

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

**AVALIAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL A PARTIR DA TEORIA
INSTITUCIONAL - O CASO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (IDSUS)**

REGINALDO MORAIS DE MACEDO

BELO HORIZONTE

2017

REGINALDO MORAIS DE MACEDO

**AVALIAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL A PARTIR DA TEORIA
INSTITUCIONAL - O CASO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (IDSUS)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doutorado em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração.

Área de Concentração: Estudos Organizacionais e Sociedade.

Orientador - Prof. Ivan Beck Ckagnazaroff, Ph.D.

BELO HORIZONTE

2017

M141a
2017

Macedo, Reginaldo Morais de.

Avaliação em saúde pública no Brasil a partir da teoria institucional [manuscrito] : o caso do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) / Reginaldo Morais de Macedo. – 2017.

203 f. : il.

Orientador: Ivan Beck Ckagnazaroff, Ph.D.

Tese (doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, 2017.

Inclui bibliografia (f. 177-203)

1. Saúde pública – Avaliação – Brasil – Teses. 2. Saúde pública – Indicadores – Brasil – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Ckagnazaroff, Ivan Beck. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 614.981.



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO do Senhor **REGINALDO MORAIS DE MACEDO**, REGISTRO Nº 185/2017. No dia 30 de agosto de 2017, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 08 de agosto de 2017, para julgar o trabalho final intitulado "**Avaliação em Saúde Pública no Brasil a partir da Teoria Institucional - O caso do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Estudos Organizacionais e Sociedade**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnazaroff, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(/) APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 30 de agosto de 2017.

NOMES

Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnazaroff
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves
(CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Carlos Renato Theóphilo
(Universidade Estadual de Montes Claros/MG)

Prof.ª Dr.ª. Heloísa Carvalho Torres
(Escola de Enfermagem/ UFMG)

Prof. Dr. Ricardo Carneiro
(Fundação João Pinheiro/MG)

ASSINATURAS

.....

.....

.....

.....

.....

A Deus, fonte única de sabedoria, paciência, humildade e amor. Que possa continuar sempre me considerando digno de sua atenção e proteção, por sua misericórdia infinita e, não, por meus poucos méritos.

Aos meus pais, Nivaldo Macedo e Diva Moraes, pela presença, orientação, amor e dedicação durante toda a minha vida; seus exemplos sempre me guiarão. Eis duas pessoas puras de coração, companheiras de todas as horas, corretas em suas atitudes e com firmes sentidos de propósito e de justiça. Continuarei tentando estar à altura dos ensinamentos de vocês buscando perpetuá-los em minha própria família e em nossa descendência.

Aos meus avós maternos José dos Anjos (*in memoriam*) e Maria Alves Moraes (*in memoriam*), com que tive a honra e a felicidade de conviver por muitos anos, que propiciaram àquela criança lembranças, orientação e exemplos que persistem em sua vida até hoje.

À minha tia Nice Helena, Professora, que sempre teve tempo para me incentivar nos estudos e desenvolveu em mim o respeito e o apreço pelos livros, pela leitura e pelo conhecimento. O primeiro dicionário e toda aquela infinidade de palavras e significados encontraram solo fértil.

À minha amada esposa, Alcina Barcellos, que soube compreender minhas ausências e, de forma altruísta, sempre me incentivou a continuar trilhando o caminho certo e a enfrentar todas as adversidades com a cabeça erguida mantendo a dignidade nas derrotas e a humildade nas vitórias. À minha filha Sarah, por ser luz e inspiração em minha vida; sou um abençoado por tê-la comigo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Ivan Beck Ckagnazaroff, Ph.D., pelas palavras de incentivo, compreensão de minhas limitações e dificuldades pessoais, profissionais e intelectuais. Sua atuação e seu direcionamento foram imprescindíveis para a realização deste trabalho. Continuarei lutando para colocar-me dignamente à altura de seu conhecimento gentilmente compartilhado.

À memória do Dr. Ronaldo Oliveira Mattos que, generosamente, me ajudou no início de tudo há longínquos vinte e cinco anos. Tive a oportunidade de relatar aos filhos desse grande homem como a ação dele em minha vida foi transformadora.

Ao prof. M.Sc. Cledinaldo Aparecido Dias, pela confiança, orientação e amizade desde os tempos de minha graduação. Seja como administrador seja como psicólogo, sua atuação sempre foi um exemplo altamente inspirador.

Aos amigos, professores mestres e administradores, June Marize Castro Silva, Heráclides Veloso Marques, Ismael Mendes dos Santos Júnior, Roberto César Faria e Silva e Simarly Maria Soares, pelo compartilhamento de tempo, conhecimento e confiança. Temos dividido a vida, experiências, dificuldades, trabalhos, orientações, publicações e vitórias há bastante tempo. Tem sido uma honra conviver com vocês.

Aos professores, aos acadêmicos e ao corpo técnico-administrativo da Universidade Estadual de Montes Claros (Cursos de Graduação em Administração, em Engenharia de Sistemas e em Sistemas de Informação), da Universidade Federal de Minas Gerais (Curso de Graduação em Administração do Instituto de Ciências Agrárias em Montes Claros/MG), das Faculdades Prisma (Curso de Graduação em Administração) e Santo Agostinho (Curso de Graduação em Engenharia de Produção) com quem tenho a satisfação de conviver e desenvolver trabalho de qualidade, meus sinceros agradecimentos.

Ao Márcio e à Laura, sem os quais o trabalho realizado teria sido substancialmente mais difícil, tendo aberto as portas de sua casa e seus corações em um dos momentos mais complicados de minha vida.

A Vera Maria Dias pelas orientações e pela palavra amiga sempre que necessário. A Érika Martins Lage pela paciência, pelas orientações sempre no momento correto e pelo incentivo.

Por fim, a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, mesmo àqueles que eventualmente duvidaram de que seria possível realizá-lo.

*We are not now that strength which in old days
Moved earth and heaven; that which we are, we are;
One equal temper of heroic hearts,
Made weak by time and fate, but strong in will
To strive, to seek, to find, and not to yield.*
Ulysses (Alfred Tennyson)

*[...]
another promise, another scene,
another packaged lie to keep us trapped in greed
and all the green belts wrapped around our minds
and endless red tape to keep the truth confined*

(So come on)

*they will not force us
they will stop degrading us
they will not control us
we will be victorious
[...]*

Uprising (Muse)

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é discutir a trajetória da implementação do IDSUS a partir da vertente Histórica da Teoria Neo-Institucional por meio da Dependência de Trajetória. O trabalho fundamenta-se na abordagem qualitativa, de base documental, valendo-se da Narrativa Histórica aplicada à Dependência de Trajetória. Procurou-se apresentar o desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde e de sua política de avaliação, com foco na definição e implementação do IDSUS, a partir da análise da atuação dos atores, circunscrita às conferências nacionais de saúde, entendidas como as principais arenas de discussão. O Sistema Único de Saúde é apresentado como resultado do processo de (re)construção institucional ocorrido nas conferências nacionais de saúde, assim como a política de avaliação das ações e serviços de saúde pública são compreendidas como decorrentes da (ainda incipiente) discussão ocorrida nas arenas de negociação acerca deste assunto. Entende-se que o IDSUS, atualmente confinado em uma espécie de limbo gerencial, não conseguiu estabelecer-se como instrumento de melhoria do processo de políticas públicas, uma vez que não conseguiu angariar apoio de atores considerados importantes como os agentes políticos, especialistas em saúde pública e da população em geral após o impacto inicial provocado pela publicação dos resultados. Como restrições metodológicas, cite-se a dificuldade em se obter junto ao Ministério da Saúde dados e informações mais aprofundados a respeito do processo de definição e construção do IDSUS, à exceção daqueles já disponibilizados nos canais oficiais de comunicação.

PALAVRAS-CHAVES: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS); Teoria Neo(Institucional) Histórica; Dependência de Trajetória; Avaliação de Ações e Serviços de Saúde Pública.

ABSTRACT

The general objective of this work is to discuss the trajectory and conditioning factors of the construction and implementation of IDSUS from the historical perspective of the Neo-Institutional Theory through the Path Dependency. The work is based on the qualitative, documentary-based approach, using the Historical Narrative applied to Path Dependence. The aim was to present the institutional development of the Unified Health System and its evaluation policy, focusing on the definition and implementation of the IDSUS, based on the analysis of the actors' actions, limited to the national health conferences, understood as the main arenas of discussion. The Unified Health System is presented as a result of the institutional (re) construction process that took place in the national health conferences, as well as the evaluation policy of public health actions and services are understood as arising from the (still incipient) discussion in the arenas negotiations on this matter. It is understood that IDSUS, currently confined to a sort of managerial limbo, has not been able to establish itself as an instrument for improving the public policy process, since it has not been able to garner support from important actors such as political agents, health experts The general population, after the initial impact of the publication of the results. As methodological restrictions, it is worth mentioning the difficulty in obtaining from the Ministry of Health more detailed data and information regarding the process of definition and construction of IDSUS, except for those already available in official communication channels.

KEYWORDS: *Performance Index of the Unified Health System (IDSUS); (Neo)-Institutional Historical Theory; Path Dependence; Evaluation of Public Health Actions and Services.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	A Árvore da Avaliação	57
Figura 2	Uso, mau-uso, não-uso, abuso e má-avaliação	59
Figura 3	Modelo de Dalgreen/Whitehead sobre Determinantes Sociais da Saúde .	70
Figura 4	O <i>Framework</i> de Análise e Desenvolvimento Institucional	91
Figura 5	Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde ..	149
Figura 6	Estrutura do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Conceitos de avaliação	50
Quadro 2	Enfoques e características da saúde	64
Quadro 3	Conceitos e descrições de termos relacionados a doença	66
Quadro 4	Os níveis de prevenção e suas definições	67
Quadro 5	As relações entre os determinantes sociais e as políticas de intervenção .	70
Quadro 6	Tipos de estudos epidemiológicos	75
Quadro 7	Classificação e tipos de indicadores	77
Quadro 8	Organizações e instituições disponíveis para efetivação do controle social	112
Quadro 9	Propostas relacionadas à avaliação das políticas de saúde pública na XII CNS	123
Quadro 10	Propostas relacionadas à avaliação das políticas de saúde pública na XIII CNS	127
Quadro 11	Responsabilidades em relação ao monitoramento e à avaliação	132
Quadro 12	Prioridades, Objetivos e Meta-Brasil 2011	136
Quadro 13	Responsabilidades na avaliação pelos entes da gestão	140
Quadro 14	Propostas relacionadas à avaliação das políticas de saúde pública na XIV CNS	141
Quadro 15	Diretrizes e objetivos para o biênio 2013-2015	143
Quadro 16	Composição do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)	152
Quadro 17	Composição do indicador de efetividade do IDSUS	154
Quadro 18	Categorização dos municípios brasileiros	155
Quadro 19	Grupos Homogêneos do IDSUS	155

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AMB - Associação Médica Brasileira

ANS - Agência Nacional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVQ - Avaliação da Melhoria da Qualidade

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CES - Conselho Estadual de Saúde

CGAA - Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação

CGSB - Coordenação-Geral de Saúde Bucal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

Conass - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conasems - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAI - Departamento de Articulação Interfederativa

DCNTS - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DEMAS/SUS - Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRACS - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

Fiocruz - Fundação Osvaldo Cruz
GAO - *[United States] General Accounting Office*
GH - Grupo Homogêneo
HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IAD - *Institutional Analysis and Development Framework*
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IASB - Índice de Atenção à Saúde Bucal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Fiocruz)
ICS - Índice de Condições de Saúde
IDSE - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IESSM - Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
IMC - Índice de Massa Corporal
IPA - Incidência Parasitária Anual
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
JCSEE - *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*
LC - Lei Complementar
MIF - Mulheres em Idade Fértil
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família
OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OECD - *Organisation for Economic Co-Operation Development*
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
OPM - *Operational Performance Measurement*
PAHO - *Pan American Health Organization*
PBF - Programa Bolsa Família
PES - Plano Estadual de Saúde
PMAQ - Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS - Plano Municipal de Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRO-ADESS - Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

PSF - Programa de Saúde da Família

Renases - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel e de Urgência

SargSUS - Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão

SAS/MS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SCTIES/MS - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

SE/MS - Secretaria Executiva do Ministério da Saúde

SGEP/MS - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SGTES/MS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica/Primária

SINAN/MS - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação do Ministério da Saúde

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UNDP - *United Nations Development Programme*

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

WHO - *World Health Organization*

WHR 2000 - *World Health Report 2000*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 Políticas públicas	29
2.1.1 Modelos para compreensão de políticas públicas	34
2.2 Avaliação de políticas públicas	46
2.2.1 Histórico, conceitos e paradigmas	46
2.2.2 Dimensões e categorias da avaliação	55
2.3 A saúde (pública) e suas implicações individuais e coletivas	63
2.3.1 Epidemiologia, índices e indicadores em saúde pública	73
2.4 A Teoria Institucional	82
2.4.1 O Institucionalismo Sociológico	86
2.4.2 O Institucionalismo da Escolha Racional	89
2.4.3 O Institucionalismo Histórico	94
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	98
3.1 Caracterização da pesquisa	98
3.2 Procedimentos metodológicos	98
3.2.1 Coleta e organização dos dados	98
3.2.2 Procedimentos metodológicos de análise de dados	99
4 HISTÓRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	102
4.1 A VIII Conferência Nacional de Saúde	103
4.2 A IX e X Conferências Nacionais de Saúde	115
4.3 Da XI à XIV Conferências Nacionais de Saúde	120
5 O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (IDSUS)	147
5.1 A publicação de resultados do IDSUS e seus impactos	156
5.2 Análise da trajetória do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde ...	166
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
REFERÊNCIAS	177

1 INTRODUÇÃO

A gestão em saúde (proteção, promoção e atenção) envolve um dos campos mais complexos da atuação humana, dadas as suas especificidades, suas externalidades e suas características e interações biológicas, sociais, econômicas e culturais.

A partir da visão em que doença era a ausência de saúde (e vice-versa), as discussões caminham para uma abordagem baseada nos impactos e nas relações ampliadas a partir do nível do indivíduo (com sua carga genética, predisposições e resistências a determinados agravos e doenças, idade, sexo e estilo de vida) para o nível da coletividade e suas variáveis (estruturantes e condicionantes, como acesso à alimentação saudável e protetora, nível de educação, crenças, valores e posicionamentos culturais, categoria, tipo e qualidade do trabalho e condições de infraestrutura) chegando ao nível das variáveis econômicas como emprego e renda (e sua distribuição) (BELLUSCI, 2010; CARVALHO; BUSS, 2008; COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, CNDSS, 2008).

Assim, as políticas de saúde pública devem partir do conceito expandido de saúde pelo qual saúde é um bem-estar físico, mental e social, com alto grau de externalidades, e podem ser compreendidas “[...] como a ciência e a arte de promover a saúde, prevenir doenças e prolongar a vida por meio de esforços organizados da sociedade [tradução nossa]”¹ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, 1998, p. 3).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, em linhas gerais, no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, como o conjunto de ações e serviços de saúde sob a forma de uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada. A Lei n. 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 4º, definiu o SUS como “[...] o 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”, sendo permitida, em caráter complementar, a atuação da iniciativa privada. Desde a sua criação e o início das atividades de planejamento e organização dos recursos para sua implantação, o SUS tem sido aperfeiçoado por uma miríade de dispositivos legais, nos mais, diferentes níveis de decisão e execução com maior ou menor grau de participação do complexo conjunto de atores envolvidos nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde

¹ “[...] the science and art of promoting health, preventing disease, and prolonging life through the organized efforts of society.”

pública.

Ao mesmo tempo em que a estrutura do Sistema Único de Saúde é estabelecida no âmbito de mediação das instituições pela atuação dos atores envolvidos, o comportamento desses atores também é orientado e limitado por essas mesmas estruturas. O conjunto de atores envolvidos no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas inclui os políticos (e os partidos políticos), os servidores públicos em nível gerencial, os *street level bureaucrats* (ou burocratas de linha de frente), os representantes do poder judiciário, os grupos de interesse, os *polycymakers*, incluindo os beneficiários e/ou os usuários das ações e serviços públicos, os meios de comunicação e as organizações do terceiro setor (SECCHI, 2013). No caso das políticas de saúde pública, em função da abrangência e amplitude do Sistema Único de Saúde, está incluída, direta ou indiretamente, toda a população do País.

O SUS constitui-se por meio de um sistema institucional com o suporte de um conjunto de atores, arenas de discussão e normas, além das próprias estruturas organizacional, infraestrutural e decisorial e, por fim, por um modelo assistencial. Todos os elementos supracitados devem funcionar sob a forma de um sistema de saúde que inclui também prestadores de serviços conveniados, entidades filantrópicas, do terceiro setor e, por fim, a iniciativa privada: todos concorrendo para o fornecimento de um *corpus* de ações e serviços de saúde que visam à proteção, à promoção e à recuperação da saúde e em disputa pelos recursos disponíveis quer sejam financeiros, humanos, infraestruturais, informacionais ou tecnológicos.

Em se tratando das políticas públicas, mesmo não sendo possível estabelecer uma definição simples, pode-se afirmar que: a) são formuladas e implementadas como meio de resposta a algum tipo de problema que despertou a atenção de atores ou agentes políticos com o(s) objetivo(s) de identificá-lo, compreendê-lo, mitigá-lo, contorná-lo e/ou resolvê-lo; b) guardam um caráter *público*, devendo carregar certa legitimidade diante da sociedade; c) são empreendidas pelos entes governamentais públicos, representando o que o governo pretende ou não fazer; d) nem sempre são originadas em instituições públicas, comumente derivando das interações entre atores públicos e privados; e) são interpretadas conceitual e empiricamente sob diferentes visões, uma vez que o posicionamento dos atores públicos e privados não necessariamente visa atender às mesmas necessidades e expectativas (BIRKLAND, 2015).

Os diversos modelos analíticos² apresentam suas conceituações de políticas públicas, podendo-se destacar: a) no Modelo Racional: são o resultado das ações dos formuladores que visam o máximo retorno em termos de satisfação das necessidades e expectativas dos envolvidos, ao passo que objetiva também minimizar os custos de sua implementação (DYE, 2013); b) no Modelo Comportamental: constituem-se de resultados mais adequados dados os interesses e objetivos dos envolvidos consideradas as restrições existentes (SIMON, 1955); c) no Incrementalismo, são a sequência de atividades e ações já realizadas ou em curso, preferindo-se a aplicação de recursos na melhoria dos processos e resultados das políticas já existentes, evitando-se os riscos decorrentes da adoção de novas políticas públicas (DYE, 2013); no Modelo da Lata de Lixo (*Garbage Can*): são parte do processo de desenvolvimento, análise, abandono, rediscussão e reuso de soluções as quais podem ter sido disponibilizadas para associação prévia com problemas que deixaram de existir, tornaram-se irrelevantes ou foram resolvidos por outras soluções antes que a solução esperada estivesse pronta (COHEN; MARCH; OLSEN, 1972).

Embora os modelos supracitados sejam considerados relevantes para a efetivação da análise das políticas públicas, estando a escolha vinculada às concepções ontológicas, epistemológicas e metodológicas do pesquisador e às limitações e especificidades do objeto em estudo, neste trabalho, opta-se pela aplicação da visão e do conceito de políticas públicas apresentado e discutido pela Teoria Neo-Institucional, em específico da vertente Histórica. Assim, definem-se políticas públicas como o resultado das interações entre os atores e as estruturas cujas mediações ocorrem por meio das instituições, em que se destacam aquelas relacionadas aos entes públicos dos diversos poderes e as que representam um ou vários segmentos da sociedade (DYE, 2013), embora a forma, os processos e os modelos analíticos possam ser consideravelmente diferentes em função da vertente neo-institucionalista adotada, quais sejam, os institucionalismos Histórico, da Escolha Racional e Sociológico (ALEXANDER, 2005; DiMAGGIO; POWELL, 2005; HILL, 2005; IMMERGUT, 1996; HODGSON, 2006; OSTROM; 2007; OSTROM; HESS, 2007; PETERS, 1998; PIERSON, 1994; THÉRET, 2003).

O conceito de instituição face à própria diversidade de enfoques da Teoria Neo-Institucional ainda se encontra em debate (OSTROM, 2007; PETERS, 1998). Para a vertente do Neo-Institucionalismo, a instituição é compreendida como o conjunto de "[...]

