



ANDRESSA APARECIDA SANTANA

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(SUS): UM ESTUDO FUNDAMENTADO NA
PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES EM UM
MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

LAVRAS-MG

2013

ANDRESSA APARECIDA SANTANA

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM ESTUDO
FUNDAMENTADO NA PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES EM UM
MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora

Dra. Patrícia Aparecida Ferreira

LAVRAS - MG

2013

**Ficha Catalográfica Elaborada pela Coordenadoria de Produtos e
Serviços da Biblioteca Universitária da UFLA**

Santana, Andressa Aparecida.

Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo fundamentado na percepção de diferentes atores em um município do sul de Minas Gerais / Andressa Aparecida Santana. – Lavras: UFLA, 2013.

89 p. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Lavras, 2013.

Orientador: Patrícia Aparecida Ferreira.

Bibliografia.

1. Políticas públicas. 2. Sistema Único de Saúde – Avaliação. 3. Saúde pública. I. Universidade Federal de Lavras. II. Título.

ANDRESSA APARECIDA SANTANA

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM ESTUDO
FUNDAMENTADO NA PERCEPÇÃO DE DIFERENTES ATORES EM UM
MUNICÍPIO NO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 23 de julho de 2013

Dr. Magnus Luiz Emmendoerfer - UFV

Dr. Mozar José de Brito – UFLA

Dra. Silvia Helena Rigatto – UFLA

Dra. Patrícia Aparecida Ferreira
Orientadora

LAVRAS - MG

2013

*Dedico este trabalho ao meu pai e à minha mãe,
pois foram eles que tornaram possível
a realização deste sonho. Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora Aparecida, pelo Dom da Vida! Estão sempre comigo e não me deixaram desistir.

Aos meus pais, José Maria e Nerileida, pela vida, pelo exemplo de luta, perseverança e amor dedicados a mim e aos meus irmãos.

Aos meus irmãos, Ana Carolina e Júnior (anjos na minha vida), pelo carinho, companheirismo, amizade e grande ajuda em todos os meus trabalhos, durante toda a minha caminhada. Vocês foram fundamentais!

A meu amor, Rodrigo, pela confiança, amor, carinho e paixão, e por sempre ter estado ao meu lado.

Aos meus familiares, que sempre torcem por mim,

A minha orientadora, professora Patrícia, primeiramente por me aceitar como orientada, quando estava perdida e, segundo, pelo profissionalismo, dedicação e grande apoio neste trabalho.

Aos professores, pelos conhecimentos transmitidos.

À minha voluntária de iniciação científica, Jordana, pelo companheirismo e dedicação ao projeto. Muito obrigada de coração!

Aos Amigos, que torceram por mim desde a seleção para o mestrado, em especial a Larissa e Janderson, e a Nayara, pelo auxílio na revisão do trabalho.

Às minhas estagiárias, Isabella, Lívia e Raíssa pela amizade e apoio nesta jornada.

Aos Amigos do Mestrado, Aline, Alan, Ana Cláudia, Antônio Carlos, Eduardo e Roberta, que me auxiliaram nos momentos difíceis, compartilhando as angústias, além de ampliarem minha visão em Administração Pública com suas experiências nas mais diferentes áreas.

Aos Colegas de Trabalho, pelo carinho e compreensão nos momentos finais deste trabalho.

Ao Promotor, à Secretária de Saúde e ao Vereador que, de pronto aceitaram participar da pesquisa e enriqueceram muito o trabalho.

Ao Hospital, em especial à **Gestora Administrativa, à Coordenadora da Recepção e Hotelaria, ao Médico e Coordenador dos PSFs e à Médica Pediatra e aos Usuários** que participaram da pesquisa e contribuíram para a realização deste trabalho. Além disso, agradeço, como ex-funcionária da instituição, pelas oportunidades oferecidas, as grandes amizades conquistadas e pela paixão que me despertou pela área da saúde.

RESUMO

Este estudo foi realizado com o objetivo principal de analisar como diferentes atores de um município do sul de Minas Gerais avaliam o Sistema Único de Saúde (SUS). Propôs-se, ainda: identificar a percepção, com relação ao SUS, dos usuários de serviços de uma organização hospitalar; identificar a percepção, com relação ao SUS, de atores que fiscalizam, executam e legislam as políticas públicas de saúde no município, e discutir os critérios ou aspectos relevantes considerados pelos diferentes atores envolvidos em relação à avaliação do SUS no município em estudo. Foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva, por meio da amostragem não probabilística por conveniência. Os atores escolhidos foram: Promotor, Vereador, Secretária de Saúde, Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs, Médica do Hospital, Gestora Administrativa do Hospital, Coordenadora da Recepção e Hotelaria do Hospital e Usuários de um Hospital, de um município do sul de Minas Gerais, MG. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se a entrevista não estruturada e os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados compreenderam três categorias analíticas: i) a noção de SUS para os diferentes atores; ii) organização do SUS, enfatizando a questão da descentralização e financiamento e iii) avaliação do SUS. Ao avaliar o SUS a partir de atores que trabalham em diferentes instâncias que formulam, legislam e fiscalizam as políticas de saúde e também por aqueles prestam e utilizam os serviços do SUS no município, os resultados desta pesquisa demonstram a importância de avaliar o Sistema Único de Saúde, a partir do contexto e de particularidades locais daqueles que estão envolvidos com o sistema, de modo a propiciar informações que contribuam para a elaboração e/ou a reformulação das políticas públicas de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Avaliação. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study was realized with the objective to analyze how different actors of a city in southern of Minas Gerais evaluate the National Health System. It also intends to identify the perception of services users from a hospital organization, regarding the National Health System; to identify the perception of the actors who supervise, implement and legislate the public health policies in the city; and to discuss the relevant criteria or aspects considered by different actors involved in relation to assessment of the National Health System from the city in study. A descriptive qualitative research was conducted through a non-probability sample for convenience. The actors chosen were: Promoter, a City Councilman, the Secretary of the Health Department, the Doctor and Coordinator from Family Health Program, Doctor of the Hospital; the Administrative Manager of the Hospital, Coordinator of the Hospital Reception and Hospitality and Users of a Hospital, located in a city in the south of Minas Gerais, MG. For data collection a non-structured interview was used and the data were analyzed through content analysis. The results showed three analytical categories: i) the notion of the National Health System to the different actors, ii) the organization of the National Health System, emphasizing the issue of decentralization and financing; iii) the evaluation of the National Health System. In evaluating the National Health System from actors that work in different bodies which formulate, legislate and oversee health policies and also for those providing and using the National Health System in the city, the results of this study demonstrate the importance of evaluating the National Health System, from the context and local circumstances of those who are involved with the system, in order to provide information to assist in the development and/or redesign of public health policies in Brazil.

Keywords: Evaluation. Public Policies. National Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Percepção dos atores com relação ao Conceito do SUS.	53
Quadro 2 Percepção dos atores com relação à Descentralização.....	57
Quadro 3 Percepção dos atores com relação ao Financiamento	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS.....	13
3	JUSTIFICATIVA	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4.1	Política pública	17
4.2	Avaliação de políticas públicas.....	19
4.3	Sistema Único de Saúde (SUS)	24
4.3.1	Descentralização	31
4.5	Avaliação do SUS.....	34
5	METODOLOGIA.....	41
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1	A noção de SUS.....	48
6.2	Organização do SUS: descentralização e financiamento.....	54
6.3	Avaliação do SUS.....	64
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE.....	81

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas são essenciais para o desenvolvimento econômico, social, político e ambiental, e importantes para compreender os desafios, as contradições e as dicotomias que se estabelecem nas relações entre Estado e sociedade (FERREIRA et al., 2012). Assim, as políticas públicas constituem espaços de mediação e gestão dos conflitos sociais das sociedades contemporâneas (BRASIL, 2007).

Na gestão de políticas públicas, a avaliação é considerada uma etapa tão relevante quanto a formulação, o planejamento e a própria execução das ações propostas. No entanto, avaliar políticas públicas requer muita cautela e, no caso do Sistema Único de Saúde, devido à sua complexidade e à amplitude de serviços ofertados, é necessária uma atenção especial (LAVOR, 2012).

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, a responsabilidade pelo atendimento das necessidades de saúde era de cada indivíduo e as políticas desenvolvidas pelo Estado eram restritas a poucas atividades voltadas para a assistência a doenças e focalizadas em pequenos grupos da sociedade. Atualmente, quando se discutem políticas de saúde no Brasil, não se podem ignorar os artigos 6º e 196º, da Constituição Federal de 1988, que reconhecem a saúde como direito fundamental das pessoas e dever do Estado (BRASIL, 1999; FERRAZ; VIEIRA, 2009).

A Lei nº 8.080/1990 institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a concepção ampla do conceito de saúde adotado na Constituição e reafirma, em seu artigo 3º, que, entre outros, "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer" determinam de forma significativa as condições de saúde da população, e estes, por sua vez, "expressam a organização social e econômica do país" (BRASIL, 1990).

Em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)¹, publicado em fevereiro de 2011, foi demonstrado que, depois de mais de vinte anos da criação do SUS, parte significativa dos brasileiros desconhece as atribuições desse sistema, restringindo-as, especialmente, ao atendimento prestado em centros/postos de saúde.

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde criou o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema Único de Saúde, quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da atenção básica, da atenção ambulatorial e hospitalar e das urgências e emergências. O IDSUS avalia o Sistema Único de Saúde e tem como foco o usuário residente em cada município brasileiro².

Dessa forma, o IDSUS é considerado, pelo governo, como um subsídio para a formulação e a execução de políticas públicas de saúde, tendo em vista que ele pode subsidiar gestores municipais, estaduais e federais a fortalecerem, em um compromisso compartilhado, seus sistemas e a melhorarem a qualidade da atenção à saúde dos brasileiros.

Contudo, os primeiros resultados, divulgados em março de 2012, geraram críticas feitas por gestores e pesquisadores. Na percepção desses atores, as conclusões apresentadas pelo IDSUS e as comparações nele contidas, entre estados e municípios, não representam as realidades locais, devido às distorções provocadas pela metodologia utilizada, que previu um indicador único, composto por 24 itens, para medir situações bem diversas (BRASIL, 2011a; LAVOR, 2012).

Na busca de avaliar o SUS, outro instrumento criado pelo Ministério da Saúde foi a CartaSUS, que tem o objetivo de reforçar o controle e a participação

¹Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187&Itemid=2>. Acesso em: 30 maio 2011.

²Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acesso em: 26 set. 2012.

da população na gestão desse sistema de saúde. Esse instrumento contribui com a ouvidoria ativa, que busca informações, realiza pesquisas e incentiva a colaboração do cidadão. A CartaSUS tem os dados do cidadão, as informações da internação ou do procedimento realizado, o valor que foi pago pelo SUS e uma pesquisa de avaliação do atendimento que ele recebeu no hospital³ (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde iniciou o envio das cartas em janeiro de 2012, aos usuários do SUS que realizaram internação hospitalar. Além disso, segundo o Ministério, a cada seis meses, os cidadãos que passarem por algum procedimento de alta complexidade também receberão a carta.

Diante deste cenário, é possível observar que há ações do governo na criação de instrumentos para a avaliação das políticas de saúde no Brasil, no entanto, esses instrumentos não consideram as percepções dos diferentes atores que compõem o Sistema Único de Saúde e têm dificuldade em retratar as realidades locais.

Assim despertou o interesse em analisar como diferentes atores que fiscalizam, executam e legislam sobre as políticas públicas de saúde no município no sul de Minas Gerais avaliam o SUS, a partir de suas aspirações, experiências e vivências.

2 OBJETIVOS

Neste estudo, o objetivo geral foi analisar como diferentes atores de um município do sul de Minas Gerais avaliam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Especificamente, os objetivos foram:

³Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/cartasus/visao/carta/pesquisaCarta.jsf>>. Acesso em: 26 set. 2012.

- identificar a percepção, com relação ao SUS, dos usuários de serviços de uma organização hospitalar;
- identificar a percepção, com relação ao SUS, de atores que fiscalizam, executam e legislam sobre as políticas públicas de saúde no município;
- discutir os critérios ou aspectos relevantes considerados pelos diferentes atores envolvidos em relação à avaliação do SUS, no município em estudo.

3 JUSTIFICATIVA

As justificativas deste estudo podem ser classificadas como **teóricas**, relacionadas à literatura de avaliação de políticas públicas e **empíricas**, relacionadas às possíveis categorias que remetem à avaliação do SUS. A avaliação é, teoricamente, uma etapa do ciclo de política pública que deveria ser realizada durante e/ou após a implementação, destinada a influenciar sua reformulação. No entanto, a tradição brasileira em políticas públicas é carente de estudos de avaliação (ARRETICHE, 2009).

Para Arretche (2009, p. 37), “a produção e divulgação de avaliações rigorosas e tecnicamente bem feitas, permitem o exercício de um importante direito democrático: o controle sobre as ações do governo”. Daí a importância de se avaliar uma política pública.

O Sistema Único de Saúde passa, desde a sua criação em 1990, por importantes mudanças, principalmente devido ao processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios (BRASIL, 2011b). Esse processo de descentralização iniciou-se com a implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96), que transferiu para os estados e, principalmente,

para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS (BRASIL, 2001).

A experiência adquirida com processo de gestão descentralizada do sistema está em evolução, principalmente devido à municipalização. Porém, essa prática evidencia um conjunto de problemas e desafios existentes para a consolidação do SUS (BRASIL, 2001).

Sendo assim, quando se trata da avaliação de um sistema tão amplo como o SUS, que abrange todo o país e não se restringe apenas a tratamento de enfermidades e/ou doenças, esta fase da gestão da política pública torna-se mais intrincada, visto que a implementação de suas ações é descentralizada, realizada por instituições privadas, públicas e públicas não estatais, nos diferentes estados e municípios da Federação.

Arretche e Marques (2002) expõem que, no modelo atual, os municípios estão tendo que assumir a gestão da atenção básica e dos programas de saúde pública, além de regular a rede hospitalar instalada. Menicucci (2009) complementa que “o aprofundamento do processo de descentralização está gerando grande pressão sobre os governos locais”.

Diante da importância dos municípios no contexto das políticas públicas de saúde, a pesquisa tem como locus de estudo uma cidade situada no sul de Minas Gerais, cuja população é de, aproximadamente, 100.000 habitantes. Na área da saúde, este município é habilitado em Gestão Plena de Sistema e se sobressai na microrregião, pelas especialidades de cirurgia, oftalmologia, pediatria, ginecologia e cardiologia. Para que o município seja considerado Pleno em Gestão de Sistema, ele deve garantir, entre outras coisas,

o atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, [...] e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das

referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território⁴.

A cidade tem também quinze equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), sendo uma localizada na zona rural, que atende a dezessete comunidades, além de três hospitais, sendo um psiquiátrico e dois filantrópicos convencionais, isto é, hospital geral de média complexidade, e um deles integrou a presente pesquisa.

Diante da notória relevância dos municípios no contexto da implementação de políticas públicas de saúde no Brasil, neste estudo, propôs-se avaliar o SUS, fundamentando-se na percepção de diferentes atores que são aqui designados como Promotor, Vereador, Secretária de Saúde, Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs, Médica do Hospital, Gestora Administrativa do Hospital, Coordenadora da Recepção e Hotelaria do Hospital e Usuários de um Hospital, de um município do sul de Minas Gerais, MG. A cidade e os atores entrevistados não serão identificados, por motivos de sigilo. Entretanto, nenhuma informação importante para a análise do estudo será omitida.

