEIRO⁵³, discorrem que esta falta de preparo para exercer a função torna-se explícita quando os

conselheiros afirmam não terem conseguido participar das discussões e das questões pautadas no Conselho, por não se sentirem preparados para assumirem a condição de representante, não conhecerem a estrutura e funcionamento do Conselho, do SUS e de suas questões institucionais, sendo uma situação comum, principalmente entre os usuários.

Este aspecto contribui para reafirmar, dentro dos conselhos, a imposição da questão do saber como relações assimétricas de Poder, em que “os representantes, principalmente dos usuários, se sentem desautorizados e desqualificados perante a argumentação técnica prevalecente”, explicitando que o “conhecimento necessário”, de caráter técnico, parece pertencer apenas a alguns trabalhadores e aos gestores, representantes do Poder Executivo.⁵³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso do Hospital Regional do Juruá é permeado por inúmeras escolhas racionais que os governos petistas do Acre precisaram fazer, para superar as dificuldades de implantar um hospital referência de especialidades na metade ocidental do estado do Acre, reconhecida pelo seu isolamento geográfico, baixa densidade populacional e vastidão do território.

Nas escolhas feitas, o interesse pessoal em firmar a parceria com uma organização originária da Igreja Católica (que mantém laços históricos com o Partido dos Trabalhadores e com a própria oferta de serviços públicos de saúde no Acre) pesou mais do que um possível estudo de economicidade que poderia demonstrar a viabilidade ou não do gerenciamento do hospital pelo Terceiro Setor.

A contradição inicial de um governo do Partido dos Trabalhadores utilizar o modelo de terceirização para gerir um hospital público é explicada através das escolhas racionais feitas pelos seus governos diante das alternativas colocadas, ao serem analisadas as várias condições que dificultavam o funcionamento de um hospital naquela localidade. Tais dificuldades foram desde a herança de uma obra inacabada por outros governos, passando pela dificuldade de atrair e fixar profissionais especialistas na Região, até a urgência em diminuir o alto custo gerado pelo atendimento especializado, através do Tratamento Fora de Domicílio.

Mesmo esta escolha confrontando com a defesa da recuperação do poder do Estado e do fortalecimento do serviço público manifestado pelo Partido dos Trabalhadores nos seus documentos oficiais, tornou-se para o governo do Acre, uma alternativa que considerou viável. E como não há nenhuma deliberação partidária na direção da terceirização da gestão de outros bens e órgãos públicos, o gerenciamento do HRJ por uma OSCIP tornou-se um caso único no Estado, pois o modelo adotado não se repete em outras unidades da Saúde Pública. Desta maneira, é encarado como uma situação experimental e de caráter provisório.

Por outro lado, os governos da Frente Popular, em determinados momentos, hesitam em relação ao fortalecimento da Administração Direta, como na situação em que descentralizou recursos para os hospitais da rede, permitindo-lhes autonomia financeira e, posteriormente, voltou atrás nesta decisão, promovendo nova centralização da gestão dos recursos e extinguindo a gestão democrática feita através dos Conselhos Gestores.

Se, verdadeiramente o gerenciamento do Hospital Regional do Juruá se constitui num modelo provisório, já houve tempo suficiente para que os governos da Frente Popular, nestes quase dez anos de parceria com a OSCIP, promovessem a qualificação da Administração Direta com vistas a assumir o gerenciamento do hospital. E, no entanto, parece que a lógica do modelo experimental adotado está sendo naturalizada e, numa possível acomodação de interesses das partes envolvidas, contribuindo para se consolidar como permanente.

Quando comparada a oferta de serviços de saúde na Região do Vale do Juruá pelo HRJ com aquela oferecida antes do seu funcionamento, evidente que há um reconhecimento de que os serviços melhoraram bastante. Porém, a lógica de gerenciamento do hospital baseada na gestão privada dos serviços de saúde afasta-o do diálogo com as demais unidades de saúde da rede, colocando em risco os princípios do Sistema Único de Saúde.