² Os termos “modelos analíticos”, “modelos para análise de decisões político-administrativas” e “modelos de análise de políticas públicas” fundamentam-se nos trabalhos de Dye (2013) apresentados e discutidos por Heidemann e Salm (2014).

procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional [...]", conforme Hall e Taylor (2003, p. 196) e seu estudo visa a responder questões práticas do mundo real e a relevância do processo histórico de construção das políticas públicas (STEINMO, 2008).

Em comum, as diversas abordagens institucionais têm a centralidade das instituições no processo de mediação entre as estruturas e os agentes, embora a análise dos fatores estruturantes e condicionantes seja significativamente diferente, envolvendo o processo histórico, a cultura, a simbologia, a sociologia, a economia e mesmo as organizações (STEINMO, 2008).

Neste trabalho, entende-se que as instituições são o espaço de mediação entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais. Nas instituições e por meio delas ocorrem as interações entre os atores que, ao exercerem sua capacidade de agência ou a se negarem a exercê-la, estabelecem, explícita ou tacitamente, os critérios de análise e os processos de decisão para a formação das regras e normas que, a seu termo, definem a (re)construção das estruturas sociais. As mesmas estruturas sociais que orientam e formatam o comportamento social e dirimem as dúvidas acerca do mesmo (THÈRET, 2003).

A perspectiva institucional pode auxiliar a melhorar as políticas públicas, uma vez que o estudo das instituições permite aprofundar o conhecimento das políticas públicas. Ainda nesse contexto, os institucionalistas buscam identificar e disseminar mecanismos ou estratégias que permitam apoiar, amparar e/ou fortalecer os mecanismos políticos de discussão das agendas nas arenas de atuação a fim de legitimar as decisões de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas ou, ainda, compreender a intimidade das estruturas e seus fatores condicionantes a fim de que, por exemplo, procedimentos judiciais estejam à disposição dos cidadãos na luta por atendimento às suas demandas e/ou direitos (IMMERGUT, 2007).

O processo de avaliação de políticas públicas deve fornecer subsídios para as etapas prévias por meio de mecanismos de retroalimentação, merecendo destaque por permitir a apropriação de novos enfoques, agregação de conhecimento crítico e informações que permitam aprimorar os processos de reformulação e reimplementação das políticas públicas.

Entende-se por necessário definir o termo "avaliação" o qual "[...] vem do latim *valere* e do francês *évaluer* e refere-se a valorar, a atribuir certo valor ou mérito a um objeto ou coisa" (ESCOBAR, 2011, p. 82). O entendimento adotado baseia-se em Champagne *et al.* (2011e, p. 44), em que

[...] avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

O ganho real do processo de avaliação encontra-se na possibilidade de intervir e adequar os programas e serviços a partir dos resultados obtidos no processo de avaliação. Nesse contexto, o usuário, cliente ou beneficiário da política pública pode influenciar sua reconstrução, alterando-lhe os objetivos, a forma de execução e mesmo os resultados (TANAKA; MELO, 2008).

A relação entre as políticas públicas e a Teoria Institucional e a importância da avaliação pode ser percebida em Mendes *et al.* (2010, p. 4 ao afirmarem que

[...] cabe ressaltar que as políticas públicas se materializam por intermédio da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas, além da avaliação de seu impacto sobre a situação existente, devem ser permanentes.

Harris (2010, p. 97) entende que os indicadores "[...] são os padrões contra os quais o desempenho da iniciativa é mensurado [tradução nossa]"³, ou ainda, em outras palavras,

[...] indicadores são as variáveis quantitativas e qualitativas que permitem que mudanças que ocorreram como resultado de uma intervenção sejam mensuradas. Indicadores demonstram se os resultados esperados foram atingidos [...] Indicadores quantitativos mensuram as mudanças sob a forma de números; indicadores qualitativos medem mudanças que são bem menos definidas, mas que podem ser acordadas pelas partes interessadas sob a forma de medidas de sucesso [tradução nossa].⁴

Queiroz (2009, p. 185) explica que "[...] os indicadores são instrumentos imprescindíveis no processo de formulação e de gestão das políticas públicas. Qualquer tipo de avaliação ou de monitoramento de planos, de programas ou de ações governamentais" deve ser planejada e organizada a partir da existência de um conjunto adequado de indicadores.

A definição de indicadores e/ou índices de avaliação, em especial, daqueles

³ "[...] indicators are the standards against which performance of the initiative is measured."

⁴ "[...] indicators are the quantitative and qualitative variables that allow the changes that occur as a result of an intervention to be measured. Indicators show whether the intended results are achieved [...] Quantitative indicators measure changes in numerical values; qualitative indicators measure changes that are less well defined but that are agreed to by the stakeholders as measures of success."

referentes ao desempenho, envolve um conjunto bastante diversificado de variáveis as quais, em maior ou menor grau, necessitam ser consideradas a fim de que os esforços não sejam transformados em infrutíferas e inócuas ações de cunho meramente técnico (JANNUZZI, 2009b).

Tal processo, por mais científica e/ou socialmente embasado é cercado por arbitrariedades, as quais hão de suscitar manifestações favoráveis ou contrárias. Mesmo o sistema canadense de saúde, amplamente considerado como um dos melhores em termos de efetividade das ações e programas de saúde apresenta distorções em termos de análise dos resultados atingidos, a depender dos órgãos responsáveis pela construção dos e/ou indicadores⁵ e/ou índices⁶, coleta de dados, processamento, avaliação e posterior publicação (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2011, 2013)

Em se tratando da avaliação dos processos de definição, construção e implementação de indicador de desempenho (IDSUS), os termos mensuração, monitoramento e avaliação devem ser conceituados e diferenciados.

À avaliação cabe apreciar, analisar e julgar a eficiência, a eficácia e a efetividade da política pública implementada e, conseqüentemente, seus impactos. E ambos subsidiando os processos de decisão e gestão da política pública. Ao monitoramento cabe acompanhar todo o processo de implementação de um plano e, conseqüentemente, de seus produtos, possibilitando alertas ou identificação de problemas para correções. (BRASIL,2017). A mensuração, como parte do monitoramento, refere-se às atividades de estabelecimento dos indicadores a serem utilizados durante os processos de monitoramento e avaliação; mensurar, nesse contexto, de acordo com Di Iorio (2005), refere-se à atribuição de números ou valores a variáveis de interesse relacionadas a objetos considerados relevantes para o entendimento e a intervenção na realidade.

⁵ Indicadores, segundo Jannuzzi (2009b, p. 22), "[...] apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de Escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente". Ou ainda, são parâmetros desenvolvidos com a finalidade de se mensurar algo tido como imensurável ou, pelo menos, dificilmente mensurável. Em se tratando do seu uso na avaliação, permitem que valores empíricos sejam confrontados ou comparados com outros da mesma espécie ou categoria (MEYER, 2011a).

⁶ Em função da importância para a realização deste trabalho, destaca-se o conceito de índice apresentado por Meyer (2011a, p. 210-213). "Um índice combina indicadores que descrevem as diferentes dimensões de uma construção teórica em uma única escala. O objetivo é descrever as circunstâncias complexas da forma mais simples e clara possível. O preço a ser pago para isso é a grande quantidade de trabalho que deve ser alocada no desenvolvimento do índice, o que pode se tornar rapidamente complexo e confuso [...] O índice combina indicadores individuais por meio de uma regra de associação. Os indicadores são combinados por operações matemáticas (adição, subtração, multiplicação, divisão, tomada do logaritmo, exponenciação, etc.). Com o auxílio da ponderação, a influência sobre a variação do valor do índice pode ser aumentada ou diminuída [...] Para que os indicadores sejam combinados em um índice comum, suas escalas no sentido do que o índice deve medir devem ser padronizadas por meio transformação (padronização). Quanto maior a diferença entre as construções de escala, mais difícil (e controverso) esse empreendimento se torna".

Em se tratando, especificamente, da saúde pública,

[...] os objetos mais comumente estudados são as pessoas, as comunidades e os sistemas. Desta forma, aspectos destes objetos podem incluir para as pessoas, as doenças, os comportamentos de saúde e as atitudes; para as comunidades, o tamanho, a localização (urbana e rural), a qualidade do ar e as normas culturais; e para os sistemas, o acesso aos sistemas (por exemplo, acesso aos cuidados), as políticas públicas, os custos e a qualidade [tradução nossa] (di IORIO, 2005, p. 6)⁷.

A importância dos indicadores para a melhoria dos processos relacionados ao gerenciamento da saúde pública pode ser identificada explicitamente na listagem dos componentes relevantes para tal fim que incluem o conhecimento, as atitudes, as características e habilidades, os comportamentos, a situação de momento e os indicadores de saúde (FERTMAN; ALLENSWORTH, 2010).

O processo de formação de indicadores para subsídio ao monitoramento e à avaliação parte, segundo Di Iorio (2005), do estabelecimento de um conjunto de regras e normas baseadas na padronização e na clareza. Essas regras e normas explicitam desde os tipos de dados a serem coletados e analisados até mesmo às abordagens metodológicas a serem referenciadas. A diferença envolve o nível de complexidade dos objetos em estudo; se para objetos mais simples as regras não precisam necessariamente ser formalmente definidas, para objetos complexos, tais como acesso aos serviços, qualidade de vida e situação da saúde "[...] podem ser acompanhadas por um complexo sistema de administração e procedimentos de pontuação. Nestes casos declarações explícitas sob a forma de regras são necessárias para assegurar a acurácia nas mensurações dos atributos [tradução nossa]"⁸ (di IORIO, 2005, p. 7).

A definição de indicadores (e, conseqüentemente, dos índices) é permeada por complicadores referentes a: a) fontes de dados que devem ser confiáveis e estar disponíveis nos momentos adequados e necessários; b) validade dos próprios indicadores, compreendida como o nível de legitimidade que os valores representativos têm frente às partes interessadas em sua definição, aplicação e utilização; c) confiabilidade, entendida como a consistência com que o indicador aponta um determinado valor em condições e situações semelhantes (di IORIO, 2005). A falta de validade e de confiabilidade de um determinado indicador pode inviabilizar os processos de monitoramento e avaliação. Rootman *et al.* (2001) afirmam que é

⁷ "[...] the objects most often studied are people, communities, and systems. So aspects of these objects might include, for people, illnesses, health behaviors, and attitudes; for communities, size, location (urban or rural), air quality, and cultural norms; and for systems, system access (for example, access to care), policies, cost, and quality."

⁸ "[...] may be accompanied by more complex administration and scoring procedures. In these cases and explicit statement of the rules is necessary to ensure accurate measurement of the attributes."

necessário compreender de forma sistêmica e integrada o objeto sob avaliação, uma vez que indicar seus objetivos e alvos é relativamente simples. Contudo, a transposição dessas características para indicadores que possam, de fato, representá-los, mensurá-los e, por fim, permitir a sua avaliação é muito mais difícil.

A avaliação do desempenho de um sistema de saúde também carece de contextualização, tendo-se em vista que o *desempenho* pode ser compreendido como o grau de alcance das políticas, ações e serviços de saúde a um determinado referencial relevante previamente definido e que pode apontar única ou conjuntamente para o monitoramento, o controle e a avaliação da eficácia (relação entre os resultados obtidos e os esperados), da eficiência (relação entre os resultados obtidos e os recursos despendidos para tal) e/ou da efetividade (relação entre os impactos percebidos e aqueles pretendidos) (HARRIS, 2010). Assim, deve-se definir um conjunto de indicadores e/ou índices suficientemente adequados e aceitos pela sociedade como capazes e plausíveis em termos de explicar as partes da realidade em estudo (di IORIO, 2005).

No Brasil, após diversas tentativas de implantação de sistemas de monitoramento, controle e avaliação das políticas de saúde pública e desenvolvimento de um intrincado sistema de coleta e análise de informações, não integrado, e alvo de críticas metodológicas, o Ministério da Saúde iniciou discussões sobre a sistematização dos processos de avaliação da eficácia e da eficiência (BRASIL, 2005) as quais culminaram com o estabelecimento de suas normas gerais (BRASIL, 2007) e publicação, em 2012, do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) (BRASIL, 2017).

O IDSUS é um indicador sintético disponibilizado pelo Ministério da Saúde, em 2012, com o objetivo de apresentar e analisar os resultados dos sistemas locais de saúde municipais com base em indicadores de acesso⁹ e efetividade de forma contextualizada, levando em consideração as especificidades dos municípios analisados e respectivas estruturas e capacidades de operacionalização das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2017).

O foco do IDSUS é a avaliação das ações e serviços de saúde responsável diretamente pelas ações e serviços de saúde junto ao cidadão, concentrando-se, então, nos

⁹ A avaliação do acesso pode ser realizada a partir de indicadores com diferentes níveis de escopo, quais sejam: a) o individual com foco no conhecimento, atitudes e práticas; b) o interpessoal relacionado às influências familiares; c) o das comunidades que se refere ao trabalho, transporte, sua influência, formas e meios de utilização; d) organizacional relacionado às normas e aos processos organizacionais, às práticas e aos serviços; e) o das políticas públicas referindo-se às leis e normas que orientam e estabelecem padrões de conduta e de comportamento influenciando a utilização dos serviços pelos indivíduos (HARRIS, 2010).

dados e nas informações relacionados às atenções primária, especializada, ambulatorial e hospitalar "[...] realizada, tanto no próprio município, quanto a encaminhada e realizada em outros municípios polos de uma região, de um estado ou nacional (BRASIL, 2017, p. 11)

O IDSUS baseia-se na mensuração de três conjuntos de indicadores, quais sejam, de acesso potencial, referente à oferta inicial de atendimentos, de acesso obtido, que buscam apresentar a produção realizada pelos municípios em termos de procedimentos, os quais são compreendidos como indicadores de eficácia e, por fim, os de efetividade representativos do grau de consecução dos objetivos previamente definidos (BRASIL 2017).

A avaliação do acesso (potencial ou obtido) é realizada a partir da análise de um conjunto de três índices, a saber: Índice de Acesso Potencial ou Obtido na Atenção Básica, Índice de Acesso Potencial ou Obtido na Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade e Índice de Acesso Potencial ou Obtido na Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade e Referência da Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência. O acesso potencial permite “[...] inferir a oferta potencial de atendimentos, enquanto o acesso obtido pode ser medido por meio dos atendimentos realizados. O conceito de efetividade, para fins do IDSUS, é similar ao de eficácia, tendo-se em vista que pode ser entendida como a característica que mostra o grau com que serviços e ações atingem os resultados esperados” (BRASIL, 2017, p. 14).

Avaliação da efetividade das políticas públicas de saúde fundamenta-se em dois índices, a saber: Índice de Efetividade da Atenção Básica e Índice de Efetividade da Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência. São utilizados 24 indicadores para mensuração do desempenho final dos municípios em termos de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2017).

Considerando as especificidades, em termos econômicos, epidemiológicos e de infraestrutura dos sistemas locais de saúde, os municípios brasileiros foram categorizados a partir de um conjunto de três índices de referência, a saber: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), o Índice de Condições de Saúde (ICS) e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM), em seis grupos conhecidos como Grupos Homogêneos, sendo os Grupos Homogêneos 1 e 2 os que apresentam os municípios com melhores indicadores estruturais (BRASIL, 2017).

Tendo seus primeiros resultados publicados em 1º de março de 2012, a receptividade do IDSUS envolveu a resistência dos prefeitos cujas cidades não atingiram pontuação considerada satisfatória, críticas dos pesquisadores da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de

Estudos de Saúde (CEBES) e certo nível de sensacionalismo da imprensa não especializada. Com previsão de nova publicação em 2015, até o fechamento deste trabalho, em agosto de 2017, isto ainda não havia ocorrido. Se, por um lado, são muitos os depoimentos reforçando a importância da avaliação das políticas de saúde pública e de sua institucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde, por outro, são também muitas as críticas ao processo de construção e publicação dos resultados. O IDSUS não conseguiu atingir seus objetivos como indicador de saúde e gerador de discussão e melhorias dos processos de formulação e implantação de ações e serviços de saúde com mais qualidade.

Com esse objetivo, o problema de pesquisa é: como pode ser traçada a trajetória e quais foram os fatores condicionantes da construção e implementação do IDSUS identificados a partir da teoria neo-institucional por meio da dependência de trajetória?

O objetivo geral deste trabalho é discutir a trajetória da implementação do IDSUS a partir da vertente Histórica da Teoria Neo-Institucional por meio da Dependência de Trajetória.

Para a efetivação da análise a partir da Dependência de Trajetória, procurou-se apresentar o desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde e de sua política de avaliação, com foco na definição e implementação do IDSUS, circunscrita às conferências nacionais de saúde, entendidas como as principais arenas de discussão. A análise parte da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, até a XIV Conferência Nacional de Saúde, em 2012, e os impactos decorrentes dessa atuação são compreendidos como as mudanças institucionais efetivadas pelas alterações na legislação e, forma, na estrutura organizativa e decisória do Sistema Único de Saúde, assim como em seu modelo assistencial. Embora não se apresente uma linha do tempo (esta encontra-se presente sob a forma de plano de fundo), a ação dos atores organiza-se antes, durante e após as alterações institucionais¹⁰. Em seguida, uma análise da institucionalização da política de avaliação e da trajetória do IDSUS, a partir da análise neo-institucionalista da Dependência de Trajetória é realizada.

A importância das conferências nacionais de saúde para o estabelecimento das diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde (IDSUS) pode ser percebida pela legitimidade que estes eventos atingiram, principalmente, após a redemocratização do País e alteração da composição dos delegados (antes técnicos da área da saúde, então substituídos por atores dos mais diferentes segmentos da sociedade). Esta legitimidade e o nível de

¹⁰ A discussão técnica acerca da implementação das diretrizes propostas nas conferências nacionais de saúde pode ocorrer, inclusive, em outras arenas também deliberativas como, por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

participação dos diversos atores, a regularidade com que são realizadas e o impacto das diretrizes (discutidas e aprovadas nos níveis municipal e estadual) no processo de (re)construção do Sistema Único de Saúde são os fatores que justificam a escolha destes eventos como os pontos críticos a serem avaliados (HOWLETT, 2009) para a construção da narrativa histórica que, em última instância, permite a análise da trajetória do Sistema Único da Saúde (SUS), de suas políticas de avaliação e, então, do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

[...] as conferências de saúde são eventos em que a sociedade brasileira avalia a situação do setor de saúde e propõe novas diretrizes para formulação de suas políticas de saúde. as conferências de saúde devem ser convocadas de 4 em 4 anos, devem ter caráter participativo e deliberativo, ou seja, com participação popular a sociedade brasileira passa a ver, na prática, que discutir saúde é um direito de todos. A conferência nacional de saúde é o espaço para reafirmar os direitos de cidadania e apontar e apontar as diretrizes da Reforma sanitária no País; deve analisar os avanços e as dificuldades e apontar os caminhos para o Sistema Único de Saúde. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2013)

A aplicação conjunta da Narrativa Histórica e da Dependência de Trajetória pode ser encontrada em Green e Collins (2008) que buscavam uma maior compreensão do desenvolvimento das políticas públicas de esporte na Austrália e na Finlândia; Göttems *et al.* (2009) com objetivo de explicar a trajetória da atenção básica à saúde no Distrito Federal (Brasil) no período de 1960 a 2007; Herring (1999) cujo foco estava no estudo das trajetórias e resultados das políticas públicas de combate e minimização da pobreza nos Estados Unidos e na Índia; Loureiro, Teixeira e Moraes (2009) que buscavam analisar as mudanças institucionais ocorridas nos tribunais de contas no Brasil a partir do enfoque incrementalista e da Dependência de Trajetória, partindo-se da narrativa histórica; Park e Lee (2005) cujo objetivo era apresentar e discutir os mecanismos de desenvolvimento das políticas públicas de incentivo e sustentabilidade da inovação; Shikida e Perosa (2012) que apresentaram e discutiram a trajetória das políticas públicas de geração e manutenção energética no Brasil, em especial àquelas relacionadas ao álcool; e Souza e Costa (2014) que buscaram explicar a trajetória das políticas públicas de saneamento básico no Brasil.

Em termos da contribuição deste trabalho para a área dos estudos em gestão das políticas públicas, em especial das políticas de saúde públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se apontar a construção da própria narrativa histórica do SUS a qual culmina com o desenvolvimento do IDSUS, assim como o reconhecimento das conferências nacionais como as arenas de discussão de mais amplo espectro para (re)discussão e re(organização) do SUS, considerando-se a legitimidade propiciada pelo próprio processo de

agregação das discussões desde o nível do território de saúde passando-se pelas comunidades, municípios, estados e culminando-se com o desenvolvimento dos eventos nacionais. A discussão em torno dos fatores que culminaram com o abandono (até o momento) do IDSUS também pode ser utilizada como base para análises semelhantes no bojo das políticas de avaliação em saúde.