Embora a proposta seja a de realizar uma avaliação do SUS no âmbito local, fundamentada na percepção de diferentes atores que fiscalizam, executam e legislam sobre as políticas públicas de saúde de um município do sul de Minas Gerais, acredita-se que os resultados encontrados a partir desta pesquisa retratem questões que possam orientar e subsidiar análises mais amplas (meso ou macro) das relações entre o SUS, o município e as organizações públicas não estatais, bem como também em relação aos diversos usuários do sistema.

⁴Portaria n.º 384/GM de 4 de abril de 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-384.htm>>. Acesso em: 4 jul. 2013.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção são tratados os aspectos que darão suporte para identificar como diferentes atores de um município no sul de Minas Gerais avaliam o Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiramente, são apresentadas as informações sobre políticas públicas com foco no modelo processual ou ciclo de políticas públicas. Em seguida, aborda-se a avaliação de políticas públicas e, finalizando, apresenta-se um histórico da saúde no Brasil, até a criação do SUS, seus princípios norteadores, a descentralização como forma de implementação de suas políticas e a sua avaliação.

4.1 Política pública

De acordo com Peters (1986), a política pública é o conjunto das atividades dos governos que influenciam de alguma forma a vida dos cidadãos. Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) complementam afirmando que as políticas públicas podem ser compreendidas como ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas com base na agenda dos governos, permeadas com os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando em ações procuram transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade.

As políticas públicas são um fluxo de decisões públicas que tem como objetivo manter o equilíbrio social ou introduzir desequilíbrios destinados a modificar uma realidade (SARAIVA, 2006). Elas têm diferentes abordagens de análise, no entanto, neste trabalho, optou-se pelo modelo processual, também chamado de ciclo de políticas públicas.

Para Secchi (2010), o processo de análise das políticas públicas é um ciclo ou um esquema de visualização e interpretação que as organiza em sete

fases sequenciais e interdependentes, que são: identificação do problema, formação da agenda, formulação das alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção.

Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) também consideram que as políticas públicas podem ser tratadas de modo esquemático, como ciclos e estágios, podendo ou não recomençar com novas orientações, num movimento processual e dinâmico chamado *policy cycle*.

De acordo com Ferreira et al. (2012), esse modelo de análise das políticas públicas não deve ser visto como um processo linear composto por fases isoladas. Pelo contrário, deve ser compreendido como uma construção social, na qual as políticas surgem de um processo interativo entre Estado e sociedade. Sendo assim, o ciclo de políticas públicas é muito útil, pois ajuda a organizar as ideias, simplificar a complexidade de uma política e auxiliar na comparação de diferentes casos (SECCHI, 2010).

Portanto, a participação da população durante todo o ciclo é fundamental para que ela se identifique e consiga atingir os objetivos propostos pela política pública. Assim, Bonetti (2011) destaca a importância das instâncias locais na efetivação das políticas públicas.

Reforçando a opinião de Arretche e Marques (2002, p. 456), tem-se que “a literatura sobre poder local, por sua vez, enfatiza a importância das arenas e dos arranjos políticos no plano local, bem como as estratégias de sobrevivência eleitoral, para o sucesso de iniciativas locais de inovação em políticas públicas”.

Para Ferreira et al. (2012), a população afetada pela política e os agentes do Estado em contato com ela (chamados *street-level bureaucrats*, ou burocratas da rua) devem influenciar de forma mais intensa o processo de planejamento de políticas públicas, pois esses agentes sociais sabem exatamente o que acontece e o que seria melhor para alcançar os resultados da política, tornando o processo

mais democrático, com a participação das partes interessadas nas decisões que lhes afetam.

Giddens (1984 citado por O'DWYER; MATTOS, 2010), reforça essa opinião ao afirmar que os atores, a partir do seu conhecimento, monitoram o ambiente social e sua ação, assim como a de outros atores, e que essa monitoração possibilita a geração de mudança nas práticas da rotina do dia a dia.

Assim, Carvalho et al. (2012, p. 908) alegam que “avaliações realizadas em parceria com quem vivencia o problema, valoriza o saber local, além de aumentar as chances de que os resultados venham a ser utilizados”.

No entanto, Ferreira et al. (2012) reconhecem que existem várias dificuldades para a prática da participação no Brasil, dentre as quais estão os resquícios da cultura patrimonialista e as contradições que perpassam a formação da sociedade brasileira. Predomina, ainda, no Brasil uma sociedade fraca e desarticulada, com dificuldades para ocupar o espaço público e lutar pelos seus direitos.

Afinal, a participação não é importante apenas para legitimar, mas também corresponde à incorporação de colaboradores e à geração ou fortalecimento de capital social. Nesse sentido, a participação cidadã representa um processo de amadurecimento democrático (BRASIL, 2007).

Reconhecendo a importância da participação dos diferentes atores no ciclo da política pública, torna-se necessário apresentar algumas orientações sobre a fase de avaliação de políticas públicas, que será utilizada como o recorte teórico do estudo sobre o SUS.

4. 2 Avaliação de políticas públicas

A avaliação é um alinhador de um processo de construção de problemas, soluções e, eventualmente, da aplicação de decisões políticas. “A avaliação não

é uma resposta, não é uma prescrição” (DENIS, 2010, p. 230). É uma contribuição para a compreensão da realidade, de acordo com o sentido dado pelos atores, em determinadas conjunturas, para a tomada de decisão. Assim, a avaliação é um catalizador para a reflexão sobre uma perspectiva de transformação (DENIS, 2010).

A avaliação é parte constitutiva do ciclo de políticas públicas e, por isso, não deve ser vista de forma isolada, pois seus resultados têm como objetivo dar maior respaldo para a tomada de decisões e orientar de forma eficiente a alocação de recursos de uma política. Existem vários tipos de avaliações que são diferenciados em decorrência do tempo de sua realização, dos objetivos estabelecidos, dos atores implementadores e dos que têm o poder decisório (COHEN; FRANCO, 1994).

Denis (2010) apresenta três abordagens de avaliação que, segundo o autor, marcam a evolução no campo da avaliação, da prática e do conhecimento. São elas:

- a primeira é a orientada para metas e objetivos, e tem como perspectiva a avaliação do alcance das metas. A vantagem dessa abordagem é que ela pode ser um instrumento valioso para o monitoramento do que está sendo realizado em cada nível de decisão da organização. A desvantagem é que esses estudos não explicam o porquê do sucesso ou do fracasso de um determinado programa;

- a segunda abordagem se refere à avaliação baseada na teoria (*theory-based approach*) que procura compreender qual é o caminho lógico ou empírico que funcionou e que gerou determinados resultados. Um dos limites desta abordagem é convencer os gestores e os tomadores de decisão de sua importância;

- a terceira abordagem, e que foi utilizada no presente estudo, diz respeito às perspectivas ditas “participativas”, ou seja, avaliação endógena, orgânica, que trabalha com a ideia de construção de forma coletiva, com os

responsáveis pela intervenção, os avaliadores e os políticos. Parte do pressuposto de que o conhecimento gerado junto com diferentes atores será mais justo e útil para a ação. Além disso, essa perspectiva permitir compensar o déficit democrático por meio da busca das partes envolvidas na condução da ação.

Historicamente, a administração pública brasileira não tem a preocupação de avaliar programas públicos, em especial, os sociais. E a produção de conhecimento técnico para a melhoria da gestão do setor público sempre esteve mais voltada para os processos de formulação de programas do que para os relacionados à sua implementação e à avaliação (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Apesar do aumento no debate sobre avaliação de políticas públicas, essa fase do ciclo ainda é pouco aplicada em sua essência e, muitas vezes, limita-se a controlar investimentos financeiros realizados ou simplesmente servir como relatório das atividades desenvolvidas, não refletindo em efetividade para atribuir valor ou mérito da ação social (ASSUMPÇÃO; CAMPOS, 2009).

Faria (2003) também compartilha dessa opinião e relata que é notória a carência de estudos sobre avaliação de políticas, o que se deve, em grande parte, à escassa utilização da avaliação como instrumento de gestão, pelo setor público do país, nos três níveis de governo.

Ainda segundo Faria (2003, p. 22),

escassez de estudos “pós-decisão” parece explicada não apenas pela frágil institucionalização da área no Brasil, que faz com que a análise das políticas públicas continue gravitando na órbita das questões analíticas mais tradicionalmente valorizadas pela ciência política, mas também pela debilidade do campo de estudos da administração pública no país.

No Brasil, a utilização da avaliação tem sido deixada em segundo plano, pois prevalece a crença da existência de uma relação simples e linear entre avaliação e ação, preconizando o modelo “racional” de tomada de decisão.

Nessa perspectiva, prevalece a percepção de que a boa avaliação é aquela capaz de fornecer informações factuais, objetivas e livres de julgamento de valor, marcadas pela objetividade. Com isso, a combinação do modelo racional de tomada de decisões com a perspectiva positivista tem resultado em receitas “prontas”, que desconsideram a questão da utilização da avaliação e deixam de lado variáveis importantes de natureza cognitiva, organizacional ou política (SERPA; CALMOM, 2009).

Ao contrário das avaliações objetivistas, as avaliações pautadas na abordagem pluralista, que será utilizada neste estudo, se baseia no conceito de que o valor depende do impacto da intervenção sobre cada cidadão, portanto, tem uma visão subjetivista para alcançar a compreensão dos impactos ocasionados (ASSUMPÇÃO; CAMPOS, 2009).

Assim, na concepção pluralista, a avaliação se torna uma construção coletiva, na qual os atores envolvidos verificam a pertinência de uma política pública e não observam apenas se os efeitos da mesma estão de acordo com os objetivos iniciais (TINÔCO, 2011).

Esse tipo de avaliação defende o conceito de aprendizagem coletiva, no qual a qualidade da avaliação tem relação direta com a integração de ideias produzidas na sociedade e nos debates levantados (CORCUFF, 1993 apud TINÔCO et al., 2011). Assim, Felisberto (2006, p. 553) reforça a ideia de que “o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional”.

Por isso, vários autores questionam: O que é avaliar? Para quê se avalia? Avalia-se para escolher, entre vários projetos, o mais eficiente. Neste contexto, a seleção de alternativas para a ação e a modificação na implementação supõe um processo de tomada de decisões, devendo ser analisado para quem se avalia, ou qual é o escalão dentro da estrutura de poder para o qual se realiza a avaliação,

podendo ser diferenciado de acordo com os destinatários (COHEN; FRANCO, 1994).

Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011, p. 1668) reforçam a opinião de Cohen e Franco (1994) ao afirmarem que,

se a ação avaliativa compreende a emissão de um juízo de valor, torna-se, portanto, necessário refletir sobre como; quando; onde; para quem; com quem; quanto – ou seja, dependendo quais fontes e quais quantidades de recursos; em que medida; atendendo a quais interesses; significando e ressignificando quais conceitos; representando quais influências e interesses; resultando em quais consequências; uma prática caracterizada como avaliação pode – e deve – gerar transformações positivas na realidade e bem-estar coletivo.

Segundo Costa e Castanhar (2003), a avaliação sistemática, contínua e eficaz de políticas públicas pode ser um instrumento para se alcançar melhores resultados, maior utilização e controle dos recursos, além de fornecer aos formuladores de políticas sociais e aos gestores de programas dados importantes para tornar as políticas mais consistentes e a gestão pública mais eficaz.

Desse modo, as organizações, ao utilizarem instrumentos adequados de avaliação de programas, estão se movendo na direção de uma maior *accountability* e do uso qualitativo de recursos públicos, na medida em que estes permitem indicar os programas que têm mais efetividade, eficiência e qualidade, e, ainda, como estes poderiam ser melhorados, nos casos necessários (NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP / UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - UNICAMP, 1999).

Assim, institucionalizar a avaliação não é somente ter um supergabinete de avaliação, mas conseguir sensibilizar as pessoas com mensagens apropriadas, construindo um canal de diálogo e de troca nas organizações (DENIS, 2010).

Ainda segundo Denis (2010), conseguir criar uma forma de comunicação que as pessoas chamam de comunidade de práticas, na qual elas

trocam não tanto decisões racionais, mas uma metodologia de aprendizagem, seria uma enorme conquista. Porém, é um grande desafio para a avaliação conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Reconhecendo essas diferentes questões que permeiam a fase de avaliação do ciclo de políticas públicas em saúde é que o SUS surge, aqui, como objeto de estudo.

4.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

A saúde é uma grande preocupação dos seres humanos, e “um dos maiores desafios para o futuro da humanidade é disponibilizar saúde para a maioria dos habitantes deste planeta” (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009, p. 5).

No Brasil, em 1920, durante o período da Primeira República, teve início a construção das bases para o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central, por meio da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2011).

Em 1923, a Lei Elói Chaves regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que podem ser compreendidas como um marco inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente na área da saúde. As CAPs eram organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores, seguindo os princípios do seguro social, ou seja, um modelo em que os

benefícios dependiam das contribuições dos segurados (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005 apud CONASS, 2011).

A década de 1920, entretanto, foi marcada pelo surgimento de manifestações com objetivos políticos explícitos que culminaram, em 1930, com o movimento nacional de natureza civil militar que deu fim à primeira república. Esse movimento inaugurou um período em que se redefiniram as relações entre o governo e o povo, e a visão do país (CARVALHO, 1998).

Em 1937, foi promulgada a nova Constituição, que reforçou a autoridade presidencial e a centralização do poder, que ficou conhecida como a ditadura do Estado Novo. Com relação à Previdência Social, a política de Estado visou estender a todas as categorias do operariado urbano os benefícios da previdência. Assim, as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), nos quais os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (MARTINS, 2011).

Segundo Martins (2011), em 1945, com a queda de Getúlio e a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país iniciou um período de dezenove anos de experiência democrática. Nesse período, a saúde pública teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até os anos 1960.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (CONASS, 2011).

O governo militar implantou reformas que afetaram muito a saúde pública. Uma delas foi a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966,

concentrando todas as contribuições previdenciárias e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora ainda excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e os urbanos informais (CONASS, 2011).

Os vinte anos de ditadura militar caracterizaram-se por uma atividade de franca centralização e concentração do poder institucional. Foi uma verdadeira “reorientação” em sentido contrário ao que se buscava no projeto das reformas de base, ou seja, a descentralização e a desconcentração (LUZ, 2000).

O modelo econômico implantado pela ditadura militar, em 1975, entrou em crise, iniciando-se, na década de 1980, um forte movimento de contestação ao sistema de saúde governamental. Esse movimento caracterizou-se pelo apelo à democratização do sistema, à participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização (CONASS, 2011).