É preciso, então, resolver questões cruciais para o Sistema como a integração do hospital à rede regional, promover a Regulação da Assistência, realizar um estudo de economicidade que esclareça se realmente esta modalidade é a mais viável, e, sobretudo, incrementar o monitoramento, o controle e a avaliação da execução do Termo de Parceria, pela Secretaria de Saúde (não deixando de lado a avaliação da qualidade dos serviços prestados e a auditoria financeira das contas), pelo Conselho Estadual de Saúde e pelos órgãos de controle externo.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016. [base de dados na internet]. Brasília: IBGE. [1 julho 2016] [acesso em 31 agosto 2016]. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf
- 2 Silva SS. Acre: uma visão temática de sua Geografia. Rio Branco: EDUFAC; 2008. O desenvolvimento acreano em questão: contexto histórico e especificidades microrregionais; p. 226.
- 3 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Termo de Pactuação CIB nº 20, de 17 de julho de 2003. Pactua o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI).
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Normas e Manuais Técnicos).
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Normas e Manuais Técnicos).
- 6 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2004-2007. Rio Branco; 2005.
- 7 Brasil. Senado Federal. O tratado de limites Brasil-Peru. Brasília, DF; 2009.
- 8 Mendonça B. Reconhecimento do rio Juruá, 1905. Belo Horizonte: Itatiaia; Acre: Fundação Cultural do Estado do Acre, 1989.
- 9 Lima RC. Na Amazônia Ocidental: a cidade-sede do Alto Juruá revelada: como nasceu, cresceu e se desenvolve a capital do Alto Juruá. Cuiabá: Carlini & Carniato Editorial; 2015.
- 10 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Execução do Termo de Parceria celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE) e Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU). Rio Branco; 2008.
- 11 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Resolução CES Nº 05, de 24 de abril de 2007. Aprova o Termo de Parceria que fazem entre si o Estado do Acre, através da Secretaria de Estado da Saúde (SESACRE) e a Associação nossa Senhora da Saúde (ANSSAU) para gerenciar o Hospital Regional do Juruá.
- 12 Brasil. Lei nº 9790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1º jul 1999. Seção 1. Parte 1.
- 13 Acre. Lei nº 1428, de 2 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como Organizações da Sociedade Civil, de Interesse Público do Estado do Acre, institui e disciplina o Termo de Parceria e dá outras providências.

- 14 Acre. Lei nº 2151, de 5 de novembro de 2009. Revoga os incisos IV e V do art. 4º e os arts. 9º e 10 da Lei n. 1.428, de 2 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como organizações da sociedade civil, de interesse público do Estado do Acre, institui e disciplina o termo de parceria.
- 15 Andrade EP. Gestão de terceiros. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Editora HUCITEC CEALAG; 2011.
- 16 Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU). Ata da Assembleia Geral de fundação, discussão e aprovação do Estatuto, eleição e posse da primeira Diretoria e do Conselho Fiscal para o triênio 2006/2009 da “Associação Nossa Senhora da Saúde”, realizada em 06/12/2006. Serventia de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Rio Branco – Acre. 06 dez 2006.
- 17 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Resolução CIB nº 38, de 31 de julho de 2009. Pactua o desenho da Regionalização da Assistência do Estado do Acre.
- 18 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Resolução CIB nº 31, de 26 de março de 2012. Pactua a anexação do município de Jordão a 1ª Região de Saúde Baixo Acre e Purus.
- 19 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016-2019. Rio Branco; 2005.
- 20 Gil. AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
- 21 Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- 22 Cnes – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Base de dados na internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [s.d.][acesso em 30 dezembro 2016]. Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=12&NomeEstado=ACRE.
- 23 Baldin N, Munhoz EMB. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient. 2011;27:46-60.
- 24 Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2ª ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
- 25 Vieira MPA, Peixoto MRC, Khoury YMA. A pesquisa em História. 5ª ed. São Paulo: Ática; 2007.
- 26 Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Trad. de JE Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 27 Downs, A. Uma teoria econômica da democracia. Trad. de SGT Vasconcelos. São Paulo: EDUSP; 1999.
- 28 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 jun 2013. Seção 1. pág 59.
- 29 Scatena JHG, Tanaka OU. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e Sociedade. 2001;10:47-74.
- 30 Fortes PAC. Reflexão Bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de

saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cad. Saúde Pública. 2008; 24:696-701.