Finalmente, este trabalho está dividido em seis capítulos incluindo esta Introdução.

No capítulo 2, Referencial Teórico, são apresentados os conceitos considerados relevantes, incluindo: a) as políticas públicas e seus principais modelos analíticos; b) o histórico, os conceitos, os paradigmas, as dimensões e as categorias de avaliação e, em especial, da avaliação de políticas públicas; c) relacionados à saúde, seus principais modelos explicativos, importância e relações com a Epidemiologia, índices e indicadores em saúde pública; d) os processos de avaliação de políticas públicas no âmbito do SUS, incluindo o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) e seu complemento o SisPacto. Esse capítulo se encerra com a apresentação e discussão da Teoria Institucional, em que ocorrem a conceituação e a discussão acerca das instituições e das abordagens institucionais, Institucionalismo Tradicional e Neo-Institucionalismo. Em se tratando do Neo-Institucionalismo suas principais vertentes (Sociológica, Histórica e da Escolha Racional) são apresentadas e discutidas, assim como os principais instrumentos de análise de políticas públicas das vertentes Histórica, a Dependência de Trajetória, e da Teoria da Escolha Racional, o *Framework* de Análise e Desenvolvimento Institucional.

As Considerações Metodológicas, com a caracterização da pesquisa e dos procedimentos metodológicos de coleta e análise de dados ocorre no capítulo 3.

O capítulo 4 apresenta o Sistema Único de Saúde, em um primeiro momento a partir de uma breve reconstrução histórica focada nos resultados da atuação dos atores envolvidos em seu estabelecimento no âmbito das conferências nacionais de saúde; em seguida, são apresentadas e discutidas as diversas categorias estruturantes do SUS, incluindo, sua legislação básica, princípios doutrinários e organizativos, organização hierárquica e decisória e, por fim, o modelo assistencial adotado.

O capítulo 5, por sua vez, apresenta e discute o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), inicialmente, a partir de uma reconstrução de seus antecedentes históricos para, em seguida, situá-lo sob a forma de principal instrumento de avaliação proposto no âmbito do SUS. Os impactos decorrentes da publicação de seus resultados, em 2012, são discutidos em tópico específico ainda nesse capítulo. A análise da trajetória e dos

fatores condicionantes do IDSUS a partir da Teoria Institucional por meio da Dependência de Trajetória encerra o capítulo 5.

O capítulo 6, Considerações Finais, traz as devidas observações, os comentários, as restrições metodológicas e as sugestões. Finalmente, as referências encerram esta tese de doutorado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Entende-se como relevante discutir os conceitos de "políticas públicas", "avaliação", "saúde pública" e "Teoria Institucional", uma vez que estão diretamente ligados ao objetivo deste trabalho. Parte-se da discussão das políticas públicas, com foco na construção do conceito de política pública a partir de diversos modelos para compreensão das mesmas. Em seguida, a avaliação de políticas públicas é analisada e discutida. Primeiro, a partir de uma visão de reconstrução Histórica, conceitual e paradigmática para, então, dar lugar à apresentação das principais dimensões e categorias da avaliação. Considerando o caso específico em estudo, do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), passa-se à discussão acerca da construção do conceito de saúde pública e de suas implicações individuais e coletivas a partir da apresentação da Epidemiologia. Os índices e indicadores em saúde pública são conceituados e categorizados logo em seguida, assim como se apresenta uma discussão em torno dos processos de construção dos mesmos. Por fim, a Teoria Institucional é discutida e as suas principais vertentes apresentadas com maior foco nos institucionalismos Histórico e da Escolha Racional.

2.1 Políticas públicas

Estando o objetivo deste trabalho relacionado às políticas públicas, entende-se por necessário tratá-las. Inicialmente, ocorre a contextualização do campo de Estudos em Políticas Públicas buscando-se uma breve reconstrução do mesmo. Em seguida, são apresentados os principais modelos de análise e compreensão das políticas públicas.

A discussão em torno das políticas públicas envolve diversos enfoques e fatores, dentre os quais se destacam: a) um conjunto complexo de variáveis endógenas e exógenas; b) a amplitude e a diversidade de conhecimentos, modelos, teorias e paradigmas desenvolvidos para explicar, prever ou prever os comportamentos individuais, coletivos e sociais; c) a existência de amplo conjunto de *frameworks* que buscam garantir melhores indicadores de eficácia, eficiência e efetividade; d) as conformações estruturais, conjunturais e institucionais da sociedade em que se situa sua análise; e) as especificidades das áreas às quais as políticas públicas se referem (HOFFERBERT; CINGRANELLI, 1998).

Em decorrência disso, a pesquisa em políticas públicas é bastante profícua, destacando-se, dentre os assuntos de interesse dos pesquisadores, as comparações em política econômica, as análises do Estado de Bem-estar Social, estendendo-se desde os processos de formação, legislação e organização social, econômica e cultural chegando aos modos de formulação e implementação de políticas públicas e comparação dos resultados obtidos. Outro foco bastante relevante para pesquisas são as interações entre economia e política sejam concorrenciais, causais ou meramente correlacionais (HOFFERBERT; CINGRANELLI, 1998).

Enquanto área de interesse do conhecimento, o campo de política pública surgiu nos Estados Unidos, ainda no século XIX, de forma bastante incipiente e desorganizada, estruturando-se mais como uma história de discursos e menos como disciplina convencional de estudos assertivos. Tinha como pressupostos a existência de democracia estável e de grupo organizado de estudiosos, em ambiente externos (ou plataformas) ao governo, que poderia analisar e criticar o direcionamento das políticas públicas e que buscavam, em primeiro momento, separar a administração do aparato estatal da execução de seus objetivos com o fim de garantir maior integridade aos processos de análise e aconselhar melhores formas de se realizar a implementação das políticas públicas (NELSON, 1998).

No período compreendido entre 1880 e 1940 destacam-se os estudos de Charles Merriam que trouxe o *Behaviourismo* para discussão no cerne das ciências políticas com o enfoque de que o comportamento humano individual deveria ser tratado de forma menos estatística e que seus impactos passassem a ser considerados sobre os processos de decisão coletivos (NELSON, 1998).

Contudo, a área de Estudo de Políticas desenvolveu-se a partir dos trabalhos de Harold D. Lasswell, ainda na primeira metade do século XX, (DeLEON, 2006; HEIDEMANN, 2014; NELSON, 1998) que defendeu a criação de um campo de conhecimento e de estudo organizado (*policy analysis*) em que, tanto as produções científicas, quanto empíricas pudessem dialogar a fim de fomentar mais conhecimento e maximizar os resultados objetivos desejados pelos formuladores e implementadores de políticas públicas (LASSWELL, 1971; NELSON, 1998).

Trata-se de campo do conhecimento: a) orientado não somente à geração de conhecimento, mas também à sua aplicação ; b) multidisciplinar, por definição, uma vez que depende, interfere, relaciona, influencia e é influenciado por conhecimento de e em diversas outras áreas (DeLEON; MARTELL, 2006), incluindo, a Economia, a Sociologia, a Administração Pública, a Ciência Política (BIRKLAND, 2015), a Psicologia Política, a

Geografia Política, a Sociologia Política, a Antropologia Política e os Estudos Comparados em Política (DOGAN, 2006); c) explicitamente orientada à análise e avaliação de valor, tendo-se em vista que os problemas analisados e passíveis de solução são, em sua imensa maioria, sociais e, portanto, carregados de subjetividade (DeLEON; MARTELL, 2006).

A policy science é, portanto, um tipo de conhecimento profundamente distinto dos empreendimentos científicos clássicos. Ela tem um interesse prático de contribuir para a solução de problemas públicos. Não tem compromisso com a neutralidade científica, a despeito de ter que contar com o conhecimento positivo prévio da realidade que se pretende mudar (HEIDEMANN, 2014, p. 37).

Um dos principais problemas relacionados à gestão das políticas públicas reside no fato de que seu próprio conceito se encontra em desenvolvimento, podendo descrever diferentes graus de especificações (PAGE, 2006) dependendo dos paradigmas e modelos em aplicação, culminando em variados conceitos de políticas públicas os quais se encontram circunstanciados à específica configuração ontológica, epistemológica e metodológica. Disso decorre o estabelecimento de corpo de conhecimentos com a intenção de explicar e direcionar os processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de forma direta ou indireta (BIRKLAND, 2015).

Mesmo não sendo possível, assim, estabelecer uma definição simples, pode-se afirmar que as políticas públicas: a) são formuladas e implementadas como meio de resposta a algum tipo de problema que despertou a atenção de atores ou agentes políticos com o(s) objetivo(s) de identificá-lo, compreendê-lo, mitigá-lo, contorná-lo e/ou resolvê-lo; b) guardam um caráter *público*, devendo carregar certa legitimidade diante da sociedade; c) são empreendidas pelos entes governamentais públicos, representando o que o governo pretende ou não fazer; d) nem sempre são originadas em instituições públicas, comumente derivando das interações entre atores públicos e privados; e) são interpretadas conceitual e empiricamente sob diferentes visões, uma vez que o posicionamento dos atores públicos e privados não necessariamente visa atender às mesmas necessidades e expectativas (BIRKLAND, 2015).

Note-se que as definições *de* e *do* problema integram o Processo da Política Pública; neste caso, problema é a manifestação de uma situação que, por diversos fatores e interesses, necessita de ação objetiva ou subjetiva para seu estudo, mitigação, contenção ou (re)solução (BIRKLAND, 2015; KINGDOM, 2014).

Considerando: a) a diversidade de áreas, a extensão e o impacto das políticas públicas; b) a escassez de recursos financeiros, humanos e tecnológicos na maioria das áreas

em que as políticas públicas são desenvolvidas; c) as pressões e as expectativas objetivas e subjetivas de todos os atores direta ou indiretamente envolvidos nas políticas públicas; d) o nível de discricionariedade dos agentes políticos e burocratas; e) a complexa conformação dos sistemas político, legal, jurídico, econômico e social, dentre outros fatores condicionantes, faz-se necessário buscar melhor compreensão dos modelos e tipologias comumente aplicados ao Processo de Políticas Públicas com vistas ao estabelecimento de níveis satisfatórios de eficácia, eficiência e efetividade da política pública em si, além de quaisquer outros critérios de monitoramento, controle e avaliação que sejam considerados relevantes, assim como a satisfação dos interesses dos atores envolvidos.

No que se refere aos atores, estes podem ser divididos em individuais, pessoas com intenções específicas e capacidade de ação em arenas políticas, e os coletivos, grupos ou organizações com uma agenda estabelecida formal ou informalmente, de forma explícita ou tácita, também com capacidade de agência e que se colocam e atuam intencionalmente nas arenas políticas (SECCHI, 2013).

Outra classificação compreende os atores como governamentais ou não governamentais, sendo indiferente, neste caso, a composição individual ou coletiva.

São exemplos de atores governamentais, a saber (SECCHI, 2013):

- A. os políticos: representam os interesses de uma determinada coletividade, carregam a autoridade estatuída pelo cargo público ocupado, assim como a simbologia e a representatividade a ele atribuídas;
- B. os designados politicamente: ocupantes não eleitos de cargos públicos, podendo ser alçados ao serviço público por concursos públicos ou por investidura em cargos comissionados de ampla ocupação;
- C. burocratas: "[...] são vistos como detentores de alguns recursos importantes que possibilitam o aumento da eficácia das políticas públicas" (SECCHI, 2013, p. 105). Os burocratas singularmente mais conhecidos são os *street level bureaucrats* ou burocratas de linha de frente que são "[...] os funcionários da estrutura burocrática da administração pública que têm um contato direto com o público e que possuem, informalmente, alto grau de liberdade de decisão" (SECCHI, 2013, p. 106). A esse alto grau de liberdade de decisão denomina-se discricionariedade;
- D. juízes: responsáveis por interpretar e aplicar a legislação garantindo a execução da política pública e a preservação dos direitos individuais e coletivos.

Os atores não governamentais distribuem-se em diversas categorias, dentre as quais, destacam-se (SECCHI, 2013):

- A. os grupos de interesse: grupos de indivíduos ou organizações que se estruturam em torno de uma determinada agenda e utilizam-se dos recursos disponíveis para influenciar os decisores pela adoção, abandono ou reformulação de uma determinada linha de ação ou política pública;
- B. partidos políticos: organizações formais que se orientam a partir de um determinado projeto político, social e/ou econômico;
- C. meios de comunicação/mídia: "[...] atores relevantes nas democracias contemporâneas, pelo seu papel de difusor de informações, as quais são importantes para a manutenção da própria democracia [...]exercem papel de controle sobre a esfera política e a atuação da administração pública" (SECCHI, 2013, p. 111);
- D. *think tanks*: organizações especializadas em assessoria a órgãos públicos ou do terceiro setor, que não são consultorias empresariais e, normalmente, estão vinculados a instituições de ensino, embora também não sejam propriamente grupos de pesquisas científicos;
- E. *policytakers*: indivíduos ou grupos para os quais as políticas públicas são formuladas e implementadas; são os beneficiários das políticas públicas; são os destinatários ou beneficiários das políticas públicas que, por vezes, podem não se manifestar adequadamente nas arenas políticas, mas devem ser sempre considerados nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas;
- F. organizações do terceiro setor: organizações privadas sem fins lucrativos cuja atuação se desenvolve em área ou setor econômico que, em princípio, deveria ser de atuação estatal direta sendo insuficiente ou inexistente.

Dias e Matos (2012) corroboram as categorias propostas por Secchi (2013), mas acrescentam os movimentos sociais, entendidos como "[...] grupos de ação com um determinado objetivo e que têm uma existência limitada no tempo, têm caráter temporário, permanecem ativos até atingir os objetivos a que se propuseram quando foram constituídos", e as empresas, enquanto representantes da iniciativa privada com interesses na formulação,

implementação e avaliação das políticas públicas.

As empresas constituem um dos setores mais ativos no cenário internacional, são atores que influenciam profundamente as políticas públicas, sejam estas pequenas, médias, grandes ou corporações transnacionais [...] na realidade, qualquer política pública envolverá em grau maior ou menor empresas que fornecerão produtos ou serviços, e desse modo, esses atores devem ser sempre considerados na elaboração de políticas. Há sempre interesses de empresas envolvendo qualquer ação em política pública (DIAS; MATOS, 2012, p. 51).

Entende-se por Processo de Políticas Públicas o conjunto de atividades que envolve a) a identificação do problema a partir do levantamento das demandas dos indivíduos ou grupos e que exige ação governamental; b) estabelecimento da agenda, os problemas que se mostram mais relevantes à análise da mídia e dos grupos interessados tornam-se elegíveis para a próxima etapa; c) formulação da política pública; d) legitimação da política pública por meio de sua promulgação, ou seja, declaração de interesse e intenção de ação; e) implementação; f) avaliação das políticas públicas a partir de critérios, métodos e processos que permitam auferir indicadores de eficácia, eficiência, efetividade ou, ainda, outros elementos considerados relevantes (DYE, 2013).

2.1.1 Modelos para compreensão de políticas públicas

Modelos são representações esquemáticas segundo algum tipo de visão e que buscam facilitar a compreensão da realidade que, por sua vez, é complexa, subjetiva e de amplo espectro (BIRKLAND, 2015; DYE, 2013).

O objetivo desta seção é apresentar os principais modelos de análise e compreensão das políticas públicas (DYE, 2013), destacando-se os modelos Racional e Comportamental da Escolha Racional ou da Racionalidade Limitada, Incremental, da Sondagem Mista, da Lata de Lixo (*Garbage Can*) e as teorias (Neo-)Institucional e da Escolha Pública (*Public Choice*). Antes, contudo, serão apresentados os modelos de sistemas políticos (Elitismo, Pluralismo e Sistêmico) dada a importância do papel do Estado no Processo de Políticas Públicas. É interessante salientar que se trata de breve reconstituição das principais características desses modelos com o esforço, contudo, de se trazer à luz seus autores seminais. A Teoria Institucional, base para a realização deste trabalho, além de apresentada neste tópico, é mais profundamente discutida ao final deste capítulo, em tópico

específico.

Hill (2005) apresenta uma estrutura de classificação para os sistemas políticos a partir do enquadramento do perfil de concentração ou fragmentação do Poder e da forma de distribuição desse mesmo pela sociedade com relativa igualdade e desigualdade de distribuição. Assim, tem-se: a) governo representativo, em que o Estado responde aos interesses populares, quando ocorre concentração de Poder e distribuição relativamente igualitária; b) sistema pluralista no qual o Estado atende às demandas da população organizada em grupos políticos atuantes e representativos, quando o Poder é fragmentado pela sociedade e sua distribuição relativamente igualitária; c) governo formado ou dirigido por elite não legitimada pela sociedade, quando o Poder é concentrado e desigualmente distribuído pela sociedade; por fim, d) governo imprevisível, fraco e caótico, afetado por pressão dos diversos grupos políticos e instituições não governamentais.

O estudo da influência e dos influenciadores em si, que podem ser compreendidos como os indivíduos (ou grupos) que obtêm o que há de mais relevante a se conquistar em termos de valores disponíveis na sociedade, é o foco da Ciência Política, na visão de Lasswell (1950). Dryzek e Dunleavy (2009), por sua vez, afirmam que o estudo das Elites e dos impactos de suas ações no processo de políticas públicas constituía-se como um dos fatores seminais das pesquisas em Ciência Política.

O sistema político baseado nas elites, , pressupõe a existência de duas categorias de indivíduos, sendo a primeira (elite), menor em quantidade, mas carregada de poder e de todos os benefícios que deste decorrem, ocupando as principais funções públicas e estabelecendo as normas e regulações às quais a segunda classe (massa), (mais numerosa, controlada, gerenciada e influenciada pela primeira) deve se submeter (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998; LASSWELL, 1950).

Nesse contexto, o poder político é a capacidade operativa da elite em influenciar a massa e, dessa forma, manter ou ampliar a obtenção dos valores desejados. Note-se que o sucesso dos grupos dominantes nesse processo de influência depende diretamente da forma como manipula o ambiente por meio do uso da violência, bens, símbolos e práticas (LASSWELL, 1950), embora não se considere incoerente a existência da elite e o funcionamento do sistema democrático (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

No Pluralismo, as políticas públicas refletem a atuação dos grupos sociais com prevalência de recursos, em especial, de poder econômico e político e capacidade de influência sobre a grande massa, no sentido de manter o *status quo*, independentemente de qual seja a sua forma e aceção e a forma de controle social utilizado (DYE, 2013).

O Pluralismo, por sua vez, parte da premissa de que os diversos grupos políticos competem pelos recursos disponíveis e pela efetivação de ações no sentido de atingir seus objetivos e ter suas expectativas atingidas (BIRKLAND, 2015). Independentemente do acirramento ou não das disputas entre os diversos grupos políticos, a postura geral contrária ao fortalecimento do Estado é amplamente percebida no Pluralismo tanto que, de forma geral, o embate objetiva sua limitação, seu controle e sua contraposição do e ao poder estatal (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 928) afirmam que o Pluralismo é "[...] uma das correntes do pensamento político que sempre se opuseram e continuam a se opor à tendência de concentração e unificação do poder, própria da formação do Estado moderno" (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 928).

A proposta pluralista é a inserção dos grupos políticos entre o Estado, que passa a ser compreendido como um executor das políticas públicas definidas pela negociação, intersecção ou sobreposição de interesses, e os indivíduos da sociedade que devem então manter-se social e politicamente organizados. Os grupos políticos tornam-se o fiel da balança entre a desagregação social individualista e o ímpeto estatal de concentração de poder (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

Nesse contexto, as políticas públicas são os resultados do intenso processo de negociação e/ou embate entre os grupos políticos interessados (BIRKLAND, 2015). Mesmo que ocorra, em certo momento, a participação da burocracia constituída no processo de formulação das políticas públicas, esta não é decisiva, mas, sim, acessória. "Pelo contrário, a política pública tem sido vista como a resultante das forças aplicadas ao governo" (DRYZEK; DUNLEAVY, 2009, p. 50). Para que as políticas públicas sejam consideradas operacionalmente relevantes à sociedade, busca-se garantir a seleção para a execução daquelas com o maior número de apoiadores e maior preferência entre estes e, ainda, que o peso entre os membros envolvidos no processo de seleção seja equivalente, uma vez que o processo deve estar fundamentado na democracia (DAHL, 2003).