A Nova República teve início com o fim do governo militar, em 1985. Nesse período, lideranças do movimento sanitário assumiram, efetivamente, posições estratégicas nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marcou a reforma do setor de saúde brasileiro, tendo três objetivos principais que são:

- (i) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais; (ii) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; e (iii) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Esse marco da reforma tem como base jurídico-institucional a Constituição Federal de 1988, que dedicou à saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social. O texto constitucional configura a saúde como um direito de

todos e um dever do Estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde, quanto para o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em um Sistema Único de Saúde, de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral (BRASIL, 1995).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (CONASS, 2011, p. 24)

Segundo Ferraz e Vieira (2009, p. 227), o conceito de saúde é

... a saúde não se resume à mera ausência de doença, mas se trata de um conceito multidimensional que engloba determinantes de natureza ambiental, social, econômica e cultural importantes. Essa multidimensionalidade do conceito de saúde implica necessariamente complexidades na elaboração e implementação das medidas que visam à sua proteção, promoção e recuperação, isto é, na chamada política de saúde (...).

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde é um processo em construção permanente e será sempre um desafio constante atingir, em todo o território nacional, os quatro princípios norteadores, fixados constitucionalmente como universalidade, integralidade, equidade com controle social e efetivo financiamento.

O princípio da **universalidade** é o que garante que “a saúde é um direito de todos” e o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde. Portanto, universalidade é a garantia de atenção à saúde, em todos os níveis de assistência.

No entanto, o SUS constitucional universal convive com o SUS real, segmentado. E a constituição, ao permitir à iniciativa privada atuar na prestação de serviços de saúde, de forma complementar ao SUS, determinou a segmentação do sistema. Sendo assim, o SUS comporta dois outros subsistemas no seu arcabouço: o sistema de saúde suplementar (planos de saúde) e o desembolso direto (BORGES, 2009).

O princípio da **integralidade** destaca que todas as pessoas, grupos e classes da sociedade encontram-se expostos a diversos riscos à sua saúde e a oferta de ações de saúde deve ser integral e simultânea, incluindo ações simples. A atenção à saúde inclui promoção, prevenção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletivamente. Porém, há, de certa forma, consenso, na sociedade, com relação ao fato de o direito à integralidade estar sustentado em evidências científicas e princípios éticos, validados socialmente. Isso permite organizar a oferta dentro de padrões racionais e realmente impactantes da saúde (BORGES, 2009).

Todo cidadão é igual perante o SUS e deve ter igualdade de oportunidades em usar o Sistema de Saúde. Igualdade como princípio, segundo Ferraz Júnior (2003), representa um código forte, pois há ou não há igualdade, não existindo “mais ou menos”. No entanto, esse princípio que assegura o acesso igualitário considera, porém, a reconhecida desigualdade das necessidades entre as pessoas. Isso significa que o SUS deve tratar a todos de forma igual, mas respeitando os direitos de cada um, segundo as suas diferenças, investindo mais onde a carência for maior. Dessa forma, o mesmo autor ainda ressalta que essa flexibilidade descodifica a igualdade, conforme um código fraco. Isso acontece quando se associa justiça e equidade, como percepção de igualdade.

O princípio da **Equidade** significa tratar os desiguais de forma desigual, diferente (BORGES, 2009, p. 28). A equidade traz, assim, para a justiça, um

sentido de ambiguidade que é, por assim dizer, o preço que se paga pelo senso de equilíbrio nas circunstâncias particulares (FERRAZ JÚNIOR, 2003, p. 354).

Contudo, segundo Domingues e Machado (2011), o setor saúde tem papel decisivo na promoção da equidade, pois alerta outros setores e a sociedade para a importância de se agir sobre os determinantes sociais.

Quanto à participação da comunidade ou controle social, os usuários se envolvem na gestão do SUS por meio das conferências e dos conselhos de saúde, que são meios para a participação efetiva da população, no sentido de promover as mudanças necessárias para seu bem-estar e qualidade de vida, influenciando a gestão das ações e dos serviços de saúde, em cada esfera de governo.

Na composição dos conselhos de saúde, com relação aos seus membros, ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários ocupam metade das vagas, os gestores têm um quarto e os trabalhadores de saúde, outro quarto.

Os instrumentos de participação social assumem papel importante na construção do Sistema Único de Saúde, pois somente por meio da voz dos cidadãos que cobram e lutam pelos seus direitos, reconhecem e cumprem seus deveres, será possível construir uma sociedade melhor e mais digna (MARTINS, 2011).

Contudo, o povo, como salienta Müller (2000, p. 20), não é um conceito unívoco, mas plurívoco. Corroborando essa visão, Carvalho (1998) destaca que o “povo” brasileiro ainda possui a estadia e não a cidadania desejada, ou seja, a inserção na política se dá mais por meio do Estado do que pela afirmação dos direitos de cidadão. O povo se coloca no papel de ator coadjuvante e fica na plateia apenas “palpitando” sobre as ações do Estado e transferindo as responsabilidades, e não desenvolve o seu real papel de cidadão perante a sociedade.

O princípio do **efetivo financiamento** declara que a maior parte dos problemas de saúde tem determinantes multidimensionais e complexos que demandam políticas públicas também complexas e integradas em diversas áreas. Além dos problemas técnicos, como a impossibilidade de se prever resultados ou a dificuldade de se aferir previamente a efetividade de determinada política, há, ainda, o problema da escassez de recursos (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

O financiamento do SUS ainda é objeto de disputa, refletindo na instabilidade e na insuficiência dos recursos alocados, restringindo, assim, a efetivação do SUS na sua completa acepção (MENICUCCI, 2009).

Um dos princípios gerais do financiamento para o SUS é a responsabilidade das três esferas de gestão: União, estados e municípios. No entanto, após onze anos, o projeto da Emenda Constitucional 29 (EC29), que estabelece a vinculação de recursos à saúde nas três esferas de governo foi sancionado pela presidente Dilma, em janeiro de 2012, mas, com vários vetos. De acordo com o texto final, os estados são obrigados a investir 12% da arrecadação com impostos na saúde e os municípios, 15%, mas não há limite definido para o governo federal (BATIMARCHI, 2012), gerando, assim, uma grande insatisfação do setor.

Portanto, mesmo com a sanção da EC29, a discussão sobre o financiamento da saúde no Brasil ainda está longe terminar. Apesar do aumento de recursos aplicados por estados e municípios, o orçamento da saúde continua insuficiente para fazer frente à universalidade e à integralidade da atenção (CONASS, 2011).

Diante da complexidade do sistema de saúde brasileiro e da problemática do financiamento, torna-se necessário aprofundar na forma de organização do SUS, diante do processo de descentralização do sistema.

4.3.1 Descentralização

A particularidade do arranjo federativo brasileiro, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em que os estados e os municípios constituem-se em entes federados, sem relação hierárquica, torna difícil a construção de um sistema nacional de saúde, fundado em princípios avançados de unicidade, universalidade e integralidade da atenção e na diretriz de descentralização com comando único em cada nível de governo (BRASIL, 2001).

Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios, torna mera casualidade que o espaço territorial populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou, mesmo, que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais (BRASIL, 2001).

O processo de institucionalização do SUS como política de caráter federativo e intergovernamental vem estabelecendo novas competências e responsabilidades governamentais, que implicam em constantes negociações e pactos intergestores, que influenciam diretamente a gestão setorial (CARVALHO et al., 2012).

Na perspectiva da gestão, Menicucci (2009) afirma que o SUS compreende um exemplo de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais, com a participação das três esferas de governo e da sociedade.

Reforçando essa visão, no artigo 198 da Constituição Federal ficou estabelecido que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado em três diretrizes (BRASIL, 1999). A primeira se refere à descentralização “com

direção única em cada esfera de governo”; depois, o atendimento integral “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e, por último, a “participação da comunidade”. Assim, a descentralização consiste no processo de redistribuição das responsabilidades e das atribuições das ações e dos serviços de saúde entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a municipalização é a descentralização da gestão pública em âmbito local, considerando que as políticas públicas se concretizam onde está localizada a população, na base. Magalhães (1997, p. 113) complementa que a municipalização é a principal forma de descentralização, pois,

A saúde, por indicação de toda a atual política de Saúde Pública, não pode ser gerida por esferas administrativas maiores, como União e Estados, que, ao centralizar a gestão e o controle, inviabilizam uma administração competente em que os recursos investidos cheguem até o destinatário do serviço de saúde. Por esse motivo, que é de conhecimento notório, caminha-se para uma municipalização da saúde no País, o que pede, também, a municipalização da gestão dos recursos.

O Brasil está adotando, então, como estratégia, a posição de reconhecer o município como o principal responsável pela saúde de sua população, partindo do pressuposto de que quanto mais próxima da realidade local a decisão for tomada, maior a chance de acerto (MARTINS, 2011).

No município em estudo, segundo a Lei Delegada nº 001, de 2 de janeiro de 2013, Seção III, da descentralização e da desconcentração, art. 11, o poder Executivo Municipal adotará política de descentralização e de desconcentração de seus serviços, funções e atividades, tendo como objetivos:

assegurar maior agilidade nas decisões e situar os serviços, as funções e as atividades do Governo Municipal o mais próximo possível dos cidadãos, dos fatos, das necessidades a

atender ou problemas a resolver, de modo a permitir a participação da população na formulação de suas demandas, aspirações e projetos, bem como no estabelecimento de prioridades e no controle das ações do governo.

No entanto, a gestão da rede de serviços em contexto federativo, associada à descentralização, desperta para a necessidade da combinação da autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os princípios constitucionais de universalidade e integralidade da atenção (MENICUCCI, 2009).

Além da descentralização, o SUS se pauta também por uma hierarquização, que é concebida como a formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, por meio de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde (MARTINS, 2011).

O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares, que são:

- atenção primária, que é a assistência sanitária essencial, básica;
- atenção secundária, que é o nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais (que são a grande maioria no Brasil) de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação;
- atenção terciária, que é o nível de atenção constituído por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2012).

A construção da descentralização constitui um processo dinâmico, com avanços e recuos, a depender da correlação de forças presentes na sociedade.

Além disso, para que a descentralização se faça efetivamente democrática, não basta que o poder seja distribuído territorialmente; é necessário que a sociedade de cada estado-membro participe efetivamente da vida política (BRASIL, 2006).

Complementando, segundo Brasil (2006), para uma descentralização na saúde mais democrática, é necessário que cada membro da sociedade participe efetivamente da vida política, começando pelo exercício do voto. No entanto, Magalhães (1997, p. 13) ressalta que “a democracia não se esgota nas formas de participação eleitoral, mas na efetiva construção do Estado e da Sociedade”.

A partir dessas considerações, é que se propõe avaliar o SUS em um município no sul de Minas Gerais, a partir da percepção de diferentes atores.

4.5 Avaliação do SUS

Para Denis (2010), existem várias definições de avaliação bem semelhantes. Avaliação é um tipo de pesquisa que estimula a “vocação a aplicar”, pois ela visa, ao longo do tempo, influenciar a prática da transformação de políticas, da tomada de decisões administrativas, a prática em si mesma, a gerência e a coordenação de programas de saúde.

Atualmente, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde estão sendo desenvolvidas no Brasil, não se restringindo à academia, pois estas permitem uma enorme multiplicidade de recortes do real e abordagens metodológicas diferentes, devido à sua natureza e abrangência (GOUVEIA et al., 2009).

Viacava et al. (2004) expõem que, além do debate ideológico e da agenda conservadora, a avaliação dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir um valioso instrumento de monitoramento das políticas. No entanto, a forma de gerenciamento do desempenho do sistema saúde varia conforme o modelo instituído por país, dependendo dos arranjos

institucionais, do *mix* público/privado e do tipo de coordenação do sistema, com controle gerencial público (Reino Unido, Canadá, Austrália) ou centrado em incentivos de mercado (EUA). De maneira geral, pode ser centralizado, como o do Reino Unido; descentralizado, como o dos Estados Unidos ou misto, como o da Austrália e da Canadá (VIACAVA et al., 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde⁵, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Além de oferecer consultas, exames e internações, também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 2011b).

Devido à amplitude desse sistema, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) aponta que a preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do SUS, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas, como é o caso do IDSUS e da carta SUS.

O IDSUS é um indicador que propõe avaliar o desempenho dos sistemas de saúde quanto ao acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações de saúde. Tem como objetivo subsidiar as ações dos gestores públicos, visando à melhoria na qualidade dos serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2011a).

Já a Carta SUS é uma ferramenta utilizada para avaliar o atendimento e os serviços prestados e tem como objetivo reforçar o controle e a participação da população na gestão do sistema. Visa estabelecer uma relação direta dos gestores do sistema de saúde com os cidadãos, buscando angariar a adesão da sociedade

⁵Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em: 1 jun. 2011.

na defesa do SUS, bem como identificar a percepção dos usuários em relação à qualidade do atendimento (ANDRADE et al., 2012)

Diante desta busca incessante por metodologias de avaliação, o acesso a resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um forte instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que refletem no fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde (BRASIL, 2009).

Para Carvalho et al. (2012, p. 910),

estas considerações ganham eco nas afirmativas de Bodstein (2002), que destaca o papel que pode desempenhar a avaliação em saúde no sentido de resgatar o necessário compromisso entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão, removendo obstáculos a essa aproximação e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema de saúde brasileiro que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão.

Dessa maneira, os processos e as práticas de avaliação devem fazer sentido na perspectiva dos diversos atores envolvidos, pois as interpretações e as interações dos sujeitos têm relevância para a produção dos resultados de processos de aprendizagem na gestão. Assim, o contexto político-institucional torna-se um componente central para melhorar o conhecimento do objeto em observação, ou seja, se forem tomados como ponto de partida as premissas e os objetivos de uma política pública, o processo de avaliação, desde sua formulação à sua utilização, poderá trazer enormes benefícios aos envolvidos, à organização e ao público alvo (TAMAKI et al., 2012).

Dentre os estudos de avaliação sobre diferentes perspectivas do SUS destacam-se os trabalhos descritos a seguir.

Em 2004, a Área de Estudos e Pesquisas do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/SGP) realizou um levantamento para verificar a percepção de prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS (BRASIL, 2005). Como principal resultado, constatou-se que os princípios de integralidade e descentralização foram os mais citados como pontos positivos. Com relação aos pontos negativos da gestão do SUS, o financiamento e a estrutura da rede de serviços insuficiente ou inadequada receberam destaque. Os prefeitos entrevistados indicaram o apoio técnico e financeiro, tanto da União quanto do estado, como peças fundamentais para a melhoria da gestão do SUS nos municípios (BRASIL, 2005).

Em outra pesquisa realizada em secretarias municipais de saúde no estado da Paraíba, com 80 gestores que participaram do processo de municipalização, no período entre 2000 e 2004, verificou-se que os mais preparados para os cargos têm capacitação em gestão de saúde e experiência na área, e compreendem melhor as políticas de saúde e as estratégias implantadas pelo SUS os que têm maior experiência (COSTA; SALAZAR, 2007).

Na análise dos efeitos da gestão sobre os resultados das mudanças, a mesma pesquisa revelou que existe diferença significativa entre secretarias de saúde dos municípios e que as mudanças estão diretamente relacionadas com o estilo de gestão adotado pelo gestor. Nos municípios em que gestores trabalham de forma integrada e participativa existe a conquista de melhoria da qualidade do atendimento, apesar da escassez de recursos. Já nos municípios em que os gestores comportam-se de forma autoritária e centralizadora, não foram obtidos os resultados desejados (COSTA; SALAZAR, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou, entre os anos de 2003 e 2005, no Brasil, duas pesquisas, visando avaliar o desempenho do

sistema de saúde brasileiro. A realização destas pesquisas constituiu uma oportunidade para a geração de informações para a saúde no país (GOUVEIA et al., 2009).