- 31 Klein EP. História da Saúde Pública do Estado do Acre. Rio Branco: Fundação Elias Mansour; 2002.
- 32 Acre. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Rio Branco; 2003.
- 33 Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
- 34 Bresser-Pereira LC. Spink PK, organizadores. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Trad. de C. Andrade. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.
- 35 Carnut L. Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saúde Soc. 2016;25(2):290-305.
- 36 Partido dos Trabalhadores. Resoluções do 3º Congresso do Partido dos Trabalhadores: 30 de agosto a 02 de setembro de 2007. São Paulo;2007.
- 37 Rosen G. Uma história de Saúde Pública. Trad. de MFS Moreira, JRA Bonfim. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. Editora UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
- 38 Foucault M. Microfísica do poder. Org. e trad. de Roberto Machado. 24ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- 39 Meneguello R. PT: A formação de um partido, 1979-1982. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
- 40 Secco L. História do PT 1978-2010. 3ª ed. Cotia: Ateliê Editorial; 2011.
- 41 Fernandes MI. O PT no Acre: a construção de uma terceira via [dissertação de mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1999.
- 42 Pinheiro AC. Giambiagi F. Os antecedentes macroeconômicos e a estrutura institucional da privatização no Brasil. In: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). A privatização no Brasil: o caso dos serviços de utilidade pública. [s.l.]:OCDE-BNDES;[s.d.].p.15-43.
- 43 Acre. Lei nº 1.910, de 31 de julho de 2007. Institui o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais.
- 44 Acre. Lei nº 1.912, de 31 de julho de 2007. Dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre.
- 45 Acre. Lei nº 2.526, de 29 de dezembro de 2011. Altera a Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre.
- 46 Brasil. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. 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, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011. Seção 1. Parte 1.
- 47 Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações

para a sua implementação no SUS. Brasília, DF; 2006.

- 48 Santos L. Região de Saúde: algumas considerações. Rev Eletrônica Domingueira da Saúde Gilson Carvalho [periódico na internet]. 2015 nov [acesso em 05 novembro 2015] 24. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/pasta_85_0_domingueiras.html.
- 49 Dourado DA. Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev Saúde Pública. 2011;45(1):204-11.
- 50 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 04 ago 2008. Seção 1.
- 51 Tanaka OU. Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001. Escolha de Abordagens; p. 36-42.
- 52 Acre. Lei Complementar nº 263, de 21 de junho de 2013. Institui o Conselho Estadual de Saúde - CES/AC e revoga a Lei Complementar n. 41, de 30 de dezembro de 1993.
- 53 Guizardi FL. Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Ciênc. & Saúde Coletiva. 2006;11(3):797-805.

PARTE III

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua formação, o Partido dos Trabalhadores tentou incorporar na sua identidade partidária os ideais socialistas. As transformações ocorridas no mundo durante os anos de 1990 repercutiram no Brasil, a partir da imposição das regras econômicas ditadas pelo Consenso de Washington. Os sucessivos governos adotaram uma política neoliberal orientada para a reorganização de um Estado mínimo, reforçando ainda mais a hegemonia da classe burguesa dominante.

Essas transformações atingiram o PT na sua trajetória, colocando-o diante da escolha racional de fazer um “*aggiornamento*”, visando à maximização dos votos e a consequente chegada ao poder, optando por ampliar seu arco de alianças, abandonar o purismo inicial, distanciar-se do Socialismo e aproximar-se cada vez mais do ideário neoliberal, fazendo-o renunciar à sua própria identidade e perdendo confiança e credibilidade junto à sociedade.

No Acre, tais transformações também tiveram repercussão. A eleição, em 1998, da Frente Popular do Acre, hegemonizada pelo Partido dos Trabalhadores, representou uma ruptura com o sistema político local, que alternava partidos tradicionais no Poder, inaugurando um projeto de Poder de longo prazo.

A Saúde Pública foi profundamente impactada pelo modo de governar da FPA e, paralelamente ao avanço do Sistema Único de Saúde as decisões tomadas pelo governo estadual contribuíram para consolidar no Estado do Acre uma saúde de melhor qualidade para a população. A melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos governos petistas do Acre tem o reconhecimento de grande parcela da população. Os governos da Frente Popular agiram racionalmente para maximizar o apoio político. Para a tomada de decisão, suas ações foram eficientemente planejadas para alcançar os fins econômicos e políticos previamente selecionados pelo governante de maneira consciente.