O Modelo Sistêmico, por sua vez, compreende o sistema político como resultado de um conjunto de processos formado por entrada, processamento, saída e mecanismos de *feedback* o qual se encontra integralmente circunscrito ao ambiente externo formado pela própria sociedade. De um lado, o ambiente influencia o sistema político por meio de entradas, sob a forma de demandas, que garantem ao sistema a sua dinamicidade, e de apoio, que auxiliam na manutenção do funcionamento do sistema político, ao reforçar as demandas e dar maior visibilidade a elas. Note-se as principais instâncias de atuação do suporte são a

comunidade política, o regime político e o governo. No centro do modelo está o sistema político constituído por processos de coleta e análise de dados e toda a burocracia e recursos em maior ou menor proporção e, geralmente, com disponibilidade limitada. Do outro lado, os resultados do processamento realizado pelo sistema político são percebidos como decisões ou políticas públicas formuladas e, eventualmente, implementadas, sendo que esses resultados são percebidos pelo ambiente e constituem os principais meios de redução das tensões no modelo proposto. Decisões adequadas às demandas e políticas públicas que visem à satisfação das necessidades e expectativas do ambiente gerador das demandas podem conduzir o sistema como um todo a novo estado de equilíbrio. Finalmente, os mecanismos de *feedback* buscam ajustar a percepção acerca do alinhamento entre as saídas e os resultados (EASTON, 1957).

No que se refere aos modelos baseados na tomada de decisões em políticas públicas, destacam-se os modelos Racional e Comportamental de Escolha Racional ou da Racionalidade Limitada, Incremental, da Sondagem Mista, da Lata de Lixo (*Garbage Can*) e as teorias (Neo-)institucional e da Escolha Pública (*Public Choice*).

Nesta seção, a fim de prevenir a formação de dúvidas, o modelo da racionalidade discutido em Lasswell (1971) é referenciado como Modelo Racional, ao passo que o modelo Comportamental da Racionalidade ou da Racionalidade Limitada, discutido por Simon (1955), é apresentado como modelo da Racionalidade Limitada. A expressão modelos racionais serve para referenciar ambos os modelos racionais, quando isto se fizer possível e/ou necessário.

O Modelo Racional pressupõe que o formulador da política pública tem adequado conhecimento e condições de identificar o problema a ser resolvido, assim como de compreender os seus fatores condicionantes e estruturantes e que também está apto a modelá-lo adequadamente, seja matemática ou heurísticamente e que, após a melhor abordagem de ação ter sido determinada, tal curso de ação é empreendido, e os resultados são obtidos de forma que os objetivos previamente definidos sejam atingidos (LASSWELL, 1971).

O modelo de processo social proposto é de base institucional e pode ser compreendido como um conjunto de participantes procurando maximizar valores, sob a forma de resultados e que, para isso, utilizam-se das instituições. Nesse contexto, as instituições são os padrões que moldam e permitem o compartilhamento de uma categoria relativamente estruturada de valores considerados relevantes para a sociedade e cuja disponibilidade e posse se encontram sob disputa (LASSWELL, 1971). Os valores que norteiam o funcionamento do processo social são: a) poder, referindo-se aos resultados positivos ou negativos decorrentes das interações sociais; b) esclarecimento sob a forma de descobertas científicas e/ou

novidades; c) riqueza, retornos sob a forma de valores econômicos e/ou financeiros; d) bem-estar, incluindo fatores como proteção e cuidados médicos; e) habilidades, com referência aos meios e formas de instrução, demonstração ou proficiência; f) afeição, no sentido de se exprimir subjetividades como lealdade, amizade ou afetividade; g) respeito, referindo a hora e distinção; e h) integridade de caráter compreendido como aceitação a partir de critérios de avaliação ética, moral ou religiosa (LASSWELL, 1971).

O modelo de processo decisório na abordagem racional inicialmente envolvia sete processos, a saber: a) inteligência, que envolve os processos de coleta, processamento e distribuição de informações entre todos os envolvidos no processo decisório; b) promoção, responsável por maximizar o valor percebido pelo resultado da decisão; c) prescrição, relacionado às estruturas que possibilitam o alinhamento dos resultados atingidos àqueles esperados; d) invocação, que busca garantir a comparação entre a situação real e a expectativa ideal, em termos de ajustamento ou não à prescrição; e) aplicação, caracterização final dos processos junto ao mundo real; f) finalização, permite que a evolução das estruturas seja pela reforma ou pelo abandono das estruturas atuais; g) avaliação, que busca estabelecer um fluxo de processos que permitam confrontar os objetivos das políticas com seus resultados, identificando, por exemplo, os responsáveis pelos erros e acertos (DeLEON, 1997; LASSWELL, 1971).

Posteriormente, o modelo de processo decisório sofreu adaptações e suas etapas passaram a ser: a) iniciação, reunindo os processos de levantamento das demandas e expectativas dos interessados pela política pública; b) estimação: fase de planejamento, análise de impactos e custos e desenvolvimento de modelo representativo da intervenção proposta pela política pública; c) seleção: a partir de conjunto satisfatório de critérios, a alternativa geradora de maior nível de benefícios é selecionada; d) implementação: os recursos necessários e previamente organizados são consumidos ou transformados durante essa etapa quando a política pública efetivamente passa a constituir-se no plano real; e) avaliação: envolve a coleta, a análise e o confronto dos resultados com as expectativas iniciais de resultados, podendo ou não haver a participação direta dos interessados na mensuração de tais resultados; e f) finalização: encerramento do processo de intervenção com geração de documentação e conhecimento considerados relevantes e que possam subsidiar novas políticas públicas (DeLEON, 1997).

As políticas públicas, no Modelo Racional, representam as ações dos formuladores que visam o máximo retorno em termos de satisfação das necessidades e expectativas dos envolvidos ao passo que objetiva também minimizar os custos de

implementação da política pública (DYE, 2013).

As críticas ao Modelo Racional relacionam-se às dificuldades de se estabelecerem bases analíticas suficientemente confiáveis de planejamento das ações, coleta e análise dos dados, mesmo com o uso de avançados recursos computacionais, constituindo-se, portanto, modelo irrealista e indesejável (DYE, 2013; ETZIONI, 1967).

Adicionalmente, podem ser elencadas as seguintes restrições ao uso do , a saber: a) existência de conflitos de avaliação dos custos e benefícios envolvidos e suas dificuldades de mensuração; b) um determinado nível de ação em benefício próprio dos formuladores da política pública pode distanciá-los do uso efetivo da racionalidade; c) mesmo os modelos mais avançados de previsão comportamental ou social não são suficientemente adequados para garantir uma análise confiável de custos e benefícios da política pública; d) dificuldades de análise do contexto geral da política pública em burocracias de larga escala (DYE, 2013).

Por fim, existe a dificuldade em se determinar, em tempo de formulação, o conjunto completo de restrições às quais a política pública estará sujeita, sendo, inclusive, possível que as restrições sejam alteradas ou extintas após a fase inicial de pesquisa e definição da política pública (MAJONE; WILDAVSKY, 2012).

O Modelo Comportamental de Escolha Racional, ou da Racionalidade Limitada, em um esforço de crítica ao Modelo Racional, tinha como objetivo principal revisar os conceitos relacionados ao homem econômico (e seu irmão, o homem administrativo), que supostamente deveria ser racional e dotado de instrumentos e modelos que permitissem um processo aprimorado de tomada de decisões, o que, contudo, não se percebia (SIMON, 1955). Nesta revisão, os *payoffs* (entendidos como os resultados ou metas alcançadas) decorrem a) do conjunto de alternativas existentes; b) das relações existentes entre os próprios *payoffs*; c) dos critérios de ordenação dos *payoffs*, sendo que tais fatores condicionantes não são, necessariamente, passíveis de enquadramento prévio racional, o que levaria à descaracterização de um processo efetivamente racional de tomada de decisões (SIMON, 1955).

O Modelo Racional dificilmente é aplicado em nível organizacional em condições de completo uso, em função da complexidade de sua aplicação em problemas reais e do número de variáveis e restrições crescente, sendo, assim, necessárias pressuposições simplificadoras. Em última instância, a partir dessas simplificações, mesmo resultados apenas parcialmente satisfatórios podem ser considerados satisfatórios pelos interessados, dadas as limitações da racionalidade aplicada, o que interrompe a busca contínua e esperada pelos melhores resultados (SIMON, 1955).

As políticas públicas, no Modelo da Racionalidade Limitada, constituem, portanto, os resultados mais adequados dados os interesses e objetivos dos envolvidos em sua formulação, análise e implementação, consideradas as restrições existentes (SIMON, 1955). No que se refere à avaliação das políticas públicas, os pressupostos do modelo de Racionalidade Limitada encontram ressonância na análise institucional da Escolha Racional e, dessa interação, surgem as inspirações para o *Framework* de Análise e Desenvolvimento Institucional (McGINNIS; ALIGICA, 2007).

Apesar das críticas, os modelos baseados na racionalidade (Modelo Racional e Racionalidade Limitada) estão longe de serem descartados, e novos enfoques têm sido objeto de estudos, incluindo novos princípios e conceitos de racionalidade e interações entre esses modelos e a Teoria Neo-Institucional (JONES; BOUSHEY; WORKMAN, 2006). A discussão sobre o Modelo Racional dirige-se para o confronto entre os conceitos de racionalidade e razoabilidade e ferramentas para a maximização do bem-estar, o modelo de Escolha Pública (*Public Choice*), utilização de técnicas avançadas de simulação e de sistemas de suporte a decisão (ANDREWS, 2007).

Por sua vez, o Modelo Incremental de tomada de decisões foi proposto a partir da apresentação de uma situação-problema, relativamente simples e, para sua análise e apresentação de soluções, propõe-se a realização de comparação acerca de como poderia ser resolvida, tanto a partir do método racional (raiz), quanto do método das sucessivas comparações limitadas (ramescência) (LINDBLOM, 1959), que, mais tarde, passou a ser conhecido como Incrementalismo Desconexo.

As comparações entre os métodos desenham-se a partir de fatores como:

- A. as formas de interações entre as etapas de avaliação e análise empírica: os modelos racionais apresentam dificuldades para estabelecer o conjunto adequado de valores a serem analisados, assim como para determinar ou estimar seus pesos e a forma de organizá-los ou classificá-los. Também não consegue ajustar-se à volatilidade dos pesos dada a sua subjetividade em situações diferentes; em tese, tais dificuldades e limitações são contornadas no Incrementalismo;
- B. a definição das relações entre meios e fins que, no caso do método das sucessivas comparações limitadas, ocorre de forma simultânea, conduzindo à discussão do perfil da *boa* política pública, diferentemente do que ocorre nos modelos racionais de base hierárquica;

- C. a política pública passa a ser definida como o resultado de um processo de negociação e consenso entre os formuladores, executores e beneficiados;
- D. a forma de análise não abrangente, compreendida como o conjunto de pressupostos que permite analisar apenas os valores considerados efetivamente relevantes para a política pública, em oposição ao que ocorre no método racional, em que todos os valores e objetivos são considerados importantes e necessários ao processo de análise;
- E. a concepção de que as políticas públicas se efetivam a partir de uma determinada cronologia e que a implantação em sucessivas etapas e interações possibilita maior eficácia de tais políticas públicas. Dentre os benefícios dessa abordagem, destacam-se e.1) a minimização de erros com consequências posteriores; e.2) melhor aproveitamento no uso do conhecimento desenvolvido e obtido a partir de interações anteriores; e.3) o estabelecimento de uma visão evolutiva, a qual permitiria a minimização dos riscos do processo de tomada de decisões.

Ainda, segundo Lindblom (1959), o método das comparações sucessivas limitadas está mais afeito e é mais aplicável à análise e solução de problemas de políticas públicas de áreas em que não existe uma teoria formada ou esta se encontra em estágios ainda incipientes de desenvolvimento.

O Incrementalismo, em suma, define políticas públicas como a sequência de atividades e ações já realizadas ou em curso, preferindo-se comumente aplicar recursos na melhoria dos processos e dos resultados das políticas públicas já vigentes, evitando-se, assim, riscos decorrentes da adoção de novas políticas públicas (DYE, 2013), derivando, em última análise, em conjunto de concessões obtidas junto aos diversos grupos ou atores envolvidos nos processos de formulação das políticas públicas (ETZIONI, 1967).

Etzioni (1967) critica o Modelo Incremental ao constatar que a inexistência de instituições de posição central no processo de formulação pode diminuir a eficácia das políticas públicas e que, enquanto modelo normativo, não é capaz de gerenciar as diferenças de poder e seus impactos no âmbito das negociações entre as facções existentes e, por fim, a própria admissão dos incrementalistas de que o modelo não é de amplo espectro, havendo decisões nas quais não parece haver ajustamento e aplicação, sobretudo, as de larga escala. Apesar de tal modelo possibilitar o gerenciamento de algum nível de surpresa, o que constitui vantagem sobre os modelos de racionalidade, uma vez que permite acomodar certo nível de

contingencialidade, a constante negativa em repensar os problemas e praticar diferentes níveis de revolução na formulação e implementação das políticas públicas pode conduzir a um isolamento das mesmas e redução de sua viabilidade (ETZIONI, 1967, 1986; MAJONE; WILDAVSKY, 2012). O foco nos processos incrementais pode conduzir ao abandono da discussão dos motivos e fatores condicionantes e estruturantes da política pública, afetando também a percepção dos resultados obtidos por parte dos envolvidos (MAJONE; WILDAVSKY, 2012). Do ponto de vista operacional, a busca por melhores indicadores de eficiência na gestão das políticas pública culminou com uma redução na utilização modelo, embora ainda se faça presente nas estruturas de formulação e implementação de políticas públicas (SOUZA, 2006).

O Modelo da Sondagem Mista é uma combinação das melhores características do Modelo da Racionalidade Limitada e do Incrementalismo, buscando, respectivamente, tornar factível a utilização do primeiro, reduzindo-lhe a utopia e tornando-o mais aplicável à realidade e gerando avanços ao último no sentido de proporcionar-lhe capacidade efetiva de gestão das políticas públicas a passos mais largos.

A principal analogia compara-o um sistema de duas câmeras integradas, sendo a primeira utilizada para visualizar a paisagem geral e, a segunda, com potencial para analisar os detalhes de uma área específica da figura total (ETZIONI, 1967, 1986).

Em termos metodológicos, a análise de amplo espectro fundamenta-se nos princípios racionais, sem que haja foco demasiado nos detalhes e nas especificações do próprio processo, ao passo que a análise pormenorizada ocorre a partir do modelo Incremental considerando as decisões imediatas referenciadas por objetivos específicos condizentes e referentes ao objetivo geral estabelecido no nível macro de formulação (ETZIONI, 1967).

Posteriormente, Etzioni (1986) retomou a discussão do Método da Sondagem Mista, conceituando-o como um processo integrado de tomada de decisões em múltiplos níveis (hierárquico) em que se processam a coleta, a análise, o processamento de dados e a avaliação das informações e conseqüente geração de conclusões. Também apresentou modelo operacional para situações de análise estratégica e para análise dos processos pré- e peri-implementação e, por fim, discutiu processo para definição do quantitativo de recursos a serem alocados nos vários níveis de sondagem.

O Modelo da Lata de Lixo (*Garbage Can*) entende que as decisões de se relacionar os problemas existentes a soluções disponíveis ocorrem de forma casual nas organizações conhecidas como anarquias organizadas. Quatro tipos de elementos definem o processo de tomada de decisão a partir das interações entre si, a saber: a) problemas, são as

questões relevantes a serem resolvidas e podem ser de origem interna ou externa à organização; b) soluções, entendidas como os resultados da ação de alguém não necessariamente dependendo da prévia identificação do problema, uma vez que comumente o problema não pode ser definido de forma adequada até que uma solução viável esteja disponível; c) participantes, referem-se a todos os que entram ou saem do processo decisório, e sua quantidade e variação dependem das oportunidades de Escolha; d) as oportunidades de Escolha são os momentos em que a organização tem a condição de tomar uma decisão.

Cada um desses elementos organiza-se e funciona em uma corrente própria, mas com a possibilidade de interações entre si e, caso ocorram restrições estruturais em termos do prosseguimento da própria corrente, nessas interações, terminam por influenciar os demais elementos e suas respectivas correntes (COHEN; MARCH; OLSEN, 1972).

Exemplos dessas interações podem referir-se a: a) pessoas discutindo problemas e influenciando soluções e gerando oportunidades de Escolha; b) soluções existentes sendo cogitadas pelas pessoas para aplicação em um problema; c) alternativas de Escolha que surgem a partir de problemas cujas soluções ainda se encontram em desenvolvimento (KINGDON, 2014).

Nesse modelo analítico, as políticas públicas são parte de um intrincado processo de desenvolvimento, análise, abandono, rediscussão e reuso de soluções as quais podem ter sido disponibilizadas para associação prévia com problemas que deixaram de existir, tornaram-se irrelevantes ou foram resolvidos por outras soluções antes que a solução esperada estivesse pronta. Assim, não há que se admitir a existência de um processo lógico, ordenado e racional de decisão, mas, sim, um conjunto de interações em que, inclusive, as soluções podem estar disponíveis antes mesmo de os problemas serem adequadamente definidos (COHEN; MARCH; OLSEN, 1972).

Por definição, anarquias organizadas são organizações caracterizadas por três características, quais sejam: a) dificuldades em estabelecer as preferências dos decisores no momento nos processos decisórios; b) dificuldades em estabelecer uma base para o processo decisório, havendo prevalência do processo de tomada de decisões baseado na tentativa e erro; c) alta variabilidade qualitativa e quantitativa dos participantes no processo de tomada de decisões, implicando fronteiras fracas e alta contingência nas decisões (COHEN; MARCH; OLSEN, 1972).

A Teoria de Opção Pública (*Public Choice*) estudada, desenvolvida e discutida com base em um enfoque econômico (WHITFORD, 2013), parte do pressuposto de que há um contrato social entre o Estado e o pelo qual se estabelecem suas áreas de interesse e

limites de atuação. No espaço apropriado de interação, as ações desenvolvem-se com o objetivo de garantir a maximização dos resultados, sendo as políticas públicas as atividades que o Estado deve realizar em função das complexidades inerentes à sua formulação e implementação ou simples desinteresse dos atores presentes no mercado. Também são fatores para definição das políticas públicas os mecanismos de regulação e de mediação estabelecidos a fim de se evitar que determinados grupos de interesse se apropriem de forma indiscriminada dos recursos escassos disponíveis (DYE, 2013).

De forma geral, o modelo tem como objetivo responder a seis questões básicas dos Estudos em Políticas Públicas, desde os trabalhos seminais de Lasswell (1950, 1971), quais sejam, segundo Whitford (2013):

- A. "por que existe uma Escolha coletiva?" cuja resposta implica a necessidade de discussão coletiva, mesmo dos problemas individuais, em confronto com a teoria econômica do Individualismo Metodológico;
- B. "nós precisamos de políticos?" buscando compreender os impactos dos sistemas de representação da coletividade por atores individuais a partir de uma visão de legitimidade das ações desses representantes;
- C. "o que ocorre quando temos políticos?", além da visão da troca de favores entre os diversos atores envolvidos em negociações (*log-rolling* discutido em Lowi (1964)), procura-se determinar e compreender as motivações individuais dos eleitores que explicam a Escolha de determinado representante político, assim como compreender o comportamento dos políticos quando são instados pelos seus eleitores a se envolverem em questões específicas que conflitam com seus próprios interesses e, por fim, determinar as estratégias dos políticos para manter o controle das políticas públicas;
- D. "o que fazer com os bens públicos?" referindo-se às formas e processos de se analisar a distribuição e o uso dos bens públicos a partir e por meio das políticas públicas;
- E. "o que a sociedade deveria querer ?" busca elaborar modelo relacionado aos processos de tomada de decisões em nível coletivo;
- F. "e a respeito daqueles que implementam as políticas públicas?" busca explicações acerca dos impactos da ação (e omissão) dos envolvidos nos processos de políticas públicas, focando desde a Administração Pública até a Burocracia constituída em posição abertamente oposta ao burocrata

inconsequente em relação à gestão orçamentária.

Em relação à Teoria Institucional, de início, comentários são necessários em relação à existência de dois enfoques, quais sejam: o Institucionalismo Tradicional, de base normativa e focado na análise das estruturas legais, políticas e administrativas (THELEN; STEINMO, 1992) e o Neo-Institucionalismo que se apresenta como um conjunto não unificado de abordagens em diversas áreas do conhecimento e bastante amplo em termos de vertentes teóricas que se estendem pela Economia, pela Sociologia e pelas Ciências Sociais (DiMAGGIO; POWELL, 2005; HALL; TAYLOR, 2003; THELEN; STEIMO, 1992; THÉRET, 2003).