Em 2003, foi realizada, em todo o território nacional, a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) e, em 2005, desenvolveu-se uma nova pesquisa com amostra representativa em dois estados brasileiros, Rio de Janeiro e Pernambuco, conhecida como Pesquisa Mundial de Saúde, com foco na Atenção Básica (PMS-AB) (GOUVEIA et al., 2009).

Gouveia et al. (2009) realizaram um estudo por meio da análise dos resultados da PMS e da PMS-AB, em que foram selecionadas pessoas maiores de 18 anos que utilizaram o sistema de saúde em períodos anteriores às coletas de dados. Encaixaram-se nos critérios de inclusão 3.932 usuários da PMS e 591 da PMS-AB. Os resultados mostraram que ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e autopercepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro. Os moradores da região sul do país estão mais satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto, para pernambucanos, as chances de satisfação são menores quando se avalia a qualidade dos serviços de saúde. Os moradores deste estado apresentaram maior insatisfação na resolução de seus problemas de saúde, quando precisaram de internação (GOUVEIA et al., 2009).

Para Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011), a avaliação de políticas tem sido disseminada no âmbito internacional e gerado grande produção científica, no entanto, no Brasil ainda não se encontra consolidada. De acordo com os autores, apesar de ser perceptível o aumento de estudos acadêmicos, nos últimos anos e dos esforços para incorporá-los no setor saúde, ainda existe um longo caminho a ser percorrido.

Ainda segundo os mesmos autores, de um total de 66 artigos analisados para a pesquisa, 81% foram publicados de 2007 a 2009. Com a análise,

verificaram-se propostas de avaliação em saúde que vêm sendo colocadas, sugeridas e praticadas há muitos anos, no mundo inteiro. Nesse panorama, Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011, p. 1673) apresentam alguns desafios para o campo da avaliação de políticas de saúde no Brasil, que são:

- a complexidade teórico-conceitual e a multiplicidade metodológico-operacional tornam a avaliação ainda um campo em formação no Brasil;
- a utilização de conceitos por parte dos que trabalham com avaliação não segue um padrão único, o que gera, por vezes, uma situação de inadequação que transcende a simples semântica;
- necessidade de maiores esforços acerca da compreensão do que são políticas públicas.

Para Almeida e Hahn (2010, p. 47), “os princípios equidade, justiça e autonomia são importantes ferramentas para a resolução dos conflitos éticos e devem estar presentes na rotina de trabalho das unidades de saúde.” Os autores constataram, em sua pesquisa em duas unidades de Estratégia Saúde da Família, que a maioria dos profissionais de saúde tem conhecimento sobre esses conceitos e buscam utilizá-los nos atendimentos aos usuários. Porém, para outros, esses conceitos não são tão claros, visto a dificuldade de falar sobre o assunto.

Todos os profissionais afirmaram que praticam os princípios bioéticos em sua rotina, mas declararam que fatores como a grande demanda por parte de usuários, as equipes pequenas, a infraestrutura do local, a falta de tempo, a burocracia, a necessidade de encaminhamentos a outros serviços, o atendimento centralizado na unidade, a grande procura por consulta médica e a hierarquia do sistema influenciam o atendimento (ALMEIDA; HAHN, 2010).

Almeida e Hahn (2010) afirmam que é imprescindível que todos os profissionais conheçam e pratiquem os princípios da equidade, justiça e autonomia no dia a dia da área da saúde, e os utilizem como ferramenta na resolução de conflitos éticos.

Em contraponto, em 2012, Cordeiro et al. (2012) realizaram a análise de várias produções científicas e evidenciaram que o SUS é considerado utopia, alienação social, com relação aos princípios e diretrizes como universalização, equidade, integralidade, descentralização, além do controle social, das normas operacionais, da relação público/privado, da promoção da saúde e do conceito de saúde. Outra constatação é a de que o SUS avançou pouco desde sua implementação e necessita superar essas utopias, tornando-as realizáveis por meio do cumprimento das legislações e das normas vigentes, e também pela implementação de políticas públicas e estratégias que sensibilizem a participação dos atores sociais que compõem o sistema.

Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012) avaliaram o SUS na cidade de Natal, RN, a partir da visão de nove gestores dos cinco distritos sanitários, que responderam a um roteiro de entrevista semiestruturado. Os resultados mostraram que os gestores reconhecem os esforços do SUS na busca da universalização, entretanto, na prática, existem barreiras na atenção básica e no sistema de referência, o que gera dificuldades de acesso. A má administração dos recursos e o despreparo dos gestores, indicados por alianças políticas, além da ausência da comunidade nos conselhos municipais de saúde, constituem entraves para a melhoria do sistema.

Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012) destacam, ainda, a importância de modificar a cultura vigente de que a classe média deve usar planos de saúde, enquanto o SUS destina-se aos pobres.

Já Carvalho (2012) ressalta que existem várias dificuldades no processo de avaliação, mas é latente a necessidade da construção de estratégias e de caminhos que propiciem a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação no âmbito do SUS.

De acordo com Viacava et al. (2004), a experiência de avaliação do sistema de saúde de vários países demonstra que, para alcançar êxito, é

necessário um processo amplo de pactuação que leve em consideração a conformação do sistema de saúde, seus objetivos e metas, além dos diferentes atores que dele fazem parte.

Entende-se, então, que os estudos de avaliação visam produzir reflexão dos atores para modificar sua prática e, portanto, resultados que advenham das pesquisas avaliativas são bastante valorizados (O'DWYER; MATTOS, 2010).

Sendo assim, avaliar o SUS a partir da percepção de atores que trabalham em diferentes instâncias que formulam, legislam, fiscalizam e investigam as políticas de saúde e também por aqueles prestam e utilizam serviços de saúde em um município, representa uma janela de oportunidade para romper com as visões macro e generalistas apresentadas nos instrumentos governamentais utilizados para avaliá-lo.

5 METODOLOGIA

A escolha da metodologia a ser utilizada num trabalho científico está intimamente relacionada à natureza do problema a ser investigado. Assim, para atingir o objetivo deste trabalho, realizou-se uma pesquisa qualitativa. Segundo Godoy (1995, p. 62), a pesquisa qualitativa tem as seguintes características: “o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação dos investigados; o enfoque indutivo; e o caráter descritivo”.

Quanto à classificação, a pesquisa pode ser caracterizada como descritiva, pois visa, primordialmente, à descrição das características de determinado fenômeno que, no caso, consiste na avaliação do SUS a partir da percepção de diferentes atores de um município no sul de Minas Gerais. Em pesquisas descritivas, levantam-se informações sobre situações específicas e

relacionadas, no intuito de oferecer a visualização da totalidade a partir de suas distinções (ALENCAR, 2000).

Para Secchi (2010, p. 77), “atores são todos aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham papel na arena política”. Para este autor, a palavra ator traz a conotação de interpretação de papéis trazida das artes cênicas, pois os comportamentos dos indivíduos e das organizações são dinâmicos, de acordo com o papel que representam.

Para verificar como os diferentes atores avaliam o SUS, os mesmos foram selecionados de forma não probabilística por conveniência. De acordo com Malhotra (2001, p. 312), “a amostragem não probabilística por conveniência é uma técnica que não utiliza seleção aleatória, pois procura-se obter uma amostra de elementos convenientes e a seleção fica a cargo do entrevistador.” Os atores escolhidos estão descritos a seguir.

O vereador: de acordo com a Controladoria Geral da União (2009), vereador é o membro do Poder Legislativo do município que desempenha, como funções típicas, as tarefas de legislar e de exercer o controle externo do Poder Executivo, isto é, da prefeitura. A função legislativa consiste em elaborar, apreciar, alterar ou revogar as leis de interesse do município. Essas leis podem ter origem na própria câmara ou resultar de projetos de iniciativa do prefeito, ou da própria sociedade, por meio da iniciativa popular.

A função fiscalizadora, segundo o mesmo, está relacionada com o controle parlamentar, isto é, a atividade que o Poder Legislativo exerce para fiscalizar o Executivo e a burocracia. O controle parlamentar diz respeito ao acompanhamento, por parte do Legislativo, da implementação das decisões tomadas no âmbito do governo e da administração.

Como funções atípicas, conforme a Controladoria Geral da União (2009), a câmara tem também competência administrativa e judiciária. Na sua função administrativa, ela gerencia seu próprio orçamento, seu patrimônio e seu

pessoal. Também exerce uma função administrativa, quando organiza seus serviços, como a composição da mesa diretora, a organização e o funcionamento das comissões, etc.

A câmara exerce uma função judiciária, porque cabe a ela processar e julgar o prefeito por crime de responsabilidade, além de julgar os próprios vereadores, inclusive o presidente da câmara, em caso de irregularidades, desvios éticos ou falta de decoro parlamentar (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2009).

O Promotor: cabe destacar que o Ministério Público (MP) não faz parte de nenhum dos três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário. Ele tem autonomia na estrutura do Estado, não pode ser extinto ou ter as atribuições repassadas à outra instituição. Os procuradores e os promotores têm a independência funcional assegurada pela constituição. Assim, estão subordinados a um chefe apenas, em termos administrativos, mas cada membro é livre para atuar segundo sua consciência e suas convicções, baseado na lei. Os procuradores e os promotores podem tanto defender os cidadãos contra eventuais abusos e omissões do Poder Público, quanto defender o patrimônio público contra ataques de particulares de má-fé⁶.

A Secretária de Saúde: de acordo com a Lei Delegada nº 001, de 2 de janeiro de 2013, do município estudado, as funções da secretária de saúde são as seguintes:

Art. 48 - Compete à Secretaria Municipal de Saúde:
I - elaborar e propor ao Chefe do Executivo, em articulação com a Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão, as políticas municipais de saúde;
II - gerenciar, o Fundo Municipal de Saúde, e providenciar a sua prestação de contas;

⁶Disponível em: <http://www.prr4.mpf.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=19>. Acesso em: 6 jul.2013

- III - participar do planejamento e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Unificado de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
- IV - promover o levantamento dos problemas de saúde da população do Município, a fim de identificar as causas e combater as doenças com eficácia;
- V-coordenar o levantamento de indicadores epidemiológicos visando à escolha operacional e a definição das políticas de saúde pública do Município;
- VI - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- VII - promover o cumprimento das normas e posturas municipais relativas a sua área de atuação;
- VIII - celebrar contratos e convênios com entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- IX - fomentar a criação de consórcios intermunicipais de saúde, visando melhorar e ampliar o serviço de saúde pública do Município;
- X - articular-se com a Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania visando operacionalizar programas e projetos de sua área em conjunto com os Conselhos Municipais;
- XI - planejar, propor e coordenar a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS do Município;
- XII - avaliar, periodicamente, os resultados alcançados e deliberar sobre ajustes que se fizerem necessários;
- XIII - coordenar as atividades referentes à eliminação e prevenção de riscos de saúde, relativos aos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção de bens e da produção de serviços, no âmbito do Município;
- XIV - definir mecanismos de atuação conjunta com órgãos de defesa do consumidor e entidades de formação profissional atuantes na área de vigilância sanitária;
- XV - coordenar a realização das ações de vigilância epidemiológica no Município;
- XVI - executar o pronto atendimento e garantir assistência domiciliar com equipes multiprofissionais, propiciando humanização do atendimento e melhor qualidade de vida aos munícipes;
- XVII - promoção de campanhas de esclarecimento, objetivando a preservação da saúde da população, coordenadas pela Secretaria Municipal de Comunicação Social;
- XVIII - executar tarefas afins, determinadas pelo Chefe do Executivo Municipal.

O Hospital: dentre as instituições de saúde, os hospitais recebem destaque, pois, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), eles assumem um papel indiscutível na organização da rede de atenção à saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos. E em se tratando de hospitais filantrópicos, sua importância pode ser caracterizada também pela representatividade desse segmento no universo de hospitais brasileiros.

A escolha do hospital se deu devido ao fato de a pesquisadora ter trabalhado nesta instituição, o que contribuiu com a pesquisa, pois facilitou a coleta de dados e, além disso, ela se configura como uma organização pública não estatal implementadora de algumas políticas do SUS.

Assim, no hospital filantrópico selecionado para a realização do estudo, foram entrevistadas pessoas de diferentes áreas, como a administrativa, a médica e, também, usuários.

Na área administrativa, foram entrevistadas a gestora administrativa, que trabalha há nove meses na instituição e a coordenadora da recepção e hotelaria, que é formada em administração e trabalha há quatro anos no hospital. Na área médica, foram entrevistados um médico e uma médica. Ele é anestesista e também coordenador dos PSFs do município em estudo, há três meses. A médica tem especialização em pediatria e trabalha há, aproximadamente, oito anos na instituição.

O grupo de usuários foi dividido em dois, sendo um composto por três pacientes internados na instituição por meio do SUS e o outro, por três pacientes que têm algum plano ou seguro privado de saúde. Vale destacar que foram selecionados usuários que estavam em condições de responder à entrevista. Essa seleção foi realizada junto com a enfermeira responsável pelo setor de

internação e a psicóloga da instituição⁷. A participação dessas profissionais foi definida após a pesquisadora ter apresentado o projeto de pesquisa, juntamente com o parecer do Comitê de Ética, para que ambas se inteirassem do projeto e, assim, pudessem indicar os pacientes que elas considerassem aptos a participar.

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi aprovado pela presidência do hospital selecionado e pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Lavras (COEP-UFLA), sob parecer o n° 238.881, em 5 de abril de 2013. Os participantes foram informados previamente dos objetivos e procedimentos do estudo, sendo solicitado, ainda, que os mesmos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista não estruturada, contendo perguntas bases para todos os entrevistados, conforme Apêndice. Assim, pôde-se verificar a percepção de cada ator com relação à mesma questão. Alencar (2000) destaca a entrevista não estruturada como o método de coleta de informações mais utilizado nas pesquisas sociais.

Os dados coletados nas entrevistas foram gravados, transcritos e submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2010) que, segundo Severino (2007), consiste em uma metodologia que permite a compreensão crítica do sentido manifesto ou oculto nas comunicações, considerando as linguagens, a expressão verbal e os enunciados como informações importantes e indispensáveis para a compreensão dos problemas. De acordo com Bardin

⁷A enfermeira responsável pelo setor de internação e a psicóloga acompanham diariamente a evolução dos pacientes e estão com eles na maior parte do tempo, sendo assim, elas têm, além do conhecimento técnico, informações atualizadas sobre o estado físico e psicológico dos pacientes. Por isso, nenhuma entrevista foi realizada sem a indicação dessas profissionais. Ressalta-se que, após a indicação realizada por elas, a pesquisadora apresentou o termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao paciente e, caso ele não quisesse ou não estivesse disposto a participar da pesquisa, outro paciente seria selecionado.

(2010), a técnica é direcionada em torno de três polos organizados cronologicamente, que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação. Na pré-análise, as ideias foram sistematizadas, de forma a possibilitar o desenvolvimento das operações que foram realizadas sucessivamente no plano de análise.