No governo Jorge Viana, a escolha direcionou as ações de governo para a Florestania. Na área da saúde foi preciso fazer investimentos na estrutura física, de

equipamentos e em recursos humanos para reduzir as mazelas do setor. Houve uma valorização dos servidores, descentralizaram-se as Ações Básicas de Saúde e deu-se início ao processo de Regionalização da Saúde;

O governo Binho Marques valorizou o planejamento das ações de Saúde, a qualificação dos servidores, a autonomia financeira das unidades de saúde estaduais, com a gestão democrática dos recursos repassados e foi o responsável por estabelecer a parceria com o Terceiro Setor, através de uma OSCIP (a ANSSAU) visando o gerenciamento do Hospital Regional do Juruá, em Cruzeiro do Sul, referência para toda a Região de Saúde do Vale do Juruá.

Nas escolhas feitas, o interesse pessoal em firmar a parceria com uma organização originária da Igreja Católica pesou mais do que um possível estudo de economicidade que poderia demonstrar a viabilidade ou não do gerenciamento do hospital pelo Terceiro Setor.

A contradição inicial de um governo do Partido dos Trabalhadores utilizar o modelo de terceirização para gerir um hospital público é explicada através das escolhas racionais feitas pelos seus governos diante das alternativas colocadas, ao serem analisadas as várias condições que dificultavam o funcionamento de um hospital naquela localidade, desde a herança de uma obra inacabada por outros governos, passando pela dificuldade de atrair e fixar profissionais especialistas na Região, até a urgência em diminuir o alto custo gerado pelo atendimento especializado, através do Tratamento Fora de Domicílio.

Já houve tempo suficiente para que os governos da Frente Popular, nestes quase dez anos de parceria com a OSCIP, promovessem a qualificação da Administração Direta com vistas a assumir o gerenciamento do hospital. E, no entanto, a lógica da parceria com o Terceiro Setor foi naturalizada, favorecendo a acomodação de interesses das partes envolvidas, e consolidando-o como permanente.

No governo Tião Viana, a revogação da lei da autonomia financeira e a descaracterização do papel do Conselho Gestor das unidades foram um retrocesso do modelo de gestão implantado pelo governo anterior, revelando a contradição interna da Frente Popular nesses seus dois governos. O governo mesmo realizando ações importantes na Saúde Pública do Acre, não deixou uma marca significativa que pudesse ser lembrada pela população.

A falta de um projeto inovador, a calosidade burocrática, a conformidade com o Poder, o descrédito de grande parcela da população e a falta de novas lideranças dentro da

Frente Popular deverão contribuir para o fechamento do ciclo de 20 anos do Partido dos Trabalhadores no Poder do Estado do Acre, justamente num período onde o Socialismo não se encontra mais presente no horizonte histórico.

A sobrevivência política nesses novos tempos requer uma reengenharia das relações sociais, que aposte no ressurgimento dos movimentos sociais e na radicalização da democracia, com a sua expansão em várias direções.

7 REFERÊNCIAS

- 1 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Resolução CES Nº 05, de 24 de abril de 2007. Aprova o Termo de Parceria que fazem entre si o Estado do Acre, através da Secretaria de Estado da Saúde (SESACRE) e a Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU) para gerenciar o Hospital Regional do Juruá.
- 2 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Execução do Termo de Parceria celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE) e Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU). Rio Branco; 2008.
- 3 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB nº 38, de 31 de julho de 2009. Pactua o desenho da Regionalização da Assistência do Estado do Acre.
- 4 Acre. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Resolução CIB nº 31, de 26 de março de 2012. Pactua a anexação do município de Jordão a 1ª Região de Saúde Baixo Acre e Purus.
- 5 Acre. Secretaria de Estado da Planejamento. Acre em números 2013. Rio Branco; 2013.
- 6 Acre. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016-2019. Rio Branco; 2016.
- 7 Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU). Ata da Assembleia Geral de fundação, discussão e aprovação do Estatuto, eleição e posse da primeira Diretoria e do Conselho Fiscal para o triênio 2006/2009 da “Associação Nossa Senhora da Saúde”, realizada em 06/12/2006. Serventia de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Rio Branco – Acre. 06 dez 2006.
- 8 Betto, F. A mosca azul: reflexões sobre o poder. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.
- 9 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 dez 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.b
- 10 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado;1988.
- 11 Brasil. Decreto 1366, de 12 de janeiro de 1995. Dispõe sobre o Programa Comunidade Solidária e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 jan 1995. Seção 1. Parte 1.b
- 12 Brasil. Decreto 3100, de 30 de junho de 1999. Regulamenta a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1º jul 1999. Seção 1. Parte 1.b
- 13 Brasil. Decreto 7568, de 16 de setembro de 2011. Altera o Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, o Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, que regulamenta a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 2011. Seção 1. Parte 1.
- 14 Brasil. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016. [base de dados na internet]. Brasília: IBGE. [1 julho 2016] [acesso em 31 agosto 2016]. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016.pdf