Em relação às instituições, estas podem ser compreendidas como os espaços de mediação entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais dos atores envolvidos nos processos sociais (THÉRET, 2003). De forma complementar, as instituições podem ser definidas como o resultado dos embates entre as diversas categorias de atores em busca da consolidação de sua posição de poder no cenário político (IMMERGUT, 1996).

No âmbito do Institucionalismo, as políticas públicas são o resultado das interações entre os atores e as estruturas cujas mediações ocorrem por meio das instituições, em que se destacam aquelas relacionadas aos entes públicos dos diversos poderes e as que representam um ou vários segmentos da sociedade (DYE, 2013), embora a forma, os processos e os modelos analíticos possam ser consideravelmente diferentes em função da vertente neo-institucionalista adotada (ALEXANDER, 2005; DiMAGGIO; POWELL, 2005; HILL, 2005; IMMERGUT, 1996; HODGSON, 2006; OSTROM; 2007; OSTROM; HESS, 2007; PETERS, 1998; PIERSON, 1994; THÉRET, 2003).

É interessante notar que as instituições influenciam o processo de formulação e implementação de políticas públicas ao estabelecer o *locus* apropriado para a realização de tais processos por meio da percepção, identificação e gerenciamento das expectativas das diversas categorias de atores direta ou indiretamente afetadas e/ou interessadas na política pública. Há que se destacar que as instituições podem garantir o distanciamento dos atores em relação às pressões sociais a que se encontram submetidos possibilitando a manutenção da relativa autonomia necessária para o desenvolvimento das políticas públicas (PIERSON, 1994).

As dificuldades mais importantes envolvidas nos estudos institucionais organizacionais são, a saber: a) a existência de múltiplos conceitos de *instituição*; b) a dificuldade em identificar e mensurar as características das instituições; c) as condições de

multi-, inter- e transdisciplinaridade dos conceitos inerentes às instituições; d) os diferentes níveis em que a análise deve ser definida e realizada; e) a dificuldade em compreender as relações inerentes entre os diversos fatores de conformação das instituições (OSTROM, 2007).

A Teoria Institucional, dada a sua importância para este trabalho, é tratada com maior aprofundamento no tópico 2.4.

2.2 Avaliação de políticas públicas

2.2.1 Histórico, conceitos e paradigmas

Neste tópico, de início, apresenta-se o histórico da avaliação, em específico, daquela relacionada às políticas públicas, sob a visão de DuBois, Champagne e Bilodeau (2011). Em seguida, conceitos de avaliação são apresentados e, em momento posterior, comparados aos termos "pesquisa", "análise de políticas públicas", "monitoramento", "inspeção", "revisão" e "auditoria". Entende-se que o tópico em questão é relevante para este trabalho em face de o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde constituir-se o principal instrumento de avaliação do desempenho do SUS, conforme o próprio Ministério da Saúde responsável pela definição, desenvolvimento e implementação do mesmo (BRASIL, 2017). Por fim, o conceito de avaliação utilizado neste trabalho, definido por Champagne *et al.* (2011e), é apresentado.

Em se tratando da avaliação como campo de conhecimento aplicado, a discussão inicia-se, na maioria das vezes, pela abordagem Histórica, suas categorias e campos de interesse (STUFFLEBEAM; SHINKFIELD, 1988).

A história da avaliação remonta aos primeiros tempos da organização social humana com o estabelecimento das burocracias com vistas à adoção de métodos e processos adequados à realização das ações públicas, sendo que, contemporaneamente, os estudos em avaliação remontam ao século XIX e podem ser divididos em seis fases, quais sejam: o Reformismo; a Eficiência e a Testagem; a Inocência; a Expansão; a Profissionalização da Disciplina e das Dúvidas (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O Reformismo (1800-1900) caracteriza-se pelos esforços dos governos em

conceber, planejar e disponibilizar aos seus cidadãos um conjunto de políticas públicas satisfatórias e suficientes para atendimento de suas necessidades. Nesse contexto, avaliação passa a ser utilizada com a finalidade de permitir o entendimento dos impactos dessas políticas públicas sobre seus beneficiários. Os estudos epidemiológicos destacam-se, tanto em termos de saúde pública, quanto de condições gerais de vida dos indivíduos. Assim, "[...] as atividades de avaliação no decorrer desse período resultam na elaboração de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistemática de dados" (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 23) e os métodos quantitativos baseados, sobretudo, nas técnicas e ferramentas estatísticas alcançam grande desenvolvimento e uso.

A fase posterior, da Eficiência e da Testagem (1900-1930), desenvolve-se influenciando e sendo influenciada pelo surgimento, pela aplicação e disseminação de abordagens administrativas como a Administração Científica, a Teoria Clássica da Administração e a Burocracia, as quais "[...] incitam todos os setores a procurar os meios para sistematizar suas operações e maximizar a utilidade de suas intervenções" (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p-24). Políticas públicas em saúde e educação começam a ser avaliadas em termos de seus resultados como forma de determinar a extensão e a forma de seus retornos, havendo forte correlação entre os termos avaliação e mensuração, sendo que a primeira é o resultado da categorização dos esforços a partir da segunda; os métodos quantitativos tornam-se cada vez mais presentes nos projetos e processos de avaliação.

Na terceira fase, a da Inocência (1930-1957), as ações de avaliação passam a englobar o processo de formulação das políticas públicas e não somente seus resultados. Nesse sentido, passa-se à admissão de que o processo de formulação e execução das ações e programas públicas também influencia seus resultados, além das capacidades e restrições que envolvem diretamente os indivíduos avaliados. A presença do ideário funcionalista-positivista culmina com a defesa de que "[...] o desenvolvimento contínuo das políticas sociais parece inelutável e indissociável do progresso" (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p-27), assim como a prevalência dos controles e medidas estatísticas. Até esse momento, os processos de mensuração e avaliação eram compreendidos como praticamente sinônimos, e sua separação resultou em mudança conceitual importante: a mensuração passa a servir de base para a avaliação; o levantamento dos dados e a aplicação de medidas estatísticas cedem sua importância para a avaliação (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A quarta fase, conhecida como Expansão (1957-1972), é marcada pelo desenvolvimento de diversos novos modelos e métodos de avaliação, sendo considerada bastante profícua neste sentido. A avaliação passa a ser considerada uma necessidade para o

adequado processo de formulação e implementação de políticas públicas e não mais uma etapa acessória aos mesmos, marcando sua institucionalização. Às discussões acerca do uso e dos métodos agrega-se à discussão relacionada ao valor das políticas públicas, em que pese referir-se, então, aos impactos e não apenas aos resultados expressos diretamente nos projetos e planos. Quanto ao avaliador, "[...] é atribuído o papel do juiz e, para fundamentar seu julgamento, ele continua a utilizar a informação descritiva e a medida, mas estas não constituem mais uma finalidade para ele" e, sim, um meio para a realização de seu trabalho (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 32).

A penúltima fase, da Profissionalização e da Institucionalização da Disciplina (1973-1989), está marcada pela desilusão (assim como pelos conflitos decorrentes da mesma) provocada pelos resultados, por vezes, inconsistentes e/ou inesperados, dos programas em função de problemas ocasionados pela incoerência dos períodos de avaliação e de sua aplicação e, ainda, pelas dificuldades em se compreender o processo político subjacente à formação da agenda das políticas públicas o qual poderia simplesmente abandonar as orientações técnicas em benefício do fortalecimento das posições políticas dos decisores e interessados. Em paralelo, ocorreu o fortalecimento do campo profissional relacionado à avaliação com base em três fatores: a) reorganização conceitual, teórica e metodológica da área de avaliação a partir da rápida disseminação dos resultados das pesquisas e avaliações; b) rápido surgimento de instituições especializadas em avaliação, tanto no âmbito das organizações públicas, quanto fora de seu escopo; c) estabelecimento de um *corpus* organizativo e valorativo acerca dos processos de avaliação, também em termos éticos.

A última fase, das Dúvidas (a partir de 1990), caracteriza-se pela ampliação da participação dos atores envolvidos nos processos de discussão, formulação e implementação das políticas públicas e, então, da formação de nova concepção de avaliação que passe a considerar os fatores políticos e os interesses dos diversos grupos de coalizão presentes na sociedade. Os principais fatores estruturantes e condicionantes da avaliação nesse contexto são, a saber: a) o processo de definição metodológica da avaliação desloca-se dos métodos para o objeto, o que, parcialmente, esvazia a discussão entre os partidários das avaliações quantitativa e qualitativas em termos de suas vantagens, desvantagens e prevalência; b) a difusão e disseminação de novas tecnologias de comunicação e de processamento massivo de dados e informações; e c) as dinâmicas contraditórias impostas pela maior necessidade de resultados em menor tempo, mais condizentes com a realidade social e econômica. Em suma, "[...] a avaliação não é uma atividade apenas técnica, mas também prática e sobretudo emancipatória. Ela deve propiciar ao conjunto de atores melhor compreensão das condições

nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento" (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 37).

Neste sentido, Mendes *et al.* (2010, p. 4) afirmam que

[...] as políticas públicas se materializam por intermédio da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais [...] são implementadas, além da avaliação de seu impacto sobre a situação existente, devem ser permanentes (MENDES *et al.*, 2010, p. 4).

Embora os termos pesquisa, avaliação e análise de políticas públicas sejam tomados independentemente, em determinadas situações, ou considerados sinônimos, em outras, há que estabelecer as interdependências e interrelações.

A pesquisa, por exemplo, comumente é definida como o processo sistemático de estudo de um determinado objeto com a finalidade de: a) estabelecer nova teoria ou campo de discussão, quando passa a ser conhecida como pesquisa básica; ou b) desenvolver conhecimento, métodos, processos, técnicas e tecnologias, e a pesquisa, então, passa a ser designada aplicada. Contudo, a pesquisa básica pode, em última instância, por ser mais teórica, culminar no desenvolvimento de aspectos empíricos, assim como o reverso também é verdadeiro, ou seja, a pesquisa dita aplicada, por vezes, desencadeia discussões teóricas. Em resumo, a pesquisa pode ser definida como um tipo específico de investigação estruturada com o objetivo de resolver um dado problema a partir de um desenvolvimento teórico ou empírico (GUBA; LINCOLN, 1986).

A análise de políticas públicas também é uma categoria de pesquisa estruturada, mas que se refere aos processos de coletar e apresentar evidências acerca de determinada política pública a favor e contra as demais alternativas passadas, presentes e futuras a fim de contribuir para o processo de negociação e justificativa de Escolhas a partir de critérios como valores e importância para os envolvidos (LINCOLN; GUBA, 1986).

Há que se delimitar e discernir os termos monitoramento, inspeção, revisão e auditoria (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, UNDP, 2009).

O monitoramento compreende o conjunto de atividades ordenadas, previamente definidas e conscientes, de acompanhamento e registro do andamento das ações por meio de indicadores (UNDP, 2009). A mensuração compreende a etapa específica pela qual os indicadores são discutidos, definidos, estabelecidos e implementados. Neste caso, tratados de forma mais quantitativa (di IORIO, 2005).

A inspeção é um exame geral de um determinado objeto, realizada a partir de uma percepção de inadequação ou não-conformidade, a fim de se verificar a aderência dos processos em curso aos padrões normativos, práticas desejáveis de atuação ou outros critérios considerados relevantes para, caso necessário, a formalização de recomendações para correção de curso (UNDP, 2009).

A auditoria, por sua vez, tem função gerencial e busca garantir a eficácia e a eficiência dos processos e a manutenção de níveis considerados satisfatórios de risco, abordando questões e situações nos níveis estratégico e gerencial, e são normalmente realizadas por pessoal externo ao programa, projeto ou organização, ao passo que a revisão é de caráter periódico, realizada por pessoal interno e concentra-se em questões de níveis operacionais (UNDP, 2009).

Em sentido bastante amplo, avaliar significa emitir um juízo ou ponderação acerca de algo (objeto) com base em informações e critérios norteadores de ação (STOACKMAN, 2011). Contudo, diferentes autores apresentam conceitos de avaliação com diferentes graus de correlação, conforme se pode observar no quadro 1.

Quadro 1 - Conceitos de avaliação

A avaliação ...
busca estabelecer uma base de valor (mérito ou valor intrínseco) acerca de determinado objeto em específico, com vistas a melhorar seu desempenho (avaliação formativa) ou garantir maior impacto (avaliação somativa) (GUBA; LINCOLN, 1986), o que Patton (1997) corrobora ao afirmar que a avaliação está a serviço da ação enquanto a pesquisa se ocupa da produção do conhecimento e verdade
é o "resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções", levando-se em consideração as alterações ontológicas, epistemológicas e metodológicas (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 19)
é um processo rigoroso, metodologicamente mais bem estruturado, independente, que envolve técnicas e ferramentas de análise mais elaboradas e com foco na geração de valor para o processo de tomada de decisão (UNDP, 2009)
envolve "[...] julgamento de valor para a tomada de decisão cumpridas as etapas de medir e/ou comparar um determinado fenômeno" (TANAKA; MELO, 2010, p. 121)
do programa é a coleta sistemática de informação a respeito das atividades, características e resultados dos programas a fim de garantir julgamentos acerca dos mesmos, visando a melhoria de sua eficácia e/ou tomar decisões a respeito do futuro do programa. A avaliação baseada no uso (em oposição à avaliação em geral) é realizada para e especificamente para seus usuários primários e seus usos específicos (PATTON, 1997)
é a investigação sistemática da qualidade dos programas, projetos e seus subcomponentes, com a finalidade de tomada de decisão/julgamento/[geração de] novos conhecimentos em resposta às necessidades identificadas das partes interessadas buscando melhores resultados ou transparência e, em última instância, contribuindo para o valor social ou organizacional (JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION, 2011)
[...] é o mecanismo para monitorar, sistematizar e classificar intervenções governamentais em curso ou concluídas a fim de que os funcionários ou outras partes interessadas em seu trabalho orientado para o futuro possam agir tão responsável, criativa, equitativa e economicamente quanto possível (VEDUNG, 2013)
"[...] consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando

um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de valor são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011e)

Fonte – Elaborado pelo autor da tese.

A taxonomia proposta por Vedung (2013) classifica os modelos de avaliação em seis categorias, sendo que as três primeiras são construídas a partir da avaliação do mérito da intervenção, ao passo que as demais se fundam na satisfação ou opinião de indivíduos ou grupos de interesse relacionados à intervenção, a saber:

- A. atendimento aos objetivos (eficácia) e seus impactos (efetividade): nesse modelo, os objetivos são previamente conhecidos ou identificados a partir de critérios de relevância e a partir de processo de legitimação política e social são estabelecidos como base para o processo de avaliação. De outro lado, esse modelo pode ser confrontado por posturas e argumentos que expõem a dificuldade em se resumir total e adequadamente a realidade do objeto, complexa e subjetiva, por meio de objetivações quantitativas, além das restrições em estabelecer relações de causalidade entre a eficácia e a efetividade. Contudo, o modelo continua em uso bastante expressivo por suas potencialidades a despeito de suas vulnerabilidades;
- B. modelo de efeitos colaterais: uma expansão do modelo de atendimento da eficácia e da efetividade em que se busca expandir o ângulo de visão da avaliação da intervenção a fim de coletar e analisar os efeitos indiretos decorrentes da política pública e que não poderiam ser analisados adequadamente sob o modelo anterior. Partindo-se dos efeitos principais, esperados e previsíveis, há que se considerar a existência de um conjunto de efeitos imprevistos positivos (quando se somam e se potencializam os efeitos da política pública) e negativos (indesejáveis, em sua acepção, uma vez que podem distorcer, impactar, impedir ou minimizar a eficácia e/ou efetividade das políticas públicas);
- C. modelo de relevância: refere-se à avaliação do impacto da intervenção no problema subjacente que motivou a formulação e implementação da política pública, o que pode ser diferente da avaliação da eficácia e da efetividade dependendo do processo de compreensão do problema inicial em objetivos a

serem cumpridos e impactos a serem percebidos;

- D. modelo orientado ao cliente: possibilita aos membros-alvo (beneficiários) da intervenção que realizem a avaliação utilizando como base critérios considerados relevantes por eles, incluindo, mas não se limitando ao conteúdo, forma, tempo, custos e processo de planejamento e implementação da intervenção, assim como os resultados obtidos e seus impactos diretos ou indiretos;
- E. modelo orientado às partes interessadas (*stakeholders*): embora bastante semelhante ao modelo orientado ao cliente, neste caso, são considerados sujeitos passíveis de participação na avaliação todos os indivíduos com algum tipo de interesse na política pública e não somente seus beneficiários, assim, incluindo políticos, gestores e gerentes, corpo técnico e consultivo, profissionais responsáveis pela formulação ou implementação, parentes, representantes de classe, clientes, eleitores e todos os que são afetados direta ou indiretamente por ela;
- F. modelo de avaliação colegiada: um conjunto de especialistas especialmente designado para realizar a avaliação submete o processo, seus formuladores e implementadores ao escrutínio. As formas comumente utilizadas nesse modelo são a revisão por pares, em que a avaliação é realizada por profissionais da mesma área e preferencialmente do mesmo nível acadêmico que os avaliados, e a autoavaliação que, normalmente, envolve também outra forma de avaliação, não sendo, portanto, a única realizada.

Também é possível categorizar os esforços de avaliação segundo o tipo de resultado que pretendem fornecer aos usuários, beneficiários, implementadores e/ou tomadores de decisões, destacando-se as seguintes abordagens, quais sejam, a Apreciação Normativa, a Análise Estratégica, a Análise Lógica, a Análise da Produção, a Análise dos Efeitos e a Avaliação Econômica.

A Apreciação Normativa tem por objetivo, ainda em tempo de planejamento da avaliação, determinar se os resultados da intervenção realizada aproximam-se daqueles esperados com foco no controle (CHAMPAGNE *et al.*, 2011d) e busca responder a) se os recursos disponíveis são adequados à consecução dos objetivos; b) se os serviços realizados são adequados à consecução dos objetivos; e c) se os resultados obtidos são ou se aproximam dos objetivos previamente definidos.

Os principais critérios para a realização dessa categoria de avaliação são: a) a aderência em termos de execução da intervenção em relação ao prévio planejamento, o que pode ser compreendido como a busca pela eficácia; b) a cobertura entendida como a capacidade de se atender aos indivíduos que necessitam das ações ou serviços; c) a qualidade compreendida em sentido amplo, tanto a partir da visão do prestador de serviço, quanto, e principalmente, das partes interessadas na eficácia e na efetividade das intervenções; d) os custos, com foco direto e objetivo na eficiência no uso dos recursos; e) os efeitos: ou avaliação da efetividade, retratando se os efeitos decorrentes da intervenção aproximam-se daqueles previamente definidos e esperados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011d). O impacto dos critérios e das normas, nesse tipo de avaliação, é bastante relevante tendo-se em vista que podem definir a condução da avaliação e os seus próprios resultados.

A Análise Estratégica apresenta foco na pertinência da intervenção, ou seja, "[...] a adequação ou a coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver" (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b, p. 95).

Nesse contexto, três pontos devem ser considerados, quais sejam: a) "houve correta identificação do problema a ser resolvido?", uma vez que os esforços envidados se tornarão inócuos caso o problema em processo de solução tenha sido inadequadamente definido ou, ainda, não corresponda, sob qualquer aspecto, ao problema que efetivamente deve ser resolvido; b) "os objetivos estabelecidos são os que garantirão a resolução do problema?", tendo-se em vista que apenas a identificação do problema não garante a totalidade do cumprimento dos objetivos da intervenção, sendo também necessário que os fatores estruturantes e condicionantes do problema previamente definido sejam compreendidos e, assim, os esforços possam ser profícuos; e c) "as parcerias estabelecidas contribuíram para a efetivação da intervenção?: nesse caso, a atuação dos participantes e sua proficiência são avaliados, assim como a sua capacidade contributiva (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b, p. 95-96). Ainda, em outras palavras:

A Análise Estratégica é um exercício essencialmente somativo que pode ser utilizado em qualquer etapa de uma avaliação. Ela se integra a um exercício que tem por objetivo certificar-se (levando-se em conta o contexto e os conhecimentos do momento, que não são necessariamente os mesmos que existiam antes da concepção da intervenção) de que a intervenção ainda é pertinente. O julgamento permitirá decidir se é importante continuar ou não a intervenção, ou ainda se se deve focalizá-la em torno de outros alvos. Em resumo, a análise estratégica serve essencialmente para questionar a pertinência da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b, p. 96)

A Análise Lógica tem como objetivo determinar o mérito teórico que sustenta a

avaliação, embora seja frequente sua ausência no delineamento das avaliações. "O avaliador deve determinar se há adequação entre os objetivos da intervenção e os meios implementados para alcançá-los" (CHAMPAGNE *et al.*, 2011c, p. 105) considerando se tanto as hipóteses quanto a metodologia da avaliação são coerentes com seus objetivos e também adequados à própria intervenção

A Análise da Produção busca estabelecer uma relação entre o volume e a qualidade dos serviços produzidos e o quantitativo de recursos alocados/consumidos durante a execução da ação e/ou operacionalização dos serviços, sendo assuntos comumente tratados, nesse contexto, a mensuração da qualidade e da produtividade, além critérios como a acessibilidade, a eficácia, a disponibilidade, os custos e a capacidade de atendimento, dentre outros. De forma geral, a Análise da Produção relaciona-se diretamente com todas as demais componentes da avaliação, tendo-se em vista que *produzir* é a finalidade dos programas, serviços e/ou ações e o monitoramento, controle e avaliação de seus derivados é uma função básica do processo de avaliação. Sob o aspecto conceitual, os serviços são a materialização das necessidades da população atendida e/ou gerenciada a partir do consumo de determinada quantidade e qualidade de recursos com vistas à geração de resultados esperados com, evidentemente, geração também de custos. Minimamente, essa categoria de avaliação deve preocupar-se com: a) a análise das necessidades e das suas formas de atendimento das mesmas; b) análise dos recursos, suas formas de uso e de gerenciamento, e, por fim; c) a análise dos processos que, em última instância, são os meios pelos quais os recursos são transformados e consumidos e os resultados construídos (FARAND, 2011).