Na exploração do material, foram realizadas a codificação, a decomposição, a enumeração e a categorização das entrevistas transcritas. Posteriormente, realizou-se o tratamento dos resultados, relacionando o conteúdo das categorias encontradas.

No estudo, as categorias que emergiram da coleta de dados foram: noção de SUS, organização do SUS e avaliação do SUS. Importante frisar que a primeira categoria abordou a questão da noção de SUS (o que é o SUS?) para os diferentes atores e a segunda categoria se referiu à organização do sistema, tratando especificamente de questões como a descentralização e o financiamento. As duas primeiras categorias deram sustentação e embasamento para a terceira e principal categoria, que se refere à avaliação do sistema. Essas categorias serão analisadas no tópico resultados e discussão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões deste trabalho estão dispostos em três seções, de acordo com as categorias que emergiram da pesquisa. Ressalta-se que foram realizadas treze entrevistas, sendo com o promotor de saúde, a secretária de saúde e um vereador; no hospital, foram entrevistados a gestora administrativa da instituição, a coordenadora da recepção e hotelaria, uma médica, um médico que também é coordenador dos PSFs, três usuários do SUS e três com usuários de planos privados de saúde.

Na primeira seção, apresenta-se a noção de SUS para os diferentes atores sociais; na segunda, relata-se a organização do SUS, no que diz respeito à descentralização e ao financiamento de suas políticas e, na terceira seção, aborda-se a avaliação do SUS.

6.1 A noção de SUS

Segundo a Lei nº 8080/90, artigo 4º, o Sistema Único de Saúde constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Essa lei adota a concepção ampla do conceito de saúde, afirmando que as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social também fazem parte do SUS (BRASIL, 1990).

A percepção sobre o SUS envolve um conjunto de fatores relacionados à experiência pessoal, às expectativas de atendimento e às informações recebidas pela mídia. Assim, por meio das entrevistas realizadas com diferentes atores, constatou-se uma percepção fragmentada dos entrevistados, pois os mesmos não conseguiram definir com clareza e profundidade o que significa o SUS, o que pode ser observado nos seguintes depoimentos:

O SUS é um sistema de saúde criado pelo governo federal para atender o cidadão brasileiro (Gestora Administrativa do Hospital)

É um sistema único de saúde, né? Onde a gente tem uns princípios que têm que ser seguidos, né? (Secretária de Saúde)

De acordo com o Ministério da Saúde⁸, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos (BRASIL, 2011b). Segundo Lavor, Dominguez e Machado (2011), o SUS é referência mundial em várias áreas, como:

- o Programa Nacional de Imunização (PNI). Com ele, o Brasil se tornou pioneiro no planejamento e no desenvolvimento de campanhas de vacinação em massa. Dados do Ministério da Saúde mostram que o Brasil foi o primeiro país do mundo a incluir a vacina contra rotavírus no sistema público de saúde;

- o relatório *State of the AIDS response* (Estado da resposta à AIDS), de 2010, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid) informa que o programa do SUS para o tratamento da AIDS é referência internacional;

- a base de pesquisa em saúde do SUS é, hoje, formada por 19 laboratórios públicos voltados para o desenvolvimento e a produção de medicamentos, soros e vacinas. Juntos, produzem 80% das vacinas e 30% dos medicamentos utilizados no sistema;

- o SUS mantém o Sistema Nacional de Transplantes, considerado um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. São 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes em 25 estados do país.

O vereador entrevistado tem a visão de que o Sistema Único de Saúde é um modelo para outros países e expõe essa percepção quando assim o definiu:

O SUS é um sistema de saúde, que no mundo inteiro, segundo as organizações de saúde, ele é modelo para o mundo inteiro. Os outros países até copiam o que o SUS faz no Brasil (Vereador).

⁸Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em: 5 jun. 2013.

Alguns dos entrevistados associam o SUS a um sistema de saúde destinado apenas às pessoas de classe baixa, que não têm condições de pagar por um plano privado.

Teoricamente, seria uma forma de beneficiar aquelas pessoas que não têm condições e acesso à saúde (Coordenadora da Recepção e Hotelaria do Hospital).

O SUS é um sistema pra atender àqueles pacientes que não têm condições de arcar com um plano de saúde (Médica do Hospital).

O cidadão considera o SUS como uma coisa de última; é a última coisa que ele procura é o SUS. É a última coisa na vida. Ele não tem mais aonde, não tem como fazer pra ter atendimento, ele procura o SUS. Mas, as pessoas que têm condição financeira, ninguém vai no SUS (Usuária 2 de Plano Privado de Saúde).

A única coisa que eu acredito, que 99,9% da população que usa o SUS sabe, é que é o convênio, como eu disse, convênio que o governo dá pra quem não tem condição de ter um convênio particular. Só isso (Usuária 1 do SUS).

O conceito do SUS, na visão desses entrevistados, é restrito, pois, além de o conceberem como um sistema voltado para as demandas das classes econômicas de baixa renda, eles o vinculam a um escopo reduzido de prestação de serviços, como, por exemplo, uma consulta médica, um procedimento cirúrgico ou uma internação, não possuindo, assim, a consciência de outras iniciativas do SUS, como vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, entre outros.

Em estudos como o de Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012), destaca-se a importância de modificar essa concepção arraigada na cultura brasileira, de que a classe média deve usar planos de saúde, enquanto o SUS destina-se aos pobres.

Viacava et al. (2004) afirmam que a forma de gerenciamento do desempenho do sistema saúde varia conforme o modelo instituído pelo país, dependendo dos arranjos institucionais, da relação público-privada e do tipo de coordenação do sistema.

O artigo 7º da Lei nº 8080/90 retrata que as ações dos serviços privados contratados ou conveniados também integram o SUS (BRASIL, 1990). No entanto, apenas o promotor entrevistado tem a visão de que a saúde privada também faz parte dele.

O SUS é o Sistema Único de Saúde, que é o conjunto de ações e forma de gestão da saúde pública e também privada no Brasil (Promotor).

Para Menicucci (2009), a articulação entre público e privado constitui um grande desafio para garantir um sistema de saúde no Brasil, com efetividade e sustentabilidade. Isso porque a institucionalização de um sistema dual implica na elaboração social de uma agenda inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema “único” e leve a reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde. Porém, para isso, necessita-se, primeiramente, que os cidadãos saibam o que é o SUS.

Pesquisa realizada pelo Conass (2003), revelou que o nível de conhecimento da população sobre o SUS é muito pequeno. Apenas 35% dos brasileiros entrevistados souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS (CONASS, 2006). Da mesma forma, pelos trechos das entrevistas, fica evidente que tanto para os usuários do SUS quanto para os usuários de planos privados de saúde esse cenário ainda persiste.

Humm... o que é o SUS?... Eu não sei responder... (Usuário 2 do SUS).

Iiiiiiii... O que é o SUS?” É um susto... Uai, o que é o SUS?...(Usuário 1 de Plano Privado de Saúde).

Agora você me apertou! Como é que eu falo? (Usuário 3 do SUS).

Uma questão interessante verificada nos depoimentos é que, muitas vezes, os usuários de planos privados de saúde não se consideram usuários do SUS e avaliam mal o sistema. Conforme constatado pela pesquisa do Ipea (2011), a proporção de opiniões de que os serviços prestados pelo SUS são ruins ou muito ruins é maior entre os entrevistados que alegaram não ter tido nenhuma experiência com o sistema (34,3%).

Não. Eu pago Unimed porque eu não queria ser usuária do SUS, por causa do atendimento que é muito ruim [...] Trata ele como um indigente (Usuária 2 de Plano Privado de Saúde).

Porém, Lavor, Dominguez e Machado (2011) apontam que várias ações, em especial as da vigilância sanitária em padarias, restaurante, salões de beleza etc., fazem parte do dia a dia dos cidadãos e também integram o SUS. Assim sendo, é muito difícil que algum cidadão brasileiro nunca tenha utilizado o sistema.

Para melhor apresentar as percepções dos usuários com relação ao conceito do SUS, apresenta-se, no Quadro 1, uma síntese dessa categoria.

Quadro 1 Percepção dos atores com relação ao conceito do SUS

Atores	Conceito do SUS
Usuários do SUS	Um convênio médico criado pelo governo para atender ao povo carente
Usuários de plano privado de saúde	Nenhum entrevistado conseguiu definir de forma clara o que é o SUS.
Gestora administrativa do hospital	Um sistema de saúde criado pelo governo federal para atender ao cidadão brasileiro
Coordenadora da recepção e hotelaria do hospital	Um sistema de saúde para beneficiar aquelas pessoas que não têm condições e acesso à saúde
Médico do hospital e coordenador dos PSFs	Um programa de saúde pública do governo federal, cujo objetivo é prestar atendimento de saúde de forma irrestrita a todos os cidadãos brasileiros.
Médica do hospital	Um sistema para atender àqueles cidadãos que não têm condições de arcar com um plano de saúde.
Promotoria	Um sistema único de saúde, que representa um conjunto de ações para a gestão da saúde pública e também privada no Brasil
Vereador	Um sistema brasileiro de saúde, que é visto, devido à sua abrangência, como referência para outros países
Secretária de saúde	Um sistema único de saúde, estruturado em princípios a serem seguidos

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Observa-se que há uma congruência de percepções entre as autoridades (gestores públicos e funcionários) que definem SUS de forma mais ampla, a qual se aproxima do discurso normativo da lei. Mas, há peculiaridades, como a noção simplista ou indiferente por parte dos usuários.

A visão das pessoas que atuam no hospital é ambígua, sendo o SUS algo que deveria ser de atendimento igualitário, ao mesmo tempo de forma justa, em termos de acesso, a quem não tem plano de saúde privado. A percepção do parlamentar é centrada na boa visibilidade e na reputação do SUS, aspectos importantes para um político.

Conforme relata Elias (2004), a consecução dos princípios e o objetivo de construir um sistema de saúde universal exigem do Estado a formulação de políticas voltadas para o incentivo das formas não lucrativas, de desmercantilização da saúde, e a busca incessante de novas modalidades de gestão na relação público-privado, capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde.

Diante dessas questões, deparou-se também com a dificuldade dos entrevistados em identificar as responsabilidades de cada ente federativo na organização desse sistema de saúde descentralizado e universal.

6. 2 Organização do SUS: descentralização e financiamento

De acordo com Fleury e Ouverney (2007, p. 58), “com a implementação das diretrizes contidas nos marcos normativos pelos atores nas três esferas de governo, criou-se uma institucionalidade que sustenta e conduz o processo de gestão da política de saúde”. No entanto, vários entrevistados não conseguiram distinguir, de forma clara, o papel e as ações que são realizadas pelos entes federativos em prol do SUS, tendo o foco apenas na execução por parte do município.

A impressão que eu tenho é que não tá muito nítido o que é o papel do município, do Estado, União, de cada serviço dentro do SUS. (...)

Apesar de trabalhar com isso, eu tenho muita dificuldade mesmo de identificar o que seria atribuição de cada ente federativo. Mas, o que a gente percebe, de uma maneira geral, é o crescimento de obrigações para o município, sem a contrapartida financeira (Promotor).

A ação que a gente consegue ver melhor é a ação municipal, porque é nosso convívio diário. Então, é mais fácil de visualizar (Médica do Hospital).

Não. Não consigo não (Usuária 3 de Plano Privado de Saúde).

Fleury e Ouverney (2007) destacam que, na saúde, as competências da União, dos estados e dos municípios são concorrentes e envolvem a normatização, o financiamento, a gestão do sistema e a prestação dos serviços. O governo federal é responsável pelo desenvolvimento das políticas nacionais, a regulação da relação público/privada e das atividades do setor privado, a provisão de assistência técnica e financeira a estados e municípios e a manutenção dos serviços de alta complexidade, que são referência para a rede nacional. Os estados são responsáveis pelo controle da rede de serviços de cada região e a hierarquia dentro do estado, além de prestar assistência técnica e financeira aos municípios. Os municípios são responsáveis pela prestação de serviços e a organização da rede local.

Como destacam aqueles mesmos autores, cabe ao governo federal estabelecer políticas públicas de saúde em âmbito nacional, porém, para alguns entrevistados, a implementação dessas ações não respeita as particularidades de cada região, o que ocasiona vários transtornos para o município, ou seja, para o executor.

A gente tem uma visão assim, ó: o governo federal, ele institui uma lei ou uma portaria ou uma resolução e ele acha que a gente tem que adequar isso no nosso município. Muitas das vezes, a gente não consegue adequar isso. Muitas das vezes, ele faz ali pro norte de Minas, que é uma realidade diferente da nossa. Então, a gente tem que ficar, assim, dando os pulos. A partir do momento que o SUS é universal, é um direito de todos, mas é um direito a partir do momento que ele dá condição pra gente, né?[...] Então, às vezes ele joga muito assim. Ele descentraliza lá pra eles, mas ele centraliza muito na mão do gestor. Então, o gestor que tem que segurar (Secretária de Saúde).

Eu acho que tem que tentar ações assim, pra pôr em prática, ações assim, que, ouvir mais quem 'tá no dia a dia do âmbito do governo estadual e municipal pra entender.

Porque quem tá muito longe do dia a dia, dita as normas, acha que aquilo vai dar certo. Mas, eu acho que 'tá faltando, às vezes, uma fiscalização talvez maior, pra conseguir encaixar e adequar à situação de cada região, de cada município (Médica do Hospital).

Na análise da fala dos entrevistados, percebe-se a prevalência da visão clássica do ciclo de políticas públicas que não considera os aspectos relativos à implementação e seus efeitos retroalimentadores sobre a formulação da política. Nessa concepção, a implementação de programas e ou projetos é feita de cima para baixo (*top down*) (SILVA et al.,1999), não levando em conta a opinião das pessoas que estão na linha de frente, executando as políticas.

Então, as três esferas, né? Eu acho assim. Cada uma no seu papel, né? Só que eu acho assim. Essas portarias, elas tinham que ser mais definidas pro tipo de população, né? Porque, às vezes, elas querem que eu institua uma coisa aqui que não é aquilo que eu quero, né? Não é porque é aquilo que eu vou ter que, né? Igual a gente fala, **descer goela a baixo** (grifo nosso), né?[...] .(Secretária de Saúde)

Então, por exemplo, vêm, às vezes, programas e você não tem como implantar aqueles programas de uma forma completa. Você, às vezes, não tem os recursos necessários, tanto recursos humanos quanto material pra implantar. Mas, a verba que você vai precisar usar no município depende de você cumprir metas desses programas que foram elaborados em instâncias superiores, Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde. E você, às vezes, não tem como operacionalizar aquilo de uma forma completa, mas você tem que fazer uma coisa porque as verbas são vinculadas ao desempenho dos municípios. Então, o município tenta desempenhar isso, no objetivo de conseguir cumprir essas metas e nem sempre isso é muito fácil (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs).

Segundo Martins (2011), o Brasil adota como tática reconhecer o município como o principal responsável pela saúde de sua população, partindo do pressuposto de que quanto mais próxima da realidade local a decisão for

tomada, maior a chance de acerto. O promotor entrevistado compartilha dessa opinião, destacando a municipalização como sendo um ponto positivo do SUS.