[6_20160913.pdf](#)

- 15 Brasil. Lei nº 9249, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição social sobre o lucro líquido, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 dez 1995. Seção 1. Parte 1.c
- 16 Brasil. Lei nº 9790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1º jul 1999. Seção 1. Parte 1.a
- 17 Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Portaria nº 6, de 01 de fevereiro de 2012. Altera a Portaria SNJ nº 24, de 11 de outubro de 2007 e regulamenta a Prestação de Contas das Entidades de Utilidade Pública Federal, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Estrangeiras.a
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica nº 01/96. Diário Oficial da União. 06 nov 1996. Seção 1. Parte 1.
- 19 Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS Nº 144, de 11 de agosto de 2005. Instrui os Conselhos Municipais e Estaduais de Assistência Social quanto à inscrição de entidades. Diário Oficial da União. 22 ago 2005. Seção 1. Parte 1.
- 20 Brasil. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília; 1995.a
- 21 Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.583, de 29 de setembro de 2008. Promulga o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, assinado em Lisboa em 16 dez 1990. Brasília, 2008.
- 22 Brasil. Senado Federal. O tratado de limites Brasil-Peru. Brasília, DF; 2009.
- 23 Bresser-Pereira LC. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. Rev. Serviço Público. 1996; 47(1):1-28.
- 24 Bresser-Pereira, LG. Pacheco, RS. A reforma do Estado brasileiro e o desenvolvimento. Rev. Eletr. Sobre a Reforma do Estado. 2005; n.3:1-18.
- 25 Cohn, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos et al (Org). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed HUCITEC-Ed. FIOCRUZ; 2008. p. 219-246.
- 26 Downs A. Uma teoria econômica da democracia. São Paulo: EdUSP; 1999.
- 27 Ferrarezi ER. A reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil: a criação da lei das OSCIP (Lei 9.790/99) [tese de doutorado]. Brasília:UnB;2007.
- 28 Ferreira UM, Castro MC. Challenges for malária elimination in Brazil. Malaria J. 2016;15(284):1-18.

- 29 Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 30 Gadotti, M. Pereira, O. Prá que PT: origem, projeto e consolidação do Partido dos Trabalhadores. São Paulo: Cortez Editora; 1989.
- 31 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
- 32 Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova. 2003;58:193-224.
- 33 Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Trad. de L Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
- 34 Júnior, NC. Elias, PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(5): 914-20.
- 35 Lefèvre F, Lefèvre AM. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: A metodologia do discurso do sujeito coletivo. Série pesquisa, v.20, 2ª ed. Brasília: Liber Livros Editores; 2012.
- 36 Leite, MAS. O terceiro setor e as organizações da sociedade civil de interesse público – OSCIPs. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. 2003. Mimeo.
- 37 Mello CAB. Curso de Direito Administrativo. 32ª ed. rev.atual. São Paulo; Malheiros; 2015.
- 38 Mendonça B. Reconhecimento do rio Juruá, 1905. Belo Horizonte: Itatiaia; Acre: Fundação Cultural do Estado do Acre, 1989.
- 39 Meneguello R. PT: A formação de um partido, 1979-1982. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
- 40 Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 2010.
- 41 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
- 42 Narvai, PC. Frazão, P. Práticas de Saúde Pública. In: Rocha, AA. Cesar, CLG. Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 290.
- 43 Pedrosa M. Sobre o PT. São Paulo: Ched; 1980.
- 44 Silva, NE. Um governo na floresta: política, mito e história do Acre contemporâneo. São Paulo: Baraúna, 2010.
- 45 Silva SS. Acre: uma visão temática de sua Geografia. Rio Branco: EDUFAC; 2008. O desenvolvimento acreano em questão: contexto histórico e especificidades microrregionais; p. 226.
- 46 Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de Apresentação de Teses. 2ª ed. São Paulo, SP; 2006.