A Análise dos Efeitos é a forma mais clássica de avaliação. "Duas diferenças fundamentais a distinguem da apreciação normativa dos resultados. Primeiro, a análise dos efeitos se interessa pelo conjunto dos efeitos possíveis de uma intervenção, enquanto a apreciação normativa se interessa apenas pelos efeitos almejados" (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a, p. 159). Uma classificação direta para os efeitos refere-se ao valor que eles guardam, podem ser, assim, positivos ou negativos. Os efeitos podem ser classificados em primários e secundários (ou, respectivamente, previstos e imprevistos), sendo os primeiros aqueles esperados pela intervenção, ao passo que os últimos são desdobramentos ou desenvolvimentos inesperados do curso de ação da intervenção; a existência de efeitos inesperados não significa, necessariamente, que a intervenção tenha falhado, uma vez que mesmo efeitos inesperados podem ser positivos. No que se refere ao decurso do tempo da intervenção, os efeitos podem ser de longo, médio ou curto prazos, assim como duradouros ou transitórios. Ainda nesse contexto, há que se considerar as especificidades relacionadas à

gestão da eficácia e suas relações com a mensuração e análise dos efeitos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

A Avaliação Econômica, por sua vez, constitui uma das áreas mais profícuas de atuação, dadas as dificuldades orçamentárias e gerenciais dos órgãos públicos, sobretudo, daqueles relacionados ao gerenciamento das demandas da população por ações e serviços públicos, em especial, dos sistemas de saúde pública. De início, há que se notar que os modelos econômicos e/ou administrativo-financeiros não conseguem, de imediato, explicar as especificidades e as externalidades dos sistemas públicos, novamente, em especial, daqueles relacionados à oferta de serviços de saúde, sendo necessárias adaptações e concessões. Nesse sentido, o estudo da eficiência retorna à posição de centralidade, tendo-se em vista que os tomadores de decisões, assim como os implementadores, buscarão formas de atingi-la, muitas vezes, às custas da eficácia e/ou da efetividade, o que poderá trazer comprometimentos às políticas públicas. Questões metodológicas e de cunho empírico costumam despontar nesse âmbito, inclusive, havendo a necessidade de planejamento e organização de recursos de forma que as técnicas, as ferramentas, os *frameworks* e os modelos mais adaptáveis à avaliação da intervenção sejam escolhidos para uso individual ou em conjunto. Particularmente interessantes e muito utilizados, os enfoques de avaliação econômica direcionam-se às análises: a) da minimização dos custos; b) do custo-eficácia; c) do custo-utilidade; d) do custo-benefício; e) do custo-consequência (BROUSSELLE; LACHAINE; CONTANDRIOPOULOS, 2011).

O conceito de avaliação neste trabalho baseia-se em Champagne *et al.* (2011e, p. 44), em que

[...] avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

2.2.2 Dimensões e categorias da Avaliação

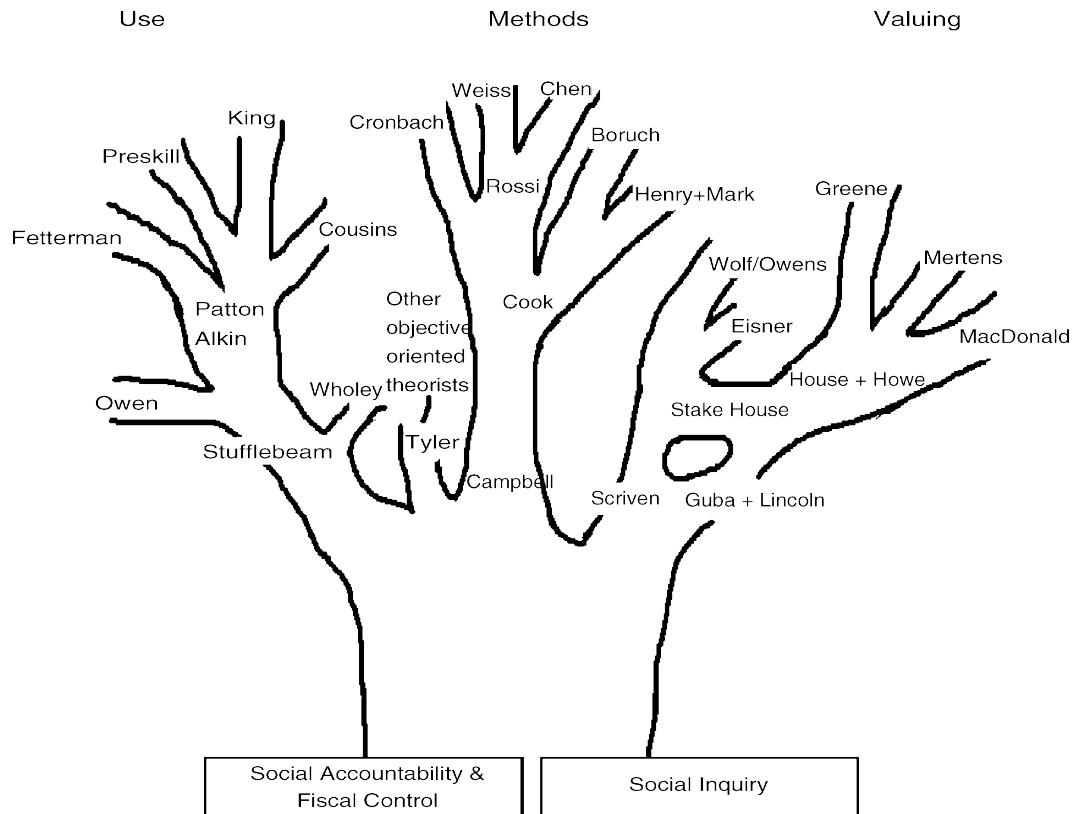
O objetivo deste tópico é apresentar as dimensões clássicas de avaliação, quais sejam: o uso, o método e o valor (mérito). Para tanto, optou-se por partir do modelo

conhecido como *Árvore da Avaliação*, em sua terceira versão desenvolvida por Christie e Alkin (2008), com o intuito de simplificar a abordagem ao assunto.

A *Árvore da Avaliação* (ver figura 1) é o resultado da categorização dos autores e estudos mais influentes na área de avaliação, a qual se encontra segmentada em três grandes galhos, quais sejam: a) uso, a avaliação enquanto instrumento que permite a melhoria dos programas a partir de seus resultados em uma busca de retroalimentação do ciclo de formulação, implementação e avaliação; b) método, em que se discutem pormenorizadamente os paradigmas, os métodos, as ferramentas e as técnicas disponíveis e utilizados; c) valor, em que os estudos partem do pressuposto de que avaliação significa, além dos parâmetros objetivos, também julgamento de valor referencial, o que pode significar a busca por uma subjetividade inerente ao objeto em avaliação. Christie e Alkin (2008) reapresentam as versões da *Árvore da Avaliação*, publicadas em 2004 e 2006, comparando-as e apontando as variações mais perceptíveis em termos de relevância de autores e estudos a partir do panorama de 2008.

Os grandes galhos (uso, método e valor) representam as segmentações paradigmáticas no campo da avaliação, e o calibre de cada galho permite inferir a relevância daquela subárea; há autores considerados centrais em cada uma dessas segmentações, embora outros tenham surgido e sido posteriormente retirados, uma vez que não estabeleceram uma corrente profícua de seguidores a partir de sua abordagem, o que, em última instância, terminou por minimizar sua relevância (CHRISTIE; ALKIN, 2008). O segmento mais volátil, ou seja, em que a estrutura da árvore e sua constituição se alteram com mais frequência é o de *valor*, ao passo que o segmento de *uso* mantém-se mais estável segundo esse mesmo critério (CHRISTIE; ALKIN, 2008).

Figura 1 - A Árvore da Avaliação



Fonte - CHRISTINE e ALKIN (2008, p. 133)

No segmento relacionado ao uso, o impacto da avaliação não deve ser mensurado apenas pelo seu resultado em termos de consecução de seus objetivos, mas também pela capacidade de influenciar o processo de tomada de decisões (ALKIN, 1975). Esse processo de retroalimentação da avaliação sobre a formulação e implementação, normalmente, não ocorre de forma fácil e guarda suas próprias dificuldades (TYLER, 1974). O processo de uso ou utilização da avaliação refere-se ao processo de aplicação das informações e dados gerados pela avaliação para melhoria do programa ou política que esteja sendo avaliado. Nesse contexto, o uso da avaliação constitui-se em complexo conjunto de processos o qual necessita ser adequadamente compreendido, tanto pelo avaliador, quanto pelos usuários da avaliação (ALKIN; TAUT, 2003).

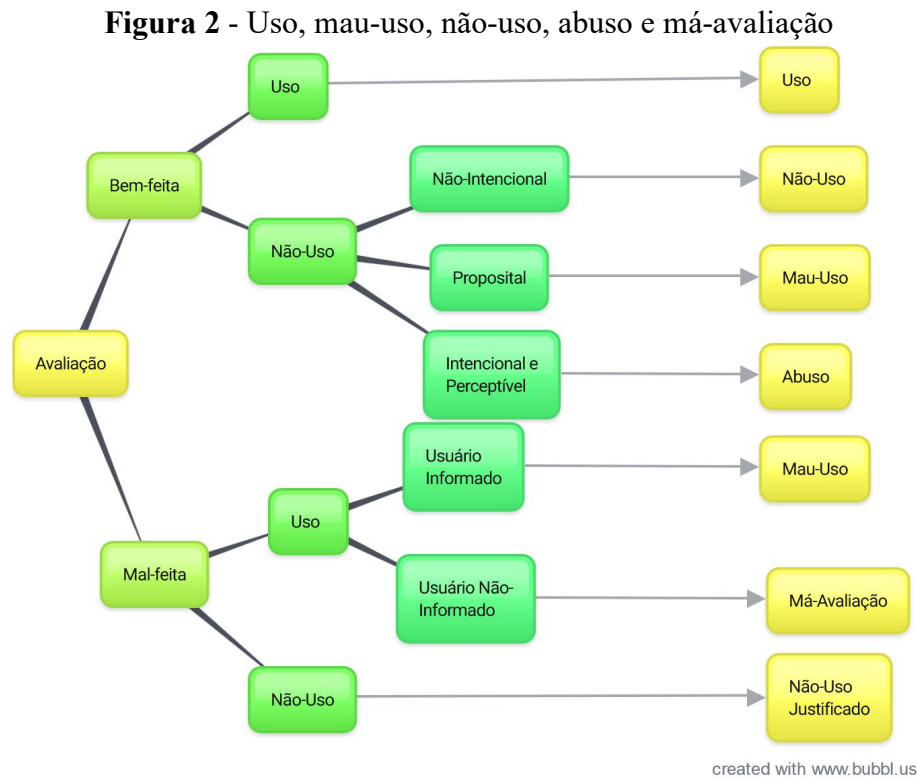
Assim, faz-se necessário destacar os fatores que podem interferir na utilização dos resultados da avaliação na tomada de decisões, quais sejam: a) o processo de tomada de decisões e seus responsáveis: ainda em tempo de planejamento da avaliação, sendo conhecido o tomador de decisões, os resultados podem ser descritos sob a forma mais adequada para o

uso daqueles, diferenciando-se, nesse ponto, relatório de avaliação do mero relatório de pesquisa, o qual não é construído com a finalidade ulterior de aplicação pelos tomadores de decisões; b) o programa e seu contexto social: tanto as características essenciais do programa em termos estruturais e conjunturais, quanto sociais impõem-se como relevantes, tendo-se em vista que as restrições organizacionais, as estruturas formal e informal e a natureza dos grupos sociais que competem por recursos no interior da organização terminam por influenciar o sistema organizacional possibilitando novas formas de arranjo institucional e de comunicação; c) a natureza do avaliador: envolvendo o perfil, as características, a legitimidade, a autoridade e os interesses do avaliador e como este pode influenciar os tomadores de decisões, usuários e beneficiários da avaliação; d) o relatório de avaliação: as características do relatório decisivas para sua posterior utilização incluem a atenção aos objetivos previamente estabelecidos; a credibilidade técnica do avaliador e dos processos de avaliação e de construção do relatório em si; a facilidade de compreensão dos dados e informações pelos usuários e beneficiários; o escopo das sugestões levadas a termo no relatório e a capacidade de relacionamento do avaliador com os interessados e/ou beneficiários do documento final (ALKIN, 1975).

O emprego da avaliação enquanto influenciador do processo de (re)definição de uma determinação política pública encontra-se circunstanciado à discussão sobre o uso, o não-uso, o mau-uso, o abuso e má-avaliação (ALKIN; COYLE, 1998) (ver Figura 2).

Entende-se por não-uso, o abandono, a desconsideração ou a ação objetiva de ignorar a avaliação e seus resultados, podendo ser justificado quando ocorre no intuito de resguardar os interesses dos usuários e beneficiários da avaliação de um processo de avaliação sabidamente carregado de limitações ou defeitos, seja em termos de planejamento, execução, processamento ou geração de resultados, ou não-justificado, quando a avaliação cumpre seus objetivos previamente definidos, mas por razões externas, sua utilização não se efetiva ou pode ser percebida. Duas categorias adicionais de não-uso são particularmente importantes em função de seus impactos negativos, quais sejam: o mau-uso e o abuso. O mau-uso pode ser atribuído a um conjunto bastante diverso de fatores condicionantes desde deficiências (teóricas, metodológicas, estruturais e conjunturais), incoerências (nos resultados da avaliação ou em seu processo de execução) até mesmo má-fé (manipulação intencional de dados e informações da avaliação visando a criação de quadro final diverso daquele apresentado pelos resultados reais obtidos) dos avaliadores e/ou dos usuários da avaliação. Note-se que, para o mau-uso cujas causas se relacionam exclusivamente ao avaliador, reporta-se um processo pobre de avaliação (má-avaliação) e não necessariamente mau-uso, o que, em condições normais, passa a ser atribuído diretamente ao não-entendimento e à aplicação deficientes por

parte dos usuários da avaliação. Por seu turno, o abuso refere-se ao não-uso deliberado, intencional e flagrante dos resultados da avaliação que atende aos pré-requisitos e critérios intrínsecos e extrínsecos de qualidade (ALKIN; COYLE, 1988).



Fonte - Alkin e Coyle (1998, p. 335), adaptado pelo autor da tese.

No que concerne ao uso, entende-se que este pode ser representado pelas interações entre os resultados obtidos e suas implicações potenciais e o próprio processo de avaliação *per se* (ALKIN; TAUT, 2003), sendo necessária também a observância de fatores como: a) o uso no tempo adequado para que ocorra a intervenção com vistas à melhor intervenção, ou seja, os dados, as informações e os resultados da avaliação não devem perder sua capacidade de impacto de sensibilizar os tomadores de decisões; b) em caso de conflito de percepção entre os resultados da avaliação e a dinâmica do programa ou serviço avaliado, o tomador de decisões pode buscar a conciliação de tais visões por outros meios ou instrumentos e, não simplesmente, optar por não utilizar os resultados da avaliação, mantendo o objeto pesquisado com as mesmas características; c) as opiniões do avaliador relacionadas a termos polêmicos não diretamente abordados na avaliação, mas subjacentes à mesma, devem ser monitoradas a fim de não impedir ou dificultar o uso desses resultados; d) o processo de avaliação *per se* é relevante e seus impactos sobre a própria avaliação precisam ser continuamente monitorados (ALKIN, 1980).

A Escolha do método em avaliação constitui momento relevante no processo de seu planejamento, e a discussão em torno dos paradigmas é bastante conhecida. Um paradigma orientador da prática busca estabelecer, para seus defensores e usuários, um conjunto estruturado de valores os quais envolvem a relevância dos fatores considerados, sua ordem e estrutura e legitimidade; é, em última instância, um construto que visa a redução das dificuldades em se analisar a realidade (PATTON, 1980) ou, em outras palavras, é uma visão geral de mundo cuja finalidade é a sua simplificação, informando e direcionando seus praticantes, de forma normativa, o que, como e por que tomar determinadas decisões (PATTON, 1982)

Os problemas se iniciam quando o responsável pela pesquisa (que pode ser ou não o seu idealizador ou planejador) estabelece, a partir de um determinado paradigma, a sequência e as formas de interação entre o objeto pesquisado, os indivíduos envolvidos e sua forma de interação. O paradigma hipotético-dedutivo, dominante na área de avaliação, busca explicar o objeto a partir de visão quantitativa, baseada em medidas objetivas, análises de causa-efeito e análises paramétricas, ao passo que o paradigma holístico-indutivo estabeleceu-se a partir do uso de técnicas qualitativas, entrevistas (semi-)estruturadas, grupos de discussão e observação, buscando a formação de uma visão mais ampliada do objeto e, não, sua redução. A interação entre os paradigmas e os métodos de pesquisa deve ser considerada circunstancial, ou seja, o objeto e as necessidades da pesquisa estabelecem-se como critérios para tal associação e não a atribuição unívoca realizada *a priori*.

Nesse contexto, a escolha do método parte da consideração de fatores como: a) opções de mensuração, envolvendo as possibilidades de identificação e coleta dos dados qualitativos e/ou quantitativos, sob a forma de questionamentos relacionados a que tipo de dados qualitativos poderiam ser coletados e que tipos de dados quantitativos devem ser utilizados; b) opções de formatação da pesquisa a partir dos diversos enfoques de pesquisas como experimentos, inquéritos populacionais ou pesquisa de base naturalística; c) opções de envolvimento pessoais: referindo-se aos tipos, às formas e aos processos de interação entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa; d) opções de análise: com discussão focada nos processos de análise sob os métodos indutivo ou dedutivo, por exemplo (PATTON, 1980).

Assim, apesar de toda a discussão entre os paradigmas qualitativo e quantitativo, a decisão em torno da aplicação não deve estar focada na Escolha mutuamente exclusiva, quando, ao contrário, deve ser incentivada a visão de que a Escolha paradigmática se encontra no âmbito do objeto e do responsável pela pesquisa/avaliação e, não, do método em si. O novo paradigma está fundamentado na análise do objeto pelo avaliador precedendo a Escolha

metodológica (PATTON, 1982).

Em termos da sua natureza, os dados qualitativos envolvem descrições de sensações, percepções, eventos, opiniões e comportamentos observados, havendo citação direta de falas dos sujeitos da pesquisa e narração a partir da observação de suas atitudes e experiências, assim como a utilização e análise de documentos construídos ou que representem a vivência dos indivíduos ou, ainda, que possam ser analisados a partir de um enfoque baseado na compreensão das motivações individuais e coletivas. Note-se que a extensão e a profundidade da análise qualitativa dependem, entre outros fatores, dos próprios objetivos da pesquisa/avaliação. Os dados qualitativos e os processos de análises, em sua maioria, vinculam-se à abordagem indutiva, assim como a uma visão holística das instituições às quais os fenômenos em estudo se referem ou ocorrem, o que, em última instância, permite afirmar que o pesquisador/avaliador busca compreender o fenômeno como um todo e, não, como parte (PATTON, 1982).