A municipalização. Acho que é o principal ponto. [...]. Porque é o que 'tá mais próximo do cidadão, a estrutura baseada na saúde da família. Acredito que, funcionando bem, você vai ter uma medicina mais barata e mais eficiente (Promotor).

De acordo com o que se observou nas entrevistas, os atores têm grande dificuldade em distinguir as responsabilidades e as ações realizadas por cada ente federativo, conforme pode ser verificado no Quadro 2.

Quadro 2 Percepção dos atores com relação à descentralização

Atores	Descentralização
Usuários do SUS	Não conseguiram identificar.
Usuários de plano privado de saúde	Não conseguiram identificar.
Gestora administrativa do hospital	O município atua mais na execução dos projetos estaduais ou federais. Não consegue visualizar projetos de autoria do município.
Coordenadora da recepção e hotelaria do hospital	O município atua mais na execução dos projetos estaduais ou federais. Não consegue visualizar projetos de autoria do município.
Médico do hospital e coordenador dos PSFs	As políticas são descentralizadas, mas, não são dadas condições para a execução
Médica do hospital	Consegue visualizar melhor a ação municipal, que está no convívio diário.
Promotoria	Não é nítido qual é o papel do município, do Estado, da União, de cada serviço dentro do SUS
Vereador	Não conseguiu definir de forma clara
Secretária de saúde	As políticas são descentralizadas,mas, não são dadas condições para os gestores executarem. As políticas são impostas de cima pra baixo

Fonte: Elaborado pela autora (2013)

A descentralização propõe maior eficiência na execução das políticas públicas de saúde, porém, o que se observou nas entrevistas é que o município acaba ficando com uma parcela grande de funções para executar e de recursos para investir, o que coloca em riscos a sustentabilidade do mesmo.

Observa-se, nos depoimentos dos entrevistados, que, muitas vezes, o município acaba ficando sobrecarregado e tendo grandes dificuldades na implantação das ações estabelecidas, principalmente no que se refere à questão do financiamento. Trevisan e Junqueira (2007) salientam que as decisões operacionais sobre a saúde pública foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. O promotor destaca, ainda, que os elevados gastos com saúde não são apenas com a execução de programas, mas oriundos de ordens judiciais, pois as pessoas, atualmente, veem a justiça como um atalho para conseguir o medicamento ou o procedimento de que necessitam.

A impressão que a gente tem é que tem sido gasto muito dinheiro municipal, às vezes até por força de ações judiciais, e um gasto que é do orçamento, não diretamente da saúde, mas do orçamento geral do município pra poder custear ações de saúde (Promotor).

Para o Conass (2011), muitos dos problemas que afligem o usuário do SUS poderiam ser sanados por meio de uma gestão mais eficiente dos recursos. A visão da secretária de saúde vai ao encontro dessa colocação, chamando a atenção por não se referir, em nenhum momento, ao financiamento como sendo o principal problema do SUS e destacando a importância de realizar uma boa gestão para que consiga proporcionar um acesso de qualidade a saúde. Questionada, ela respondeu:

É. Eu falo que o financeiro, pra nós, é um problema, lógico. Mas ele não é prioritário. (...) Eu acho que ele 'tá aí entre o terceiro da nossa lista. Porque você, trabalhando bem os profissionais, você consegue economizar. Porque o

profissional tem que ser educado até na economia de papel, na economia de lápis (Secretária de Saúde).

Apesar de a gestão ser um ponto crucial para a melhoria do sistema, o próprio Conass (2011) define que o subfinanciamento é um ponto frágil do SUS. Isso porque, além de o Brasil não gastar o mínimo suficiente para a manutenção do sistema, a tendência é de crescimento das necessidades de recursos, devido à combinação de elementos, como os demográficos (crescimento e envelhecimento da população) e a velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose.

O subfinanciamento do setor público de saúde é bem conhecido pelos diferentes atores sociais e grupos de interesse direta ou indiretamente envolvidos no processo de construção do SUS como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral (CONASS, 2011, p. 9).

Essa visão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), ficou evidente na maioria das entrevistas, principalmente com os gestores, pois, quando foram abordados os pontos negativos do SUS, os entrevistados mencionaram o financiamento como ponto crítico do sistema.

De ponto negativo do SUS que eu vejo é apenas a precificação dos serviços. Se eles adequarem à realidade dos hospitais, à realidade da população, fazer uma remuneração real, eu creio que assim teria tudo pra ser perfeito. É o único ponto negativo que eu enxergo. Porque o resto, se você analisar, é um sistema que é bem estruturado, tá bem definido. O ponto que agarra nele é a remuneração (Gestora Administrativa do Hospital).

De acordo com os dados apresentados pelo Conass (2006), o Brasil tem um gasto público em saúde muito pequeno e a tendência é a de que esses gastos não devem aumentar. Sendo assim, fica difícil implantar um sistema público universal.

O promotor entrevistado ressaltou sua preocupação com o financiamento do Sistema de Saúde que, segundo ele, se não for repensado, pode gerar um colapso. Isso porque, enquanto as necessidades de saúde são praticamente infinitas, os recursos para atendê-las não o são, e a saúde, apesar de ser um bem fundamental e de especial importância, não é o único bem que uma sociedade tem interesse de usufruir (FERRAZ; VIEIRA, 2009, p. 226 apud NEWDICK, 2005).

Talvez outra questão que muito se discute é a questão da revisão do pacto federativo. Porque a gente vê aí que, apesar da Constituição estabelecer um patamar mínimo de investimento em saúde os municípios, principalmente os municípios menores têm cada vez gastados mais e mais, e nem assim dão conta de reverter esse quadro de atender toda a demanda. Então, uma hora, isso vai ter uma crise muito grave porque praticamente todo o orçamento vai 'tá dirigido para a área de saúde e a demanda não vai ter cessado. Então, alguma coisa tem que ser repensada (Promotor).

As percepções dos atores entrevistados com relação ao financiamento do SUS podem ser mais bem visualizadas no Quadro 3.

Quadro 3 Percepção dos atores com relação ao financiamento

Atores	Financiamento
Usuários do SUS	Acreditam que os municípios estão falidos e que há pouco recurso investido na saúde, levando a situações, como, por exemplo, a falta de remédios.
Usuários de plano privado de saúde	Identificaram as consequências da ausência de recursos financeiros, como, por exemplo, a falta de remédio e de médicos.
Gestora administrativa do hospital	O financiamento não é adequado à realidade do município, sendo o principal ponto negativo do sistema.
Coordenadora da recepção e hotelaria do hospital	Os recursos que são repassados ao município não são suficientes.
Médico do hospital e coordenador dos PSFs	Falta uma remuneração adequada para os profissionais da saúde.
Médica do hospital	Falta uma remuneração adequada para os profissionais
Promotoria	Ausência de clareza sobre financiamento do sistema e sobre o que é o SUS, e quais são as principais ações que cada ente desenvolve. Os municípios estão tendo muitos gastos, principalmente devido às ordens judiciais referentes à saúde. Esse fato pode gerar uma crise no sistema.
Vereador	Remunerar melhor os médicos e os laboratórios
Secretária de saúde	O financiamento não é um problema prioritário

Fonte: Elaborado pela autora (2013)

A problemática do financiamento é um grande gargalo do SUS que ocasiona vários outros problemas, como, por exemplo, a escassez de mão de obra. Em pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), em fevereiro de 2013, constatou-se a concentração de profissionais médicos nos grandes centros urbanos e regiões mais ricas, o que dificulta o acesso de toda a população a esses profissionais⁹. Também foi demonstrado que apenas 55% dos

⁹Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/127/sumula/medicos-concentracao-nos-centros-urbanos>>. Acesso em: 8 jul. 2013

médicos brasileiros aderem à rede do SUS, número que é insuficiente para atender à demanda 150 milhões de usuários, pois a proporção é de 1,1 médicos para cada mil usuários.

Na opinião da médica do hospital entrevistada, se o SUS remunerasse melhor os profissionais, eles poderiam ser exclusivos, o que converge com a principal melhoria proposta na pesquisa realizada pelo Ipea (2011), que é o aumento do número de médicos.

Acho que a não valorização. Porque esses profissionais, ótimos profissionais que prestam esse atendimento, mas, às vezes, esse atendimento é limitado, número de horas, número de dias. [...] Então, se a valorização fosse melhor, às vezes, você poderia ficar atendendo só, exclusivo SUS, pra fazer um bom atendimento, sem necessidade de ir e vir, de correr tanto (Médica do Hospital).

Esta mesma visão foi reforçada pelo Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs e pela secretária de saúde, que também entendem que os profissionais médicos não têm o SUS como prioridade devido à baixa remuneração, o que, por consequência, acaba prejudicando a qualidade do atendimento.

Eu acho que muitos médicos, hoje, ainda enxergam o serviço público como um bico, digamos assim. Um ponto onde não é o principal. (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs)

[...] ele, geralmente, não faz um vínculo com o município. Então, por exemplo, o município vizinho chamou ele com o preço mais elevado, que ele ganha no município, ele deixa mesmo (Secretária de Saúde).

Em geral, você não, não tem esse... como a remuneração é baixa, você não vem com aquela boa vontade que você teria se a remuneração fosse maior (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs)

Então, ainda falta muita melhora ainda. [...] atendimento, médico, remédio, né? (Usuária 1 de Plano Privado de Saúde)

Destarte, a questão da falta de profissionais médicos é uma realidade não só nos hospitais da rede SUS, mas também nos PSFs Segundo o Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs entrevistado, os médicos que aceitam trabalhar com a remuneração do SUS, na maioria das vezes, são recém-formados, ficam temporariamente no programa e não criam vínculo com o sistema.

Mas a gente ainda tem uma mão de obra escassa, do ponto de vista do programa de saúde da família. Não é fácil arranjar profissionais da área de saúde, muitas pessoas não querem. A gente tem, às vezes, recém-formados, pessoas que tão ficando ali temporariamente, depois querem buscar uma outra remuneração, um outro trabalho. Então, a gente tem esse perfil, né? De modo geral, não é um programa que as pessoas vão ficar muito tempo (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs)

Desse modo, ainda segundo a percepção do mesmo entrevistado, se conseguir profissionais médicos para atender em PSFs já é difícil, conseguir profissionais com a capacitação desejada é mais difícil ainda, pois, quando o profissional se especializa, ele quer uma remuneração melhor. Por isso, o SUS acaba perdendo bons profissionais, devido à baixa remuneração. E essa dificuldade de reter talentos acaba prejudicando o Sistema e não contribui para a gestão do conhecimento.

[...] a gente precisaria de ter uns profissionais que fizessem residência de medicina geral e comunitária, né? [...] Não é um médico que precisa saber de tudo, mas ele precisa saber o básico de muita coisa. Não é tão difícil, mas só a escola não é suficiente. E, como muitos deles saem da escola e vão direto pro PSF, eles não têm essa formação que a especialização daria, que a pós-graduação daria (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs)

[...] Você tem um profissional mais bem formado, melhor capacitado, ele vai te exigir mais. E, às vezes, o município

até gostaria de ter esse profissional, mas ele não consegue pagar. Então, eu acho que, no fundo, é uma questão meio de orçamento mesmo [...] (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs)

A secretária municipal de saúde compartilha a mesma opinião, o que ficou demonstrado quando relatou que os profissionais da classe médica são os mais difíceis de serem contratados.

Mais difícil da gente ter capacitada é o médico. É o profissional mais difícil pra você 'tá conseguindo no mercado (Secretária de Saúde).

A falta de profissionais gera, muitas vezes, atrasos no atendimento e na realização de procedimentos, como expôs o vereador, ao afirmar que o problema não é a falta de equipamentos, mas sim a falta de profissionais médicos.

O aparelho a prefeitura já até propôs comprar, mas o problema não está na compra do aparelho, 'tá no profissional que vai fazer a leitura do exame. E aí você não consegue médico pra fazer essa leitura do exame. Concursos públicos têm sido feitos, tanto a nível de SUS quanto a nível de prefeitura. Mas, os salários são baixos também. Então, os profissionais da saúde não querem (Vereador).

Diante das percepções dos entrevistados, fica clara a relação estreita entre as dificuldades de mão de obra e a questão do financiamento. A escassez de mão de obra e de financiamento tem impacto direto na percepção e na avaliação dos indivíduos com relação ao Sistema Único de Saúde.

6.3 Avaliação do SUS

A notória dificuldade em se definir o que é o SUS e a responsabilidade de cada ente federativo é acompanhada pelo fato de os entrevistados relatarem que, na opinião deles, os cidadãos não compreendem o que realmente é o

sistema e, por isso, não participam de forma efetiva e têm uma visão reducionista, negativa do mesmo.

Pergunta difícil. Porque eu acho que as pessoas não têm muita ciência justamente de algumas questões, como a estrutura a partir de uma atenção primária, a busca de fortalecimento da saúde da família. Então, acho que ainda percebem o SUS como o posto de saúde e só (Promotor).

Eles sabem que eles têm direito à assistência, mas não têm esclarecimento de quais são os direitos, em qual tempo, quais são os direitos que eles podem lutar. Eles têm uma dificuldade em compreender o sistema integral. Eles têm visão de que têm direito só ao atendimento, mas não sabem como correr atrás dos direitos (Coordenadora da Recepção e Hotelaria).

Que é o pobre necessitado que usa o SUS, e que o serviço é mal feito, e que faz é o que sobra. A gente até tem dificuldades, mas que não é bem assim. Mas eu acho que a visão é essa (Médica do Hospital).

Tem alguns que ainda não sabe, que ainda não ‘tá por dentro do que acontece, do que eles têm que correr atrás, do que o SUS oferece... (Usuário 3 de Plano Privado de Saúde)

Para o vereador entrevistado, essa falta de compreensão da população com relação ao SUS produz um comportamento que gera prejuízos e transtornos para o sistema e culmina como mau funcionamento do mesmo.

Então, muitas das vezes, a própria população sobrecarrega o sistema, que já é falho, tem poucas opções. Mas o próprio cidadão atrapalha, querendo ir em dois, três médicos ao mesmo tempo, sem esperar o remédio de um fazer efeito pra ver se ele é bom. Ele gosta do médico, alguém falou que o médico é bom. Aí ele pula de um, passa pro outro e isso ele vai sobrecarregando (...).

O próprio nome diz: lá é urgência e emergência. Não é pra consulta. Consulta tem os PSFs e os postos. Mas a pessoa já quer ir direto ao pronto atendimento. Então, sobrecarrega lá também. Ele próprio atrapalha o próprio sistema que poderia ser bom pra ele. Então, muitas das vezes, as pessoas não têm

o conhecimento e o entendimento que precisava ter a respeito do que é o SUS (Vereador).

De acordo com alguns entrevistados, os cidadãos não têm um conhecimento claro de seus direitos e deveres e se preocupam apenas com os direitos, tendo uma participação ainda fraca e pontual, restringindo-se a interesses individuais.

A impressão que eu tenho, da promotoria, é que as pessoas não têm muita consciência justamente dos seus direitos como usuários. Então, muitas vezes, eles não... algo simples, como solicitar um agendamento de uma consulta ou de um medicamento, nos três níveis de complexidade, ele não sabe a quem recorrer (Promotor).

Acho que eles pensam mais nos direitos. Eles querem tudo a qualquer momento e, aí, a gente 'tá vendo isso, hoje em dia, até com os planos de saúde. Porque, às vezes, a gente tem certas limitações (Médica do Hospital).