- 47 Vieira MPA. Peixoto, MRC. Khoury, YMA. A pesquisa em história. Série Princípios, n. 159, 5ª Ed. São Paulo: Ática; 2007.
- 48 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

8 ANEXOS

8.1 PARECER CONSUBSTANCIADO 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: Relação público-privado na gestão do Hospital Regional do Juruá sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI

Pesquisador: CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41095015.6.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 980.389

Data da Relatoria: 06/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa que utilizará como abordagem o estudo de caso do Hospital Regional do Juruá no Estado do Acre o qual se encontra sob gestão terceirizada através de uma OSCIP. A população de referência para a pesquisa será constituída por dirigentes do Partido dos Trabalhadores, gestores do SUS, dirigentes da ANSSAU, trabalhadores do hospital, usuários do SUS, técnicos da SESACRE e outros possíveis informantes-chave.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é "Caracterizar a relação público-privado no Sistema Único de Saúde e analisar as implicações da terceirização da gestão de um hospital público sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefício: avaliação de uma gestão terceirizada do SUS. Riscos: mínimos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a acrescentar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE contemplando os termos de apresentação obrigatória.

Apresenta autorização administrativa da diretora do hospital objeto do estudo.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11) 3061-7779

CEP: 01.246-904

Fax: (11) 3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 980.389

Recomendações:

Pela aprovação do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo atende aos quesitos éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 11 de Março de 2015

Assinado por:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(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

8.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de São Paulo.

Faculdade de Saúde Pública.

Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

Co-Orientador: Prof. Dr. Estanislau Paulo Klein

PESQUISA DE SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Relação público-privado na gestão do Hospital Regional do Juruá sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI”.

Pesquisador Responsável: Cleber Ronald Inácio dos Santos

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é **Cleber Ronald Inácio dos Santos**, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Estou realizando uma pesquisa, sob supervisão dos professores doutores, Paulo Capel Narvai e Estanislau Paulo Klein, com o objetivo de caracterizar a relação público-privado no Sistema Único de Saúde e analisar as implicações da terceirização da gestão de um hospital público sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI.

A metodologia da pesquisa prevê três etapas: 1) pesquisa documental sobre o tema; 2) observação direta; e 3) entrevistas, sobre a relação público-privado na gestão do Hospital Regional do Juruá. Você foi selecionado para ser um dos participantes do estudo. Para isto, convido-o (a) a participar deste, permitindo que eu possa entrevistá-lo para falar-me o que você conhece sobre o assunto.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, que suas respostas são sigilosas e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária. Participar ou não da pesquisa não lhe acarretará nenhum benefício direto. Os benefícios desta pesquisa são exclusivamente indiretos e estão relacionados à contribuição do estudo para a compreensão da relação público-privado no Sistema Único de Saúde. Também não irá prejudicá-lo (a) de algum modo. Há um risco mínimo de você se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mediante a reflexão do que se propôs a pensar, porém, você não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar a qualquer momento, retirando o seu consentimento.

As entrevistas serão realizadas com pessoas, que livremente aceitem responder às perguntas, prestando depoimentos sobre o tema, após terem sido esclarecidas sobre o estudo e deverão firmar o termo de compromisso de sua participação. Será garantida a impessoalidade e o sigilo das respostas ao roteiro elaborado para a pesquisa, respeitando-se os aspectos éticos. Os depoimentos obtidos nas entrevistas serão gravados em meio eletrônico e, juntamente com as anotações de campo e os documentos consultados, serão transcritos e analisados, com rigor, na forma dos resultados do presente estudo.

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e declaro que cumpro as exigências do item IV.3 da Resolução nº 466, de 12/12/12, do Conselho Nacional de Saúde. Este documento foi elaborado em duas vias, a primeira via você receberá neste momento e a segunda via será arquivada pelo pesquisador.

Se, após a sua participação, em algum momento, você quiser saber do andamento da pesquisa ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para os números (68) **9991-4039** ou (68) 3227-2602. Outras informações que você necessitar poderão ser obtidas comigo no endereço: Rua Luiz Z. da Silva, 292 – Bloco C-6 – Aptº 321 – Manoel Julião – Rio Branco – AC – CEP: 69.918-452.

Cleber Ronald Inácio dos Santos

CRO/AC -128 - CPF: 746.802.777-34

Pesquisador Responsável

Universidade de São Paulo.

Faculdade de Saúde Pública.

Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

Co-Orientador: prof. Dr. Estanislau Paulo Klein

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone (11) 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Rio Branco, ____ de ____ de 2015.

Nome do Entrevistado:

Assinatura:

Eu, *Cleber Ronald Inácio dos Santos*, declaro que forneci todas as informações acerca do projeto ao participante nesta data.