A prática da pesquisa qualitativa, ao mesmo tempo, pode permitir um maior aprofundamento do conhecimento relativo ao fenômeno em si e também das causas e razões de sua ocorrência, levadas em consideração as suas especificidades (PATTON, 1982). Mesmo pesquisas basicamente quantitativas como as que envolvem a avaliação e o custo/efetividade podem se beneficiar da integração aos métodos qualitativos, haja vista o desenvolvimento dessa visão integrativa possibilitar a compreensão, não apenas dos resultados, mas também da validação do processo de avaliação a partir dos sujeitos envolvidos na execução da pesquisa e daqueles que diretamente são os geradores dos dados quantitativos (PATTON, 1988).

Nesse sentido, "[...] essa perspectiva de busca de interpretar os sentidos da ação dos sujeitos vai guiar boa parte do investimento da pesquisa qualitativa [a qual] por mais cuidadosa que seja e realmente voltada para a construção de um conhecimento que possua validade, nunca incluirá tudo que é expresso (e escondido) nas falas e nas práticas [...]" (DESLANDES; GOMES, 2010, p. 130).

A opção pelo paradigma qualitativo fundamenta-se nos seguintes pilares, a saber: a) a busca pela compreensão e pelo entendimento dos significados intrínsecos do fenômeno em estudo; b) o estabelecimento do objeto como sujeito da pesquisa e, não apenas, de suas variáveis; c) a atuação do pesquisador como parte da pesquisa, uma vez que seus conhecimentos e posicionamentos são importantes para a prática da pesquisa, embora isso não signifique o desapego ou a desconsideração dos princípios científicos; d) a interpretação dos resultados dá-se por meio da descrição e explicação, normalmente, não se resumindo a dados numéricos; e) a eficácia da pesquisa ocorre, principalmente, pela adequada aproximação do

pesquisador ao objeto; f) a generalização torna-se possível a partir da construção de conhecimentos que conduzem o pesquisador a novos questionamentos (CANZONIERI, 2010).

Por sua vez, os dados quantitativos visam à formatação e estruturação da realidade a partir de um conjunto prévio de métodos e critérios, buscando resultar em modelos padronizados. Mesmo nas pesquisas de base institucional, esse paradigma pode ser utilizado desde que o pesquisador/avaliador entenda que o estabelecimento de categorias analíticas baseadas em processos de classificação, organização e serialização seja suficiente para a construção de seu quadro geral de resultados (PATTON, 1982).

Em relação aos métodos comumente utilizados destacam-se os enfoques qualitativo e quantitativo, além das aplicações mistas, que se valem da integração de métodos, técnicas e ferramentas de coleta e análise baseadas em ambos os enfoques (ROYSE; THYER; PADGETT, 2010; TRITTER, 2011). Embora não seja o foco deste trabalho discuti-los, entende-se necessário apontá-los dada a sua diversidade e relevância. No que se refere ao enfoque qualitativo, os principais métodos em uso na pesquisa/avaliação em saúde são: a pesquisa bibliográfica (JONES, 2011), a pesquisa documental (ALASZEWSKI, 2011; COOPER; SCHINDLER, 2003; MEYER, 2011b; ORTEGA; INFANTE; PALACIOS, 2007; ROYSE; THYER; PADGETT, 2010; YANOW, 2007), análise de conteúdo (*UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE*, GAO, 1996), as entrevistas não-estruturadas (LOW, 2011; MATTOS, 2010; YANOW, 2007) e semiestruturadas (BARBOSA; CASANOVA, 2007; MEYER, 2011b; ROYSE; THYEAR; PADGETT, 2010), a observação (CURIEL, 2010; GREINER, 2004; HUGHES, 2011; LEE, 2003; THIRY-CHERQUES, 2008. YANOW, 2007), os grupos de discussão (GREEN, 2011; MEYER, 2011b; OLIVEIRA; FREITAS, 2010; ROYSE; THYER; PADGETT, 2010), técnica Delphi (MEYER, 2011b), a pesquisa-ação (MACKE, 2010; SADOVNIK, 2007; WATERMAN, 2011), os estudos de caso (GODOY, 2010; STAKE, 1993; YIN, 2010) e etnografia (ANDION; SERVA, 2010; CURIEL, 2010). Em relação ao uso de métodos quantitativos, na pesquisa em saúde, destacam-se: estudos baseados em análise fatorial (Di IORIO, 2005; HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009), análise discriminante (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009; MÁRIO, 2011), análise de conglomerados (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009; POHLMANN, 2011), amostragem estatística (DAVIS; SCOTT, 2011; NEWCOMER; WIRTZ, 2004), medidas de tendência central e de dispersão (ARGYROUS, 2011; Di IORIO, 2005; HAIR JÚNIOR *et al.*, 2005; NEWCOMER; WIRTZ, 2004), levantamentos (BÊRNI; ABEGG; MARQUETTI, 2012; Di IORIO, 2005; KATZ, 2010; HAIR JÚNIOR *et al.*, 2005; LANGBEIN; FELBINGER, 2006; MEYER,

2011b), inquéritos domiciliares (CALNAN, 2011), experimentos não-aleatórios (KATZ, 2010; SIRIWARDENA, 2011; SMITH *et al.*, 2005), experimentos controlados aleatoriamente (KATZ, 2010; LANGBEIN; FELBINGER, 2006; LEWITH; LITTLE, 2011; PIERRE, 2004; SMITH *et al.*, 2005) e quasi-experimentos (LANGBEIN; FELBINGER, 2006; REINHARDT; MARK, 2004) e meta-análise (BORUCH; PETROSINO, 2004; LANGBEIN; FELBINGER, 2006).

2.3 A Saúde (Pública) e suas implicações individuais e coletivas

O termo "saúde" na contemporaneidade é circunstanciado, tanto em nível biológico, individual e coletivamente, quanto social e, em face disso, torna-se de difícil precisão (SANTOS, 2007), não sendo de clara compreensão nem óbvio ou autoexplicativo sob qualquer aspecto (LEFREVE; LEFREVE, 2007). Os termos em português *saúde*, em espanhol *salud*", em francês *santé* e em italiano *salute* referem-se diretamente ao vocábulo *salus* do latim relacionado à característica ou condição do que é inteiro, íntegro ou intacto, ao passo que o termo em inglês *health* tem como origem a forma *healeth* com sentido de tratado, são, curado (ALMEIDA FILHO, 2011).

“Saúde é o estado em que há a normalidade do funcionamento do organismo humano” de acordo com Murta (2009, p. 655). Para Narvai e São Pedro (2008), o conceito de saúde deve ser avaliado em três níveis. O primeiro, subindividual, envolve as características biológicas e físico-químicas operacionais e suas interações para a manutenção do estado de funcionamento ou surgimento das condições propícias para as patologias. O segundo nível, individual, está relacionado às sucessivas e alternativas manifestações de estados de *bem-estar* e de disfunções ou anormalidades; “[...] predominam graus variados de anormalidades e disfunções, a ponto de serem detectadas pelo indivíduo mediante queda de ânimo, perturbação, irritação ou algum sintoma de problema físico, considera-se que há ‘doença’” (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008, p. 270). No terceiro nível, o coletivo, a saúde ou sua ausência pode ser identificada por meio de indicadores quantitativos ou qualitativos; nesse caso, medidas ou mensurações epidemiológicas e/ou demográficas.

A visão unidimensional do conceito de saúde (fundamentada na ideia de que a saúde é a ausência de doença) é, antes de equivocada, totalmente inapropriada, uma vez que

somente é possível expressar sua complexidade subjacente da saúde por meio de visão multiangular e baseada

[...] em uma concepção holística de saúde, integradora das diversas facetas, modos e estruturas conceituais, respeitosa da complexidade dos fenômenos, eventos e processos da saúde-doença-cuidado nos seus diversos planos de existência, do biomolecular ao ecossocial. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 27-28)

O conceito ampliado de saúde¹¹, conforme preconizado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, está fundamentado em condicionantes e determinantes sociais, na materialidade das ações, na obrigatoriedade do Estado em disponibilizar os recursos necessários à sua efetivação tanto do ponto de vista econômico, social, cultural e na visão de que a saúde é uma conquista social baseada nesses mesmos condicionantes e determinantes socioeconômicos e culturais, tanto em nível individual, quanto coletivo (BRASIL, 1987).

Assim, a saúde deve ser analisada sob diferentes óticas, a saber, como: a) fenômeno; b) metáfora; c) medida; d) valor; e) práxis. (ver quadro 2).

Quadro 2 – Enfoques e características da saúde

Enfoque	Características
Fenômeno	Fato, atributo, função orgânica, estado vital ou situação social, definido negativamente como ausência de doenças e incapacidade ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas
Metáfora	Construção cultural, produção simbólica ou representação ideológica, estruturante da visão de mundo de sociedades concretas
Medida	Avaliação do estado de saúde, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de risco, competindo com estimadores econométricos de salubridade ou carga de doença
Valor	Nesse caso, tanto na forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto na de direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea
Práxis	Conjunto de atos sociais de cuidado e atenção às necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformadas em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operado em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais.

Fonte - Almeida Filho (2011, p. 27), adaptado pelo autor da tese

¹¹ 1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida; 2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas; 3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade; 4 – Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto é garantido mediante controle do processo de formulação, gestão e avaliação de políticas sociais e econômicas pela população [...] (BRASIL, 1987)

De acordo com a WHO (1998, p. 1), saúde é

[...] um estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. No contexto da promoção à saúde, a saúde tem sido menos considerada como um estado abstrato e mais como um fim que pode ser expresso em termos funcionais como um recurso que permite às pessoas levarem vidas produtivas individual, social e economicamente. A saúde é um recurso para a vida e não um objetivo de vida. É um conceito positivo que enfatiza recursos pessoais e sociais, bem como capacidades físicas [tradução nossa]¹².

O bem-estar físico refere-se ao corpo, enquanto o bem-estar mental reside na estabilidade espiritual, e o bem-estar social relaciona-se às normas de convivência. De forma pitoresca, Reisman (2007, p. 8) explica que o conceito se materializa em pequenas situações e/ou atitudes, uma vez que acerca de "[...] qualquer um cuja boca esteja seca, ou que esteja se sentindo um pouco ansioso ou que suspeita que seus colegas de trabalho querem retirá-lo [do trabalho], pode-se dizer desta pessoa que sua saúde é menor que 100% [tradução nossa]"¹³.

Santos (2007) afirma que um conceito razoavelmente interessante de saúde está apresentado no art. 196 da Constituição Brasileira de 1998, o qual define saúde como direito de todos e dever do Estado que deve ser garantido aos cidadãos por meio de ações “[...] que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e que tais ações devem propiciar, ainda, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (SANTOS, 2007, p. 7). Santos (2007, p. 8) entende, ainda, que a saúde resulta da interação mútua de diversos fatores que geram, sob condições conjunturais específicas, sociedades mais ou menos saudáveis. “Assim, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer quanto prejudicar a saúde” (SANTOS, 2007, p. 8).

Ainda relevante para a própria definição de saúde é a definição de doença, uma vez que, durante longo período na história social da medicina, tais termos foram considerados diretamente antagônicos (UENO; NATAL, 2008). Almeida Filho (2011, p. 15-20) exemplifica a dificuldade de definição do termo doença apontando a existência de diferentes vocábulos na língua inglesa que, inicialmente, poderiam ser considerados sinônimos, quais

¹² “[...] a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead and individually, socially, and economically productive life. Health is a source for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities.”

¹³ “[...] anyone whose mouth is dry, or who is feeling a bit anxious, or who suspects that his co-workers want him to move on, may be said to be a person whose health status is less than 100 per cent.”

sejam, *pathology*, *disease*, *disorder*, *illness*, *sickness* e *malady* cujas melhores traduções para o português seriam *patologia*, *doença*, *transtorno*, *moléstia*, *enfermidade* e *mal-estare* seus significados mais comuns são apresentados no quadro 3.

Quadro 3 – Conceitos e descrições de termos relacionados a doença

Conceito	Descrição
Doença	A doença, por exemplo, pode ser compreendida como um desajuste “[...] do organismo a si mesmo, ao meio ambiente ou ao agente agressor”, envolvendo fatores culturais, socioeconômicos e as suscetibilidades de cada organismo e manifesta-se sob diversas nuances podendo evoluir positiva ou negativamente, levando, respectivamente, à cura ou, em último caso, ao óbito (BELLUSCI, 2010, p. 30).
Moléstia	Conjunto de alterações funcionais e morfológicas que se manifestam no organismo quando sofre a ação de agentes estranhos contras os quais ele reage (MURTA, 2009, p. 504).
Enfermidade	Estado de um indivíduo que, congenitamente ou após um acidente, não tem mais sua integridade corporal ou funcional (MURTA, 2009, p. 324).
Mal-Estar	Não aparece no discurso teórico da sociologia da saúde, sendo referido, na maioria das vezes, como curiosidade semântica reveladora da insuficiência do conceito geral de doença (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 19).

Fonte - Almeida Filho (2011), Bellusci (2010) e Murta (2009), adaptado pelo autor da tese.

Embora sejam tratados, de forma separada, muitas vezes, por questões didáticas, os componentes do binômio saúde-doença têm sido analisados como entidades totalmente inter-relacionadas, gerando o que se convencionou denominar processo saúde-doença (BELLUSCI, 2010). Dadas as complexidades e especificidades envolvidas no entendimento do processo saúde-doença, vários modelos foram desenvolvidos ao longo das últimas cinco décadas no sentido de equacioná-las, sendo os mais conhecidos os modelos da História Natural da Doença, o Social Estruturalista e do Campo da Saúde. (CARVALHO; BUSS, 2008)

O Modelo da História Natural da Doença, desenvolvido por H. R. Leavell e E. G. Clark, na década de 1970, constitui a tentativa “[...] mais conhecida e abrangente de construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença”. (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 145)

Por esse modelo, de forma geral, a história natural das doenças divide-se em duas fases, a pré-patogênica e a patogênica, sendo que, na primeira, as manifestações da doença ainda não são percebidas, mas as condições suficientemente adequadas já se instalaram, seja do ponto de vista ambiental ou biológico, ao passo que, na segunda, a patogênica, a doença já pode ser diagnosticada e as ações de intervenção podem ser levadas adiante (CARVALHO; BUSS, 2008). A primeira fase é subdividida em estágio pré-patogênico e estágio de estímulo, enquanto a segunda fase é desdobrada em patologia precoce, patologia avançada e sequela (BELLUSCI, 2010).

O modelo preconiza, ainda, que, em resposta a evolução das doenças, os sistemas de saúde estejam organizados em três níveis de prevenção ou de resposta: o primário, o secundário e o terciário (BELLUSCI, 2010; CARVALHO; BUSS, 2008) os quais são apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Os níveis de prevenção e suas definições

Nível de Prevenção	Definição
Prevenção Primária	Compreende a aplicação de medidas de saúde que evitem o aparecimento de doenças. As ações de promoção à saúde visam a estimular, de forma ativa, a higiene. As ações de proteção específica são conduzidas de modo a inibir o aparecimento de determinadas doenças
Prevenção Secundária	Compreende o diagnóstico precoce das doenças, permitindo o tratamento imediato, diminuindo as complicações e a mortalidade. Neste caso, a doença já está presente, muitas vezes, de forma assintomática
Prevenção Terciária	Nesse momento, a doença já causou dano, compreendendo, então, prevenção da incapacidade total, seja por ações voltadas para a recuperação física, como a reabilitação, seja por medidas de caráter psicossocial como a reinserção do indivíduo na força de trabalho

Fonte - Carvalho e Buss (2008, p.146-147, adaptado pelo autor da tese)

Os resultados mais relevantes desse modelo foram a estruturação de diversos conceitos como promoção, prevenção, cura e reabilitação, bem como a organização das ações de saúde em níveis de atenção quais sejam: a atenção primária, a secundária e a terciária. (CARVALHO; BUSS, 2008)

O Modelo Social Estruturalista desenvolve a proposição de que a saúde é resultado da inter-relação entre condições biológicas e socioeconômicas, ou seja, que a estruturação social permite, desencadeia ou favorece o estabelecimento de determinados quadros ou perfis de doenças (CARVALHO; BUSS, 2008). Esse modelo pode ser considerado como o Modelo da História Social da Doença, e o resultado prático mais perceptível dessa abordagem é a inauguração do pensamento multidisciplinar na definição e interpretação do processo saúde-doença, uma vez que a análise e compreensão dos resultados obtidos pelas políticas públicas passam a depender do enfoque, da história e da metodologia utilizadas. Passa a ser necessário “[...] um tratamento inter e transdisciplinar e consequentemente a elaboração de conceitos mais abrangentes sobre os determinantes da saúde e da doença” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 149).

Assim, o processo saúde-doença é resultante

[...] de um conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou

potencialidades característicos, que se manifestam na forma de perfis ou padrões de doenças ou saúde. Ou seja, há relação entre mortalidade e classe social: estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão de fatores de risco a que esse determinado grupo da população está exposto. (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 148)

Por sua vez, o Modelo do Campo da Saúde, baseado no modelo de saúde adotado pelo governo canadense, em meados da década de 1970, desenvolveu fundamentação baseada na visão holística da própria saúde a qual decorria da interação, em maior ou menor grau, de quatro grupos de fatores interdependentes, a saber: as condições biológicas (hereditárias e genéticas) do indivíduo; as condições sociais, econômicas e ambientais a que esse mesmo indivíduo estaria exposto; o estilo de vida por ele e os resultados advindos das intervenções realizadas pelos sistemas de saúde na vida cotidiana do indivíduo (CARVALHO; BUSS, 2008).

Como ação concreta para o estabelecimento de campo de compreensão dos determinantes sociais da saúde instituiu-se, em 2005, no âmbito da Organização Mundial de Saúde, a Comissão Sobre de Determinantes Sociais (CSDH-OMS), a qual se constituiu “[...] em fórum estratégico mundial formado por lideranças políticas, científicas e da sociedade civil organizada” (CNDSS, 2008, p. 187) com o objetivo de promover “[...] uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas”, tendo sido o Brasil o primeiro país a constituir sua comissão, em 2006, com objetivos de desenvolver e disseminar conhecimentos relacionados aos determinantes sociais da saúde, propiciar melhoria nos processos de formulação das políticas públicas buscando o atendimento às demandas da população segundo suas especificidades (busca pelo atingimento da equidade), e atuação junto às instituições no intuito de mobilizá-las acerca da importância, dos problemas e das formas de atuação na saúde pública.

A fim de garantir o alcance desses objetivos, a CNDSS estabeleceu três compromissos, quais sejam: com a equidade, com a evidência e com a ação. Em relação à equidade, o Brasil encontra-se entre os países de maior iniquidade em saúde, as quais “[...] são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira” (CNDSS, 2008, p. 18). A equidade é medida de justiça e redução das privações, entendidas como as limitações da capacidade operativa do indivíduo de escolher entre alternativas e, em última instância, de colocar-se ativa e conscientemente diante das instituições passando a atuar na vida social (CNDSS, 2008). O estudo sistemático e científico dos determinantes da saúde permite mensurar o impacto e o comportamento dos fatores

desencadeantes das iniquidades do sistema de saúde, assim “[...] como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e que resultados podem ser esperados em termos de efetividade e eficiência” (CNDSS, 2010, p. 18), o que, por si só, justifica a evidência como compromisso básico. O compromisso com a ação encontra-se fundamentado na produção de evidências e “[...] numa ampla base de sustentação política, produto da conscientização e mobilização de diversos setores da sociedade”. (CNDSS, 2010, p. 19)

A CNDSS optou pelo modelo *Dalgreen/Whitehead* por “[...] sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização dos diversos DSS” (CNDSS, 2010, p. 21). O modelo está disposto em camadas (figura 3), com os indivíduos posicionados no centro, de onde partem os determinantes mais individuais, ou proximais, passando pelos determinantes de nível médio, ou intermediários, direcionando-se para a parte externa em que os determinantes tornam-se mais coletivos, ou macrodeterminantes, também conhecidos como distais (CNDSS, 2008). Dessa forma, tem-se um modelo dividido em cinco camadas que se relacionam a três categorias de determinantes sociais da saúde, conforme se pode observar na figura 3 e no quadro 5. Na camada mais interna estão as características mais individuais de idade, sexo e fatores genéticos”. Na próxima camada, “aparecem o comportamento e o estilo de vida que não são Escolhas unicamente individuais, mas sofrem a influência, em certo nível, dos relacionamentos interpessoais. A camada seguinte destaca as redes comunitárias e de apoio e expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. O penúltimo nível apresenta os determinantes relacionados às condições de vida (alimentação, educação, ambiente de trabalho ou de desemprego, condições sanitárias e de habitação e serviços sociais de saúde). Por fim, no último nível, encontram-se os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas, relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientes em geral (CNDSS, 2008).