[...] Só que precisa participação geral da comunidade. Não é só na hora que eu preciso de um medicamento ou de um exame que eu não 'tô conseguindo, que eu vou lá na porta da secretaria de saúde falar pra ele assim: é um direito meu de ter esse exame. Mas ele não 'tava lá comigo quando eu fui planejar, que eu tinha tantos exames pra oferecer e eu precisava do apoio deles. Eles não 'tavam lá construindo isso comigo, planejando comigo as ações (Secretária de Saúde).

Falta mais participação, né? (Usuária 2 do SUS)

Essa questão da participação, abordada pela secretária de saúde, reflete a colocação de Carvalho (1998), quando afirma que o povo brasileiro vive a estadania e não na cidadania, ou seja, a inserção na política se dá mais por meio do Estado do que pela afirmação dos direitos de cidadão. O povo não se envolve e não assume responsabilidades; apenas transfere-as para o governo, deixando de exercer, assim, o seu verdadeiro papel de cidadão na sociedade.

Apesar da pouca participação, para o coordenador dos PSFs, hoje, o cidadão está mais exigente e busca serviços de qualidade e com alta resolutividade. Em contraponto, a coordenadora de recepção e hotelaria visualiza que esses usuários exigentes são a minoria e que a maioria desconhece os seus direitos e entende que o governo está fazendo um favor ao proporcionar um atendimento de qualidade.

E, hoje em dia, 'tá mais exigente, 'tá exigindo que essa assistência seja de qualidade, que seja de alta resolutividade. Não é mais aquele usuário que acha que qualquer consulta rápida vai satisfazer. Hoje, tem os órgãos onde reclamar. Então, eu acho que ele é um cidadão mais ciente dos direitos dele e tenta fazer valer esses direitos (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs).

Eu acho que, geralmente, eles têm a sensação de tudo que faz 'tá bom demais, vamos dizer assim. Então, eles não conseguem garantir que todos os direitos sejam cumpridos. Eles têm uma visão de que o Governo tá prestando um favor. Essa é a sensação que a gente tem aqui. Poucos, um pequeno percentual, sabem do que tá falando, conhece seus direitos. A maior parte acha que a gente tá fazendo um favor (Coordenadora da Recepção e Hotelaria).

Quando questionados se os cidadãos têm consciência de quais seriam os direitos e os deveres como usuários do SUS, alguns entrevistados apontaram que essa consciência é pequena, principalmente devido ao fato de haver grande procura pelas urgências e emergências, e difícil adesão aos PSFs.

Volto até a falar que é uma característica do cidadão brasileiro. Como ele não conhece o direito dele, e não conhece o dever dele também. Isso acontece não só com o SUS. Isso acontece com os beneficiários do plano de saúde também. Ele acha que, por ele ter plano de saúde, ele tem direito a tudo e acaba usando excessivamente. Muitas vezes, procura o sistema sem 'tá..., sem procurar. Por exemplo, ele não tem conhecimento que pode ir ao PSF primeiro, fazer um tratamento preventivo que poderia ajudá-lo lá na frente, quando a situação dele realmente se agravar (Gestora Administrativa do Hospital).

Acho que pouco. Basta ver a procura desesperada por urgência e emergência, a dificuldade que é você ter uma adesão grande no PSF (Promotor).

Não. Acho que falta muita informação ainda (Usuário 2 do SUS).

Dizer tudo, sabe? Dizer o que o SUS faz, qual é o objetivo do SUS, o que ele abrange, entendeu? O que a população pode contar, o que ela tem à disposição dela. Disponibilidade pra ela, do que o Sistema Único de Saúde tem pra oferecer pra eles. **Isso daí ninguém sabe.** (grifo nosso). (Usuário 1 do SUS).

Ficou evidente nas entrevistas que a falta de informação é um fator crítico que gera vários problemas para o Sistema Único de Saúde.

Uma questão central para a efetiva participação da sociedade passa pelo fortalecimento, o aprimoramento e a qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista na legislação (CONASS, 2006). Assim, institucionalizar a prática de avaliação do SUS é uma ação que contribui para a melhoria das políticas públicas de saúde.

A avaliação dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir um valioso instrumento de monitoramento das políticas (VIACAVA et al., 2004), principalmente para os municípios que, no SUS, são o lócus da efetivação das políticas públicas de saúde.

Fleury e Ouverney (2007) destacam que a importância dos municípios vai além de efetivamente organizar as ações e os serviços relevantes para a população, pois os mesmos têm capacidade de construir uma agenda política por meio de diferentes instâncias de intermediação dos interesses do SUS, como comissões intergestoras, conselho de secretários municipais de saúde e conferências, e planos de saúde, que são compostos de forma ascendente e permitem acesso ao grande campo decisório do SUS.

Na entrevista, o promotor destacou, como ponto positivo do sistema, esses colegiados e grupos que são responsáveis por pensar e discutir as políticas de saúde, propondo melhorias para as realidades locais.

A existência dos colegiados pra discutir as políticas de saúde. Acho que são os mais importantes pontos do SUS. Porque permite adequar uma política nacional às realidades locais. Difícil você querer que tenha, na Amazônia, o mesmo tipo de demanda que tem aqui no Sul de Minas. Você consegue fazer debaixo pra cima, colher essas informações até chegar no Ministério da Saúde (Promotor).

A opinião do promotor vai ao encontro do seu objetivo, que é de zelar pelo interesse público. Porém, Batalha (2013) afirma que somente os conselhos e as conferências de saúde não são suficientes para a realização do controle social, pois é preciso dialogar com a população, com a comunidade, com os movimentos sociais, com a juventude, nas filas de ônibus, nas centrais sindicais, com outras organizações.

Vale destacar que, mesmo com a existência dos conselhos, as pessoas não se consideram parte do processo de construção e aperfeiçoamento da política pública de saúde, principalmente por não se sentirem ouvidas. Isso ficou claro quando vários entrevistados sugeriram, como melhoria para o sistema, a criação de mecanismos eficientes que deem voz às pessoas que constituem a base da Política Pública de Saúde.

Eu acho que o SUS só vai conseguir uma melhoria da qualidade do serviço ouvindo. Sou muito a favor de ouvir. Assim como numa instituição você tem que ouvir, se você tem um cliente você tem que ouvir, ele que vai te dar o *feedback* daquilo que você 'tá fazendo, se você 'tá no caminho certo ou não (Gestora Administrativa do Hospital).

Acho que é mais isso mesmo. Eu acho que precisa, e tem que ser rápido, eu acho, pra não entrar aí no colapso total, é ouvir mais. E o governo estadual tentar, não sei como, ter um contato direto com esses municípios e ver e valorizar o

que eles ‘tão precisando. Ouvir mais o que é preciso ser feito pra determinada região. Eu acho que é isso que é preciso (Médica do Hospital).

Saber ouvir é uma habilidade democrática e uma das formas de efetivá-la é por meio da realização de pesquisas de avaliação do sistema. O artigo 15º da Lei nº 8080/90 destaca que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em âmbito administrativo, o acompanhamento, a avaliação e a divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais (BRASIL, 1990).

Apesar de o governo estar criando instrumentos para a avaliação das políticas de saúde, como o IDSUS e a Carta SUS, apenas a gestora administrativa do hospital alegou ter conhecimento da Carta SUS. Mesmo assim, ela relata que foi por meio de comentários realizados por alguns pacientes. A gestora entrevistada alegou que não tem maiores conhecimentos da pesquisa e destacou que ainda não recebeu nenhum informativo oficial do SUS.

Essa aqui (Carta SUS) que eu tenho observado. O SUS envia... ele envia pro usuário. No momento, é a única que eu tenho conhecimento (Gestora Administrativa do Hospital).

Ainda não recebi isso formalizado do SUS não. O que eu ‘tô vendo é como eu dou essa corrida em loco, é onde as pessoas me mostram: “aqui, eu recebi a cartinha do SUS”. Essa aqui foi até um que trouxe pra eu ver (Gestora Administrativa do Hospital).

O fato de a maioria dos entrevistados exporem o fato de nunca terem participado de uma pesquisa de avaliação do SUS e relatarem desconhecerem algum forma de avaliação do sistema vai ao encontro com a opinião de Faria (2003), que destaca a carência de estudos sobre avaliação de políticas, o que se deve, em grande parte, à escassa utilização da avaliação, como instrumento de gestão pelo setor público do país, nos três níveis de governo.

Nunca participei, nunca fui entrevistado... Nunca vi passar uma pesquisa, que passasse avaliando sobre o sistema do SUS (Vereador).

Não. Pessoalmente nunca tive contato não (Coordenadora de recepção e Hotelaria do Hospital).

Contudo, mesmo relatando que nunca participaram e que não têm conhecimento de pesquisas de avaliação do sistema, os entrevistados declararam que essa ferramenta seria muito importante para a melhoria da política pública de saúde.

De fato, a avaliação pelo próprio usuário poderia ajudar a detectar as principais falhas. [...]. O fato de haver a chance de avaliar já seria importante (Promotor).

A realização de avaliação do SUS sob diferentes perspectivas proporciona uma gama de informações que se diferenciam de acordo com o posicionamento de cada ator dentro do sistema. Por exemplo, para o médico do hospital e coordenador dos PSFs entrevistado, o tempo de espera para se conseguir um atendimento é pequeno, se for levado em consideração o tamanho da demanda do SUS.

É um atendimento que, embora possa parecer demorado, ele é um atendimento relativamente rápido, se você for considerar que você tem que abranger a população inteira. Então, você pode demorar pra marcar uma consulta, mas não é nada que seja uma pressa inadiável. Não é nada que seja uma demora, assim, insuportável. É coisa que você consegue dentro de um tempo hábil. E, se você não consegue, você consegue atender isso no serviço de urgência (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs).

Entretanto, a coordenadora da recepção e hotelaria do hospital, que lida diariamente com as dificuldades de internações de pacientes do SUS, devido à falta de leitos e de profissionais médicos para atender a demandas específicas,

destaca que, apesar de os atendimentos serem realizados, a questão do tempo de espera dos usuários ainda é um gargalo do sistema.

A demora, a pouca disponibilização de vagas por parte de alguns hospitais. Na maior parte das vezes, nas grandes cidades, a gente vê hospitais lotados, os pacientes em condições precárias de saúde, às vezes deitados na porta do hospital, esperando nas filas, às vezes morrem antes de conseguir o atendimento (Coordenadora da recepção e Hotelaria do Hospital).

Essa visão do SUS demorado e de filas, apresentada pela coordenadora da recepção e hotelaria do hospital, é compartilhada por muitos usuários, pois, segundo pesquisa do Ipea (2011), a principal razão que leva os usuários a terem um plano de saúde privado é a busca de maior rapidez no atendimento. E tanto a usuária do SUS quanto a de plano privado de saúde relataram como ponto negativo do SUS o tempo de espera.

Assim, a espera né? Tem coisa que demora muito (Usuária 2 do SUS)

Porque, às vezes, tem um exame que você precisa fazer urgente e tem que esperar dois, três meses. Às vezes, muitas pessoas nem esperam o exame e morrem antes do exame sair (Usuária 3 Plano Privado de Saúde).

Contudo, apesar dos pontos negativos relatados, os entrevistados, de forma geral, avaliam bem o SUS.

Eu, sinceramente, sou muito otimista em relação ao SUS. Eu penso que, pro cidadão, é muito bacana, e por ele ter esse acesso à saúde (Gestora Administrativa do Hospital).

O que eu vejo, de uma maneira geral, pensando em grandes hospitais e tudo, a gente tem ótimos profissionais que cuidam dessa área do SUS, que prestam esse atendimento (Médica do Hospital).

Dentre os pontos positivos, o coordenador dos PSFs e médico do hospital, com seu conhecimento de gestor, enfatizou a diversidade de atendimento e de procedimentos oferecidos pelo SUS.

Eu vejo os pontos positivos do SUS: essa malha de atendimento muito ampla. Não sei te dizer no Brasil inteiro, mas, aqui no nosso município, por exemplo, o atendimento do SUS ele é muito amplo (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs)

A quantidade de serviços ofertados à população, os referentes à alta complexidade, recebe destaque. Os transplantes são um dos itens da lista de procedimentos de alta complexidade, pois envolvem alta tecnologia e alto custo.

O SUS mantém o Sistema Nacional de Transplantes, considerado um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo e responsável pela realização de aproximadamente de 95% dos procedimentos dessa natureza. Diálise, radioterapia, quimioterapia, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, assistência aos portadores de obesidade e reprodução assistida são outros procedimentos caros e realizados quase que exclusivamente pelo SUS (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

Então, eu acho que é essa amplitude dos procedimentos cobertos é muito grande. Câncer, AIDS, você consegue tudo pelo SUS. Os atendimentos de alto custo, que seria o caso da gente achar que é o contrário e falar assim: “nossa isso é caro, pelo SUS a gente não consegue.” Absolutamente, os atendimentos mais caros, que são cirurgias cardiovasculares, UTI, [...], são todos pelo SUS (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs)

Uai, o que tem de bom nesse sentido, que eu acho, é o tratamento para as pessoas de oncologia, tratamento pras pessoas de HIV, tem alguns programas que, é, remédios caros que o SUS encaminha [...] Isso é uma listagem de remédios que aí o governo dá através do SUS.[...] Que um tratamento pra hemodiálise, hoje, ninguém, nem gente rico consegue fazer um serviço de hemodiálise próprio ou com

um plano de saúde. Então, isso é tudo custeado pelo SUS. Então, tem muitos bons serviços que são custeados pelo SUS, né? Que são serviços caros, né? (Vereador)

Diante dessa quantidade e da amplitude das ações desenvolvidas pelos SUS, a esfera local consolidou-se como o centro de desenvolvimento e de implementação de uma série de inovações que permitem a melhoria do sistema, por meio da construção de estratégias de trabalho que influenciam diretamente o dia a dia da população (FLEURY; OUVRENEY, 2007). Por isso, a participação é fundamental para potencializar os aspectos positivos do sistema e reduzir os negativos, produzindo, assim, avanços nas políticas públicas de saúde.

Sendo assim, para Costa e Castanhar (2003), a avaliação de políticas públicas pode ser um instrumento para se alcançar melhores resultados, maior utilização e controle dos recursos, além de fornecer dados importantes para tornar as políticas mais consistentes e a gestão pública mais eficaz.

Diante das percepções dos diferentes atores com relação ao SUS, pode-se fazer uma apropriação do conceito de Paim (1999), que o dividiu em quatro sistemas: o “para pobre”, o “legal”, o “real” e o “democrático”. O SUS “para o pobre” é baseado na medicina simplificada e o atendimento “possível”, e, de fato, atende a todos, com as condições que a realidade permite, como nas palavras do promotor entrevistado: “É o ideal, mas não é o real” (Promotor). O SUS “legal” está descrito nas leis e nas normas operacionais; já o SUS “real” é marcado pela falta de controle e pelas dificuldades de fiscalização, retratadas na seguinte fala do vereador entrevistado:

A gente fiscaliza sempre quando o usuário faz uma reclamação. A gente manda pra prefeitura, manda pra secretaria de saúde. Ou faz uma denúncia, no Ministério, de um serviço que não ‘tá funcionando bem. Mas, quando é provocada por alguém. Mas, mecanismo assim, só de fiscalização efetiva do SUS mesmo, aí não existe não (Vereador)

O SUS “democrático” traduz a vontade de muitos, mas limita-se a uma “imagem objetivo”, que pode ser verificada na fala de alguns entrevistados.