Data: ____/____/____.

Telefones: (68) 3227-2602 / 9991-4039

8.3 ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Você considera a Saúde como um direito? Comente sobre isso.
- 2) Neste período em que o Partido dos Trabalhadores assumiu os governos do Acre, que acontecimentos, na Saúde, você destacaria como importantes?
- 3) Você acha que os órgãos públicos devem ser entregues para serem administrados por organizações privadas da sociedade civil?
- 4) Qual a sua opinião sobre a gestão terceirizada do Hospital Regional do Juruá?
- 5) No seu entendimento, por quais motivos o governo do Acre terceirizou a gestão do Hospital Regional do Juruá para a Associação Nossa Senhora da Saúde (ANSSAU)?
- 6) Em sua opinião, quais vantagens e desvantagens o governo do Estado do Acre teve ao terceirizar a administração do Hospital Regional do Juruá?
- 7) Você considera que o ato de repassar a administração de um hospital público para uma organização da sociedade civil está de acordo com o programa partidário do PT (que está governando o Acre)? Por quê?
- 8) Você gostaria de fazer algum outro comentário ou consideração que julga pertinente?

8.4 AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ACRE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu **FRANCISCO ARMANDO FIGUEIRÊDO DE MELO**, Secretário de Estado de Saúde, RG Nº 300374 SSP/AC, CPF Nº 652.348.202-20, AUTORIZO **CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS**, RG nº 566.693 – SSP/RN, CPF nº 746.802.777-34, professor de 3º Grau da Universidade Federal do Acre (UFAC), matrícula SIAP nº 3.150.522, aluno do Curso de Doutorado em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), matrícula USP nº 6.392.805, a realizar pesquisa documental, observação direta e entrevista, com os gestores do SUS, trabalhadores do Hospital Regional do Juruá, usuários do SUS, técnicos da SESACRE, conselheiros estaduais de Saúde, membros da CIB-Acre e membros da CIR-Juruá, para a realização do Projeto de Pesquisa **“Relação público-privado na gestão do Hospital do Juruá, sob governos hegemonizados pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI”**, que tem por objetivo primário *“caracterizar a relação público-privado no Sistema Único de Saúde e analisar as implicações da terceirização da gestão de um hospital público sob governos hegemonizados pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI”*.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Rio Branco, 09 de janeiro de 2015.

Francisco Armando de Figueirêdo Melo
Secretário de Estado de Saúde
Decreto 052 de 05 de janeiro de 2015

8.5 AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO NOSSA SENHORA DA SAÚDE

ASSOCIAÇÃO NOSSA SENHORA DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, .NAIR TERESINHA REICHERT, Diretora Geral do Hospital Regional do Juruá, RG Nº 363.746 SSP/SC, CPF Nº 346.116.909-97, AUTORIZO **CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS**, RG nº 566.693 – SSP/RN, CPF nº 746.802.777-34, professor de 3º Grau da Universidade Federal do Acre (UFAC), matrícula SIAP nº 3.150.522, aluno do Curso de Doutorado em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), matrícula USP nº 6.392.805, a realizar pesquisa documental, observação direta e entrevista, com os gestores, trabalhadores e usuários do Hospital Regional do Juruá, diretores e funcionários da ANSSAU, para a realização do Projeto de Pesquisa **“Relação público-privado na gestão do Hospital do Juruá, sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI”**, que tem por objetivo primário *“caracterizar a relação público-privado no Sistema Único de Saúde e analisar as implicações da terceirização da gestão de um hospital público sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI”*.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais

ASSOCIAÇÃO NOSSA SENHORA DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Cruzeiro do Sul-AC, 09 de janeiro de 2015.

Nair Teresinha Reichert
Diretora Geral
CEP: 346 110 905-94

8.6 – CURRICULO LATTES DO AUTOR

[Dados gerais](#) [Formação](#) [Atuação](#) [Projetos](#) [Produções](#) [Inovação](#) [Educação e Popularização de C & T](#) [Eventos](#) [Orientações](#) [Bancas](#) +

Cleber Ronald Inácio dos Santos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3263848274488562>

Última atualização do currículo em 22/10/2016

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1987). Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2010); especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1992); especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1994); especialista em Endodontia pela Associação Brasileira de Odontologia - Seção Rondônia (2005). Doutorando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2013-2017). Aluno do Curso de Bacharelado em Ciências Sociais da Universidade Federal do Acre (2016-2018). É Professor-Assistente do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (UFAC); Atua, principalmente, nos seguintes temas: Modelo de Atenção e Cuidado em Saúde, História e Paradigmas da Saúde Pública, Políticas de Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Modelos de Gestão em Saúde, Política, Planejamento e Gestão em Saúde Tutoria de alunos da pós-graduação em Saúde da Família, Financiamento do SUS, Orçamento e Gestão Pública em Saúde, Odontologia Preventiva e Social, Endodontia, Saúde Coletiva, Orientação Profissional, Ética e Legislação Odontológica, capacitação de conselheiros de saúde, capacitação de coordenadores de saúde bucal, monografia e capacitação de gerentes de Centros de Especialidades Odontológicas. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Cleber Ronald Inácio dos Santos

Nome em citações bibliográficas

SANTOS, C. R. I.

Endereço

Endereço Profissional

Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto - CCS.D.
Universidade Federal do Acre
Distrito Industrial
69920900 - Rio Branco, AC - Brasil
Telefone: (68) 39012585
URL da Homepage: www.ufac.br

Formação acadêmica/titulação

2014

Doutorado em andamento em Doutorado em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP-USP, Brasil.
Título: ?Relação público-privado na gestão do Hospital Regional do Juruá sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores no Acre, no início do século XXI?
Orientador: Paulo Capel Narvai.
Coorientador: Estanislau Paulo Klein.

2007 - 2010

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no PSF de Rio Branco - AC, em 2009, Ano de Obtenção: 2010.
Orientador: Paulo Capel Narvai.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Pessoas.

2003 - 2005

Especialização em Especialização em Endodontia. (Carga Horária: 750h).
Associação Brasileira de Odontologia - Seção Rondônia, ABO-RO, Brasil.
Título: Pulpotomia: Uma Opção para o Serviço Público.
Orientador: Valdir de Souza.

1993 - 1994

8.7 – CURRICULO LATTES DO ORIENTADOR

[Dados gerais](#) [Formação](#) [Atuação](#) [Projetos](#) [Produções](#) [Inovação](#) [Educação e Popularização de C & T](#) [Eventos](#) [Orientações](#) [Bancas](#) [Citações](#) +

Paulo Capel Narvai

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8531108709147659>

Última atualização do currículo em 28/10/2016

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978) e Especialista (1981) e Mestre (1993) em Saúde Pública pela USP. Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001, Vice-Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEx) e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) da FSP/USP. Publicou 4 livros, 32 capítulos de livros e 104 artigos científicos em periódicos especializados. Apresentou 146 trabalhos em eventos, incluindo resumos, conferências, simpósios, palestras e outras formas de comunicação técnico-científica. Ministrou cursos, integrou comissões organizadoras de eventos e participou de eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colômbia) e Cayetano Herédia (Peru). Integrou 149 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, e concursos públicos). Orientou 22 dissertações de mestrado e 11 teses de doutorado na área de Saúde Coletiva. Colabora com 15 revistas científicas, sendo Editor Associado ad hoc da Revista Brasileira de Epidemiologia, membro do conselho editorial de 3 e revisor de 11 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 484 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da Água e Vigilância da Saúde Bucal. É consultor ad hoc da CAPES, da Fapesp e Coordenador Geral do CECOL/USP - Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (www.cecol.fsp.usp.br). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Paulo Capel Narvai

Nome em citações bibliográficas

NARVAI, P. C.; Narvai, Paulo Capel; Paulo Capel Narvai

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Sala 23
Pinheiros
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617782
Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: www.usp.br/fsp

Formação acadêmica/titulação

1994 - 1997

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Produção científica na área de odontologia preventiva e social. Brasil, 1986-1993, Ano de obtenção: 1997.
Orientador: Eurivaldo Sampaio de Almeida.
Palavras-chave: Pesquisa Científica; Saúde bucal coletiva; Odontologia preventiva; Odontologia social.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Saúde Humana.

1990 - 1993

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Prática odontológica no Brasil: propostas e ações no período 1952-92, Ano de Obtenção: 1993.
Orientador: Roberto Augusto Castellanos Fernandez.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Palavras-chave: Políticas de Saúde Bucal; Odontologia preventiva; Odontologia sanitária; Prática Odontológica; Odontologia social; Saúde bucal coletiva.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Saúde Humana.

1981 - 1981