Então, eu acho que é uma política que tem tudo pra dar certo. Falta uma remuneração digna pra quem presta o serviço e falta ouvir a população que recebe o serviço (Médico do Hospital e Coordenador dos PSFs).

Seria excelente se funcionasse, da forma ideal (Coordenadora da Recepção e Hotelaria).

Cada um desses SUS integra o sistema que deveria ser “único”. Assim, avaliar a política de saúde, discutir e dialogar representam uma evolução para que, de fato, se consiga efetivamente um SUS único e universal.

Essa necessidade ficou evidente, pois os diferentes atores entrevistados apresentaram como sugestão de melhoria a implementação de sistemas de avaliação, principalmente presenciais, para que as demandas locais sejam ouvidas.

A Lei Delegada nº 001, de 2 de janeiro de 2013, do município estudado, deixa claro que, dentre as atribuições da Secretaria de Saúde estão: planejar, propor e coordenar a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS do município e **avaliar, periodicamente**, os resultados alcançados e deliberar sobre ajustes que se fizerem necessários (grifo do nosso) (LAVRAS, 2013).

No entanto, por meio das entrevistas, constatou-se que a prática da avaliação ainda está apenas no papel. Portanto, sugere-se a adesão do município à institucionalização do processo de avaliação.

Institucionalizar a avaliação significa inclui-la em um sistema organizacional, no qual ela seja capaz de influenciar decisões. O caráter institucional da avaliação supõe a integração na realidade dos resultados e dos conhecimentos gerados (HARTZ, 2002).

Avaliar é uma forma de participação da construção e aperfeiçoamento do SUS e uma oportunidade de os diferentes atores participarem da elaboração da configuração do sistema, sendo, ao mesmo tempo, um processo de aprendizagem e de controle social (TAKEDA; TALBOT, 2006)

Takeda e Talbot (2006, p. 569) enfatizam a relevância da avaliação, ao afirmarem que “não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor”. Pisco (2006) reforça essa opinião destacando que a avaliação é um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo, para que os serviços de saúde atendam às necessidades da população.

Talvez os resultados de uma avaliação não se traduzam automaticamente em uma decisão, mas as informações produzidas podem contribuir para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as ações (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Mesmo que não se tenham todas as condições favoráveis para a institucionalização, Felisberto (2006) afirma que não se deve esperar pelas condições ideais para a superação de problemas estruturais que insistem em dificultar o aprimoramento do SUS. Afinal, avaliar é uma responsabilidade e as instituições não podem se furtar de exercê-la (TAKEDA; TALBOT, 2006, p. 569).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar como diferentes atores de um município do sul de Minas Gerais avaliam o Sistema Único de Saúde (SUS). Na análise das entrevistas, emergiram três categorias,

que foram: conceito do SUS, organização do SUS no que diz respeito à descentralização/financiamento e avaliação do SUS.

Na percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde e dos usuários que têm planos privados de saúde, constatou-se que ambos têm grande dificuldade em definir o sistema.

Já a médica do hospital e a coordenadora da recepção e hotelaria têm a mesma visão do SUS, relacionando-o à assistência as pessoas que não têm condições de arcar com um plano privado de saúde. Por outro lado, a gestora administrativa do hospital e o médico do hospital e coordenador dos PSFs descrevem o SUS como um sistema de saúde criado pelo governo federal para atender à população brasileira. Essa diferenciação pode ser explicada devido ao fato de as duas primeiras apenas prestarem serviço no hospital e os outros dois gerenciarem serviços prestados pelo SUS.

Analisando as declarações do promotor, da secretária de saúde e do vereador, verificou-se que estes atores têm percepções bem diferentes do que seja o SUS. O promotor tem uma visão mais ampla, que engloba os planos privados de saúde; o vereador tem o sistema como referência internacional, enquanto a gestora de saúde do município definiu o SUS com base nos princípios legais.

O artigo 7º da Lei nº 8080/90 retrata que as ações dos serviços privados contratados ou conveniados também integram o Sistema Único de Saúde. No entanto, apenas o promotor entrevistado compreende que a saúde privada também faz parte do SUS.

Uma questão interessante verificada no trabalho é que, muitas vezes, os usuários de planos privados de saúde não se consideram usuários do SUS e avaliam mal o sistema. Isso demonstra o desconhecimento dos entrevistados com relação à amplitude de ações do SUS.

Com relação à descentralização, obtiveram-se opiniões divergentes, pois, enquanto o promotor verifica a municipalização como ponto positivo e benéfico para o sistema, o vereador aponta que a descentralização ainda não ocorreu de forma efetiva, o que gera vários transtornos para a população e para o município. Dessa forma, fica claro que a percepção em relação ao SUS é influenciada pela posição que o ator ocupa dentro do sistema e envolve um conjunto de fatores relacionados à experiência pessoal, às expectativas de atendimento e às informações recebidas pela mídia.

Na percepção da secretária de saúde, o financiamento não é o problema principal do SUS e cita, como ponto crítico do sistema, o gerenciamento dos recursos. Porém, a questão do financiamento foi percebida como um ponto negativo recorrente entre os entrevistados do hospital. Todavia, os usuários não visualizam o financiamento como um ponto negativo, limitando-se a considerar as consequências da ausência de recursos, como, por exemplo, a falta de remédio e de médicos.

A médica do hospital, o médico do hospital e coordenador dos PSFs e a secretária de saúde consideram que os profissionais médicos não têm o SUS como prioridade, devido à baixa remuneração, o que, conseqüentemente, prejudica a qualidade do atendimento.

A falta de profissionais, na opinião do vereador entrevistado, implica, muitas vezes, em atrasos no atendimento e na realização de procedimentos, e, ainda, que o problema não é a falta de equipamentos e sim a falta de profissionais médicos.

O médico do hospital e coordenador dos PSFs avaliou que o tempo de espera para se conseguir um atendimento é pequeno, se comparado ao tamanho da demanda do SUS. Entretanto, a coordenadora da recepção e hotelaria do hospital e os usuários do hospital destacam a questão do tempo de espera ainda como um gargalo do sistema.

Para o médico e coordenador dos PSFs, hoje, o cidadão está mais exigente e busca serviços de qualidade e com alta resolutividade. Em contraponto, a coordenadora da recepção e hotelaria visualiza que esses usuários exigentes são a minoria e que a maioria desconhece os seus direitos e entende que o governo está fazendo um favor ao proporcionar um atendimento de qualidade. A falta de envolvimento e de informação com relação ao SUS foi demonstrada pelos entrevistados também com relação às avaliações.

Aos serem questionados se já participaram ou se têm conhecimento de pesquisas de avaliação do SUS, apenas a gestora administrativa do hospital relatou ter conhecimento de alguma ferramenta de avaliação, no caso, a Carta SUS. Os entrevistados colocaram, como sugestão, a implantação de sistemas de avaliação, principalmente presenciais, para que as demandas locais sejam ouvidas.

Diante dessa sugestão e das dificuldades encontradas pelos entrevistados em definir o que é o SUS, sugere-se a adesão do município à institucionalização do processo de avaliação, pois, dessa forma, a avaliação poderia englobar usuários e gestores de outras instituições e de diferentes programas que possam contribuir de forma contínua para a melhoria das políticas públicas de saúde no município.

Assim, ao promover uma avaliação a partir de atores que trabalham em diferentes instâncias que formulam, legislam e fiscalizam as políticas de saúde e também por aqueles prestam e utilizam os serviços do SUS no município, neste trabalho foi mostrada a abertura de um novo caminho para a realização de avaliações que considerem os indivíduos, o ambiente e suas particularidades, sendo um retrato da realidade local e contribuindo de forma consistente para a elaboração e a formulação das políticas públicas.

No entanto, neste estudo, não se teve a pretensão de esgotar o tema, mas, sim, de ressaltar a importância de realizar uma avaliação do SUS a partir de

alguns diferentes atores que se relacionam com esse sistema em um município. Dessa forma, novas pesquisas poderão ser realizadas, de modo a incorporar a percepção de atores de outras instituições vinculadas à área de saúde, sejam estas hospitalares, equipes de saúde da família ou conselhos municipais de saúde e que, sobretudo, envolvam diferentes usuários dos serviços prestados pelo SUS. Pois, como afirma Viacava et al. (2004, p. 716), “a avaliação não deve ser um fim em si mesma e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas deve voltar-se para orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas de saúde.”

Assim, parafraseando as palavras de Tenório (2008, p. 27) “(...) não concluímos, começamos”.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, E. **Métodos de pesquisa nas organizações**. Lavras: UFLA/FAEPE, 2000. 109 p.

ALMEIDA, C.; HAHN, G, V. Percepção de profissionais da saúde sobre a utilização dos princípios autonomia, justiça e equidade no processo de trabalho. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 2, n. 3, p. 1-15, 2010.

ANDRADE, L. O. M. et al. CartaSUS: gestão participativa, transparência, avaliação e satisfação cidadã. In: CONGRESSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 5., 2012, Brasília. **Anais...** Brasília: CONSAD, 2012. 1 CD ROM.

ARRETCHE, M. ; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479,2002.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M.(Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão de debate. São Paulo: Cortez, 2009.

ASSUMPCÃO, J. J.; CAMPOS, L. M. S. Avaliação de projetos sociais: a rede, os nós e a teia. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2009. 1 CD ROM.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BATALHA, E. O que falta para termos o SUS por inteiro? **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 127, p.9-15, abril. 2013.

BATIMARCHI, G. A saga da emenda 29. **Revista FH**, São Paulo: n.196, p. 28, fev. 2012.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Níveis de atenção à saúde**. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php?tree_id=SP2.001.002&lang=pt>. Acesso em: 1 out. 2012.

BONETTI, L. W. **Políticas públicas por dentro**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2011. p. 7-46.

BORGES, J. M. 20 Anos de SUS. In: MARQUES, A. J. S. et al. (Org.). **Choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2009. p. 15 -28.

BRASIL, F. P. D. A participação cidadã nas políticas sociais na gestão de programas e projetos: potenciais e desafios. In: FAHEL; NEVES (Org.). **Gestão e avaliação de políticas sociais no Brasil**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 5 jul.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo Brasília, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2012**: uma análise do processo de implantação da contratualização. Brasília, 2012a. 90 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CartaSUS**. 2012b. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/cartasus/visao/carta/pesquisaCarta.jsf>>. Acesso em: 26 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de desempenho do SUS (IDSUS)**. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_28-02-12_02.pdf>. Acesso em: 26 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil**. Brasília, 1995. (Documento elaborado para a reunião especial sobre a reforma setorial do setor saúde, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é SUS**. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em: 1 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 384/GM de 4 de abril de 2003**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-384.htm>>. Acesso em: 4 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da 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 n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação**. Brasília, 2001. 114 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 116).

CARVALHO, A. L. B. et al, A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, J. M. **Pontos e bordados**: escritos de história e política. Belo Horizonte: UFMG, 1998. 459 p.

CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. **Inovação na gestão da saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a Gestão do SUS 2011, 1).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006. 164 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **O vereador e a fiscalização dos recursos públicos municipais**. Brasília, 2009. 60 p.

CORDEIRO, T. M. S. C. et al. Sistema único de saúde: utopia ou realidade? **Revista da Universidade Metodista**, Piracicaba, v. 22, n. 2, p. 37-43, jul. dez. 2012.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

COSTA, M. B. S.; SALAZAR, P. E. L. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 487-94, out./dez. 2007.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. 229-237, nov. 2010. Supl. 1.

DOMINGUES, B.; MACHADO, K. Chamado à ação. **Revista Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 110, p. 8- 16, out. 2011.

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, n.18, v. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 jan. 2013.

FARIA, C. A. P. Idéias, conhecimento e políticas públicas: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, 2003.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011.

FERRAZ JÚNIOR, T. S. A moralidade do direito. In: _____. **Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 223-251, 2009.

FERREIRA, P. A. et al. Revisitando o modelo processual de análise de políticas públicas a partir das relações entre estado e sociedade. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL, 6., 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: RGS, 2012. 1 CD ROM.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **SUS é mais bem avaliado por quem utiliza o serviço**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7187&Itemid=2>. Acesso em: 30 maio 2011.

LAVOR, A. Todo cuidado é pouco, na hora de avaliar o SUS. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 17, maio 2012.

LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 104, p. 9-17, abr. 2011.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MAGALHÃES, J. L. Q. **Poder municipal**: paradigmas para o estado constitucional brasileiro. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

MALHOTRA, N. K. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. In: _____. **Amostragem**: planejamento e processos. Porto Alegre: Bookman, 2001. Cap. 11, p. 299-321.

MARTINS, E. L. M. **Seminário temático 3**: saúde. São João Del Rei: UFSJ, 2011. 157 p.

MELO, C. F.; ALCHIERI, J. C.; ARAÚJO NETO, J. L. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 17, n. 1, p. 63-72, jan./abr. 2012.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25. n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

MÜLLER, F. **Quem é o povo? A questão fundamental da democracia**. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. **Manual de avaliação de políticas públicas**. Campinas, 1999.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Teoria da estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 609-623, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/SAUDEBR.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2011.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 489-503.

PETERS, B. G. **American public policy**. Chatham: Chatham House, 1986.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

SARAIVA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. v. 1, p. 21-42.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. In: **Ciclo de políticas públicas**. São Paulo: Cengage Learning, 2010. Cap. 3, p. 33-60.

SERPA, S. M. H.; CALMON, P. C. P. Afinal de contas, por que avaliar? Resgatando o debate sobre a utilização na avaliação de programas governamentais. In: ENCONTRO ANUAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2009. 1 CD ROM.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, P. L. B. et al. **Programa de apoio à gestão social no Brasil subcomponente**: desenho e implantação de estratégia de avaliação. Modelo de avaliação de programas sociais prioritários. Relatório Final. Campinas, jul. 1999. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/49097722/O-Processo-de-Implementacao-de-Politicass-Publicas>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TENÓRIO, F. G. **Tem razão a administração? Ensaio de teoria organizacional**. 3. ed. rev. e ampl. Ijuí: Unijuí, 2008. 176 p. (Coleção Administração e Contabilidade).

TINÓCO, D. S. Avaliação de políticas públicas: modelos tradicional e pluralista. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n. 2, p. 305-313, jul./dez. 2011.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

VIACAVA, F. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

APÊNDICE

- 1- Para você, o que é SUS?
- 2- Na sua opinião, como os cidadãos compreendem o SUS?
- 3- Como os cidadãos se comportam como usuários do SUS?
- 4- Como você percebe as ações do governo (federal, estadual e municipal) desenvolvidas em prol do SUS?
- 5- Quais são os pontos positivos do SUS?
- 6- E os pontos negativos?
- 7- Como os cidadãos avaliam o SUS?
- 8- Você já participou ou tem conhecimento de alguma pesquisa de avaliação do SUS? Se sim, qual?
- 9- Você tem sugestões para a melhoria do sistema de saúde?