Figura 3 – Modelo *Dalgreen/Whitehead* sobre Determinantes Sociais da Saúde



Fonte - CNDSS 2008, p. 21

“As intervenções sobre os DSS, com o objetivo de promover a equidade, devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dalgreen e Whitehead” (CNDSS, 2008, p. 146), isto é, as políticas públicas sociais e econômicas devem abranger os determinantes proximais, os intermediários e os distais, conforme se pode visualizar no quadro 5.

Quadro 5 – As relações entre os determinantes sociais e as políticas de intervenção

Determinantes	Exemplos de Políticas
Distais	Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade
Intermediários	Políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública
Proximais	Políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis Políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida, mediante programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como a proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas

Fonte - CNDSS (2008, p. 146), adaptado pelo autor da tese

Ao se considerar o atendimento das necessidades de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, e suas implicações sociais, há que se considerar um conjunto complexo de fatores estruturantes e condicionantes que passam a integrar os parâmetros para estabelecimento da área conhecida como Saúde Pública, dentre os quais, destacam-se, segundo Raisman (2007):

- A. os indicadores e índices que refletem a situação de saúde da população em estudo, ressalvada e considerada a arbitrariedade e os impactos que a Escolha desses pode desencadear nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde pública;
- B. as estruturas social, econômica, política, cultural, demográfica, epidemiológica e geográfica;
- C. as necessidades e desejos da população estudada e como o comportamento individual e coletivo pode ser (se possível) estudado e antecipado;
- D. a filosofia de atendimento à saúde, sua estrutura e modelo assistencial, disponibilidade de recursos financeiros, humanos, tecnológicos, infraestruturais e informacionais;
- E. as implicações éticas e morais relacionadas aos custos de manutenção da vida e até que ponto os recursos disponíveis devem ser aplicados para mantê-la;
- F. as discussões acerca da eficácia, eficiência e efetividade e utilidade das ações e programas de saúde, desdobramentos das políticas de saúde pública;
- G. a aplicação dos princípios de equidade e igualdade, ressaltando-se que o primeiro se aproxima mais do conceito de justiça que o último, uma vez que considera as especificidades e necessidades individuais no momento da tomada de decisão;
- H. o gerenciamento dos custos e de seu ponto ideal, se existente.

O conceito amplamente aceito de saúde pública indica que essa é a

[...] ciência e a arte de promover a saúde, prevenir doenças e prolongar a vida por meio de esforços organizados da sociedade [...] é um conceito social e político que visa a melhorar a saúde, prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida entre populações inteiras através da promoção da saúde, prevenção da doença outras formas de intervenção em saúde [tradução nossa] (*WORLD HEALTH*

ORGANIZATION, WHO, 1998, p. 3)¹⁴

A saúde pública “[...] compreende as ações coletivas e individuais¹⁵, tanto do Estado como da Sociedade Civil, voltadas à melhoria da saúde da população. Isto ultrapassa a noção de saúde como um bem público com altas externalidades” (MURTA, 2009, p. 655).

O conceito de saúde pública está diretamente relacionado ao desenvolvimento do Estado Moderno (DALLARI, 2006) cujas preocupações migraram do tratamento de doenças infectocontagiosas nos séculos XIX e XX para uma posição de prevenção de doenças crônicas e promoção da saúde (SCRIVEN, 2007) a partir do momento em que os políticos assumiram a dupla responsabilidade de simultaneamente minimizar os impactos das doenças como também propiciar maior qualidade de vida para a população (HUNTER, 2007).

Sob o enfoque social, os principais fatores estruturantes da saúde pública, principalmente nos séculos XX e XXI, foram a redução das taxas de natalidade e de mortalidade, o fortalecimento das migrações ao redor do mundo (fenômeno amplificado pela melhoria dos meios de transporte e abertura das fronteiras nacionais), impactos das próprias políticas de saúde pública, a transição epidemiológica caracterizada pelo crescimento dos agravos e doenças de caráter crônico que, em última instância, impactaram a organização dos sistemas de saúde e as alterações socioeconômicas e culturais relacionadas à alimentação (GARMAN, 2007).

As ações de saúde pública, de forma geral, podem ser classificadas em ações de vigilância e ações programáticas. As ações de vigilância, localizadas no campo da atenção à saúde, referem-se àquelas empreendidas no sentido da prevenção e manutenção da saúde em termos coletivos, sendo que determinadas ações são ações de prevenção, controle e monitoramento e outras de intervenção em nível de assistência. Por sua vez, as ações programáticas constituem-se de intervenções, principalmente baseadas no fator assistencial, com foco específico. (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008)

A pesquisa em saúde pública envolve, especificamente, as etapas do trabalho conduzido para o desenvolvimento de um conhecimento com base em evidências, seguindo

¹⁴ “[...] *the science and art of promoting health, preventing disease, and prolonging life through the organized efforts of society [...] is a social and political concept aimed at the improving health, prolonging life and improving the quality of life among whole populations through health promotion, disease prevention and other forms of health intervention.*”

¹⁵ As ações individuais referem-se às medidas de cunho preventivo ou terapêutico com objetivos específicos de intervenção nas condições física, biológica ou psicológica do sujeito, ao passo que as ações coletivas objetivam impacto sobre grupos de indivíduos os quais podem ocorrer de forma individual ou coletivamente e seus fins relacionam-se à tomada de ações de precaução, prevenção e controle de determinada ocorrência buscando intervir nos fatores condicionantes de doenças e agravos (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

certas regras ou procedimentos, dadas as especificidades da área de saúde pública, suas externalidades e as dificuldades, ao se tratar de campo teórico e empírico circunstanciado por conceitos em permanente discussão e, ainda, por vincular-se, na maioria das vezes, à Administração e à Gestão Públicas, limitadas e influenciadas, tanto por questões burocráticas, quanto pela dinâmica social e econômica (SAKS; ALLSOP, 2011). Diferentemente, a avaliação em saúde tem como objetivo mensurar o impacto das intervenções nos meios e processos de atenção à saúde de uma determinada população, normalmente, comparando esses dados com os oriundos de outra população não afetada pela mesma intervenção (SMITH *et al.*, 2005) consideradas as especificidades e as externalidades da saúde.

As dimensões de interesse da avaliação, utilizadas como referência para a determinação do nível de satisfação em saúde são, a saber: a) efetividade, entendida como o conjunto de benefícios (mediatos) advindo das ações e serviços de saúde dentro de um horizonte temporal conhecido; por vezes, é substituída pela eficácia a qual se refere aos benefícios (imediatos) obtidos a partir da intervenção; b) eficiência, ou custo-efetividade, relacionada à razão entre os resultados obtidos e os recursos despendidos para o alcance desses mesmos objetivos, sendo conceitualmente diferente da produtividade que busca mensurar o uso dos recursos em relação a outra determinada medida considerada relevante; em Saúde Pública, a adoção da relação custo/efetividade é preferível à produtividade, dados os objetivos intrínsecos da área os quais estão implicitamente relacionados às dimensões Humanidade e Equidade; c) humanidade, referente às características objetivas e subjetivas, principalmente, das ações e serviços de saúde cujo foco deve ser o ser humano tratado apropriadamente em termos sociais, psicológicos e éticos; d) equidade, relacionada aos critérios, meios e processos pelos quais os indivíduos e grupos sociais são classificados e selecionados para acesso às ações e serviços de saúde comumente relacionando-se às tentativas dos formuladores e implementadores das políticas públicas em atuar de forma justa (*fairness*) (SMITH *et al.*, 2005).

2.3.1 Epidemiologia, índices e indicadores em saúde pública

Considerando-se o processo de formação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), em foco neste trabalho, entende-se necessário definir índices e indicadores, suas relações e categorias comumente utilizadas. Antes disso, a própria

Epidemiologia é definida enquanto área do conhecimento que se relaciona diretamente com o monitoramento, acompanhamento, controle e avaliação das políticas de saúde pública.

A etimologia da palavra Epidemiologia sugere estudo das epidemias (epidemiologia), embora seu significado também possa ser ampliado para estudo sobre a população (epi-demiologia). A Epidemiologia constitui-se em ferramenta para análise da eficácia e da eficiência das ações e serviços de saúde, podendo ser definida como “[...] o estudo da frequência e distribuição das doenças, agravos ou eventos relacionados à saúde da população, bem como seus determinantes e fatores que influenciam essa distribuição” (UENO; NATAL, 2008, p. 15).

A distribuição, a frequência e os determinantes das doenças e agravos são os pilares da Epidemiologia, tendo-se em vista que permitem descrever os fatores estruturantes e condicionantes aos quais uma determinada população se expõe e como eles a afetam; essa área epidemiológica denomina-se Epidemiologia Descritiva. Por sua vez, perfil epidemiológico é o resultado da análise e mensuração das características relacionadas à distribuição, frequência e localização dos eventos em estudo. Associando-se a Epidemiologia Descritiva à análise dos determinantes sociais dos eventos em saúde estrutura-se o que se convencionou denominar Epidemiologia Analítica, a qual “[...] depende da descritiva para se concretizar” (MACHADO, 2006, p. 252).

A etapa analítica, portanto, caracteriza-se por utilizar além da base de dados secundários – os dados primários –, que são importantes nesta etapa pelo fato de trazerem informações do agravo e da exposição ao fator de risco. Essa fase é mais comumente utilizada em pesquisas acadêmicas e nos institutos de pesquisa, podendo também ser empregada nos serviços, embora, em função de seu custo, seu uso nesse segmento seja restrito. (MACHADO, 2006, p. 253)

São objetivos da Epidemiologia, a saber (UENO; NATAL, 2008, p. 15):

[...] descrever o comportamento de doenças e agravos; identificar agentes etiológicos, fatores e grupos de risco; estudar a história natural das doenças; propor e avaliar o desempenho de testes diagnósticos; produzir conhecimento e informações para a formulação de políticas públicas no setor de saúde, dentre outras.

Os principais tipos de estudos epidemiológicos são, a saber (quadro 6): descritivos, experimentais, ecológicos, de corte transversal, de coorte e de caso-controle. (BELLUSCI, 2010; UENO; NATAL, 2008)

Quadro 6 - Tipos de estudos epidemiológicos

Tipo de Estudo	Descrição
Descritivos	Descrevem um caso ou um conjunto destes e buscam identificar relações de causa e efeito, bem como a compreensão da distribuição de frequência dos eventos no espaço e tempo
Experimentais	Também conhecidos como estudos de intervenção, buscam, por meio da análise de dois grupos homogêneos, em que um recebe a intervenção profilática e o outro (grupo-controle) não recebe (ou recebe um placebo). O objetivo, a partir da análise do desenvolvimento e do desfecho dos casos individuais, é confirmar ou refutar a terapêutica analisada
Ecológicos	Buscam avaliar os fatores e riscos relacionados a uma determinada população, devendo-se evitar, metodologicamente, a atribuição de fatores e condições coletivas a situações ou comportamentos individuais
Corte Transversal	Estudos de corte transversal avaliam fatores condicionantes e desfechos em nível individual. Baseando-se no conceito de <i>snap shots</i> (fotografias estáticas de determinada situação, momento ou configuração), estes estudos buscam testar hipóteses, mas não determinar relações causais, uma vez que causas e efeitos são estudados e analisados simultaneamente. Estão ligados, principalmente, a estudos sobre prevalência. Em Demografia, refere-se ao conjunto de indivíduos nascidos no mesmo ano, ao passo que em Epidemiologia, relaciona-se aos grupos de indivíduos expostos às mesmas condições sanitárias, socioeconômicas ou epidemiológicas
Caso Controle	São utilizados para teste de hipóteses com minimização de custo e prazos. Parte-se de um conjunto de casos e os resultados são comparados aos encontrados em um grupo de controle

Fonte - Bellusci (2010) e Ueno e Natal (2008) (adaptado pelo autor da tese)

De forma geral, os estudos epidemiológicos baseiam-se na definição, na implementação e no uso de índices e indicadores (UENO; NATAL, 2008), sendo que eles possibilitam encarar e interpretar diferentes facetas dos dados e das informações que, até certo ponto, refletem a realidade (REISMAN, 2007). O caráter contextual dos indicadores é indicado também em Reisman (2007, p. 9) que afirma

[...] diferentes indicadores serão utilizados com diferentes finalidades. Diferentes pesos refletirão diferentes prioridades. O índice ideal será um índice de boa saúde. Na prática, virtualmente todos os índices descrevem as coisas que podem dar errado [tradução nossa] (REISMAN, 2007, p. 9)¹⁶.

O termo indicador deriva do termo latino *indicare* significando divulgar, apontar, anunciar ou tornar algo público, ou ainda, apresentar o preço. As principais finalidades dos indicadores são quantificar as informações apresentando visão da realidade baseada em determinado critério ou metodologia e simplificar a apresentação dos dados complexos aos quais estão vinculados e representam (HAMMOND *et al.*, 1995; MEYER, 2011a).

“Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de Escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente” (JANNUZZI, 2009b, p. 22). De forma geral, representam pontos de referência

¹⁶ “[...] different indicators will be used for different purposes. Different weights will reflect different priorities. The ideal index will be an index of good health. In practice, virtually all the indices describe the things that can be wrong”.

em relação às políticas a serem monitoradas e avaliadas (HAMMOND *et al.*, 1995). Os indicadores também podem ser compreendidos como os dados ou medidas utilizados para se determinar o sucesso de uma determinada intervenção (ROOTMAN *et al.*, 2001). Podem ainda ser compreendidos como parâmetros desenvolvidos com a finalidade de se mensurar algo tido como imensurável ou, pelo menos, tido como dificilmente mensurável, servindo, no processo de avaliação, para a confrontação ou comparação com outros da mesma espécie ou categoria (MEYER, 2011a). Antes da mensuração e da própria avaliação, a função primeira dos indicadores é permitir o relacionamento entre objetos empíricos e categorias analíticas. Por sua vez, o processo de atribuição ou designação, ou seja, de construção dessa relação, depende do critério de seleção previamente determinado, assim como a quantidade e o perfil dos objetivos relacionados. Em se tratando do uso dos indicadores na avaliação, estes permitem que valores empíricos sejam confrontados ou comparados com outros da mesma espécie ou categorias (MEYER, 2011a).

Em termos de sua formação, os indicadores são construídos a partir de dados primários ou secundários, sendo que os dados primários representam os fragmentos de informações coletados diretamente junto à fonte de dados, ao passo que os dados secundários constituem-se do processamento dos dados primários por meio de critérios ou regras específicas (HAMMOND *et al.*, 1995). Os dados primários ou secundários normalmente representam "[...] uma grandeza que pode ser medida com precisão ou avaliada qualitativamente/quantitativamente, e que pode ser considerada relevante para a avaliação dos sistemas ambientais, econômicos, sociais e institucionais" que é conhecida como parâmetro (PORTUGAL, 2000, p. 10). No que se refere aos níveis de agregação dos indicadores, pode ocorrer sob a forma de subíndices e índices. Os subíndices constituem "[...] uma forma intermediária de agregação de indicadores e índices" (PORTUGAL, 2000, p. 10) que não apresentam um valor final estabelecido, diferentemente dos índices que correspondem a um nível superior de agregação.

A eficácia de um indicador pode ser mensurada a partir de um conjunto específico de características quais sejam: a) finalidade: o indicador deve estar diretamente ligado aos objetivos da política pública sob avaliação; b) disponibilidade de dados: "[...] um indicador não é de grande valia se for obtido somente uma vez, pois não permite comparações entre o 'antes' e o 'depois' [...]" (QUEIROZ, 2009, p. 193); c) sensibilidade em relação à atuação do governo: o indicador deve refletir as alterações ocorridas na política pública de forma direta; d) confiabilidade e credibilidade; a confiabilidade relaciona-se à condição de consistência da coleta de dados por indivíduos diferentes, ao passo que a credibilidade se refere ao método

utilizado e à sua aplicabilidade, assim como à reputação de quem coletou e analisou esses dados; e) comparabilidade: deve-se gerar a possibilidade de comparação dos dados e informações relacionadas ao indicador ao longo do tempo e com indicadores similares; f) validade: o indicador deve ser considerado relevante e suficientemente compreendido pelos envolvidos em sua gestão e análise.

Jannuzzi (2009a) apresenta diversas classificações dos indicadores, especialmente, relevantes para os processos de análise e formulação de políticas públicas. A compilação dessas classificações pode ser vista no quadro 7.

Quadro 7 - Classificação e tipos de indicadores

Classificação	Tipos de Indicadores
Objetivos Quantitativos	Referem-se a situações ou dados concretos ou empíricos da realidade social, sendo expressos por números, taxas, percentuais ou proporções, tanto em termos espaciais quanto temporais
Subjetivos Qualitativos	Refletem a opinião, percepção, sensibilidade e/ou julgamento das pessoas, podendo demonstrar variações de satisfação, influência, compreensão, concordância, qualidade ou sentimento de bem-estar dos atores sociais.
Descritivos	Não são carregados de valor, apenas representando os dados
Normativos	Refletem juízos de valor, sendo mais complexos em termos de definição e exigem aplicações conceituais mais específicas
Indicadores-Estoque	Apontam visões estáticas e focadas no tempo e espaço em análises pontuais
Indicadores-Fluxo	Permitem a avaliação dos impactos da política pública ao longo do tempo e do espaço, em múltiplas ocasiões
Simple	Baseiam-se apenas em uma única dimensão social
Compostos ou Sintéticos ou Índices Sociais	Estruturam-se em torno de dois ou mais indicadores simples envolvendo dimensões adicionais da realidade social
Indicador-Insumo	Relacionam-se ao gerenciamento dos recursos disponibilizados, por exemplo, humanos, técnicos, econômico-financeiros ou tecnológicos colocados à disposição das ações, serviços ou programas.
Indicador-Produto	Resultados obtidos pela ação ou intervenção do programa na realidade social, normalmente, relacionados às complexas variáveis resultantes da interação da política pública, dos atores sociais sobre a realidade social
Indicador-Processo	Representam medidas intermediárias vinculadas aos processos de execução e monitoramento das ações enquanto processos em desenvolvimento, permitindo a visualização do impacto dos indicadores-insumos sobre a realidade social ainda em tempo de execução da política pública
Indicador de Eficácia	Medem a consecução da meta e/ou seu distanciamento (ou afastamento) em relação aos objetivos previamente estabelecidos
Indicador de Eficiência	Medem o nível de uso racional ou de desperdício dos recursos utilizados durante a execução das ações
Indicador de Efetividade	Medem os efeitos (ou impactos) das ações, programas ou serviços em termos de bem-estar social, ou seja, em termos de justiça social, contribuição para a melhoria das condições sociais e/ou políticas

Fonte - Jannuzzi (2009a, 2009b) e UNDP (2009), adaptado pelo autor da tese.

Classe especialmente importante de indicador é o indicador social, referente às áreas de saúde, educação, condições de habitação e infraestrutura, níveis de desenvolvimento social, de emprego e/ou de desemprego, de qualidade de vida, de segurança e justiça e de meio ambiente (JANNUZZI, 2009a), ou ainda, a "[...] estatísticas de morte, dias de

hospitalização, dias perdidos de trabalho, acidentes de trânsito, desemprego e que pode ser definido como:

medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão sendo processadas na mesma [...] para a pesquisa acadêmica, o Indicador Social é, pois, o elo de ligação entre os modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados. Em uma perspectiva programática, o Indicador Social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas (JANNUZZI, 2009a, p. 15).

Classificações adicionais permitem analisar diferentes características dos indicadores como:

[...] a ordem de precedência dos mesmos em um modelo explicativo causal (determinantes, efeitos-primários, efeitos-intervenientes e indicadores-resposta), segundo o período de referência do indicador (séries Históricas ou indicadores ex post e séries prospectivas ou indicadores ex ante) ou ainda segundo a natureza relativa ou absoluta da medida (indicador relativo [...] ou indicador absoluto [...]). (JANNUZZI, 2009a, p. 25)

No que se refere aos indicadores de desempenho, há que se destacar que buscam coletar dados e, após adequado processamento, transformá-los em informação útil ao processo de tomada de decisões por meio da detecção precoce de problemas permitindo o acionamento das ações e atividades necessárias para correção e/ou mitigação dos riscos e sua resolução; podem se referir a resultados intermediários e/ou finais, impactos de estratégias, projetos, programas, ações ou serviços (*THE WORLD BANK*, 2002). Note-se que o IDSUS foi construído como um indicador de desempenho para mensuração dos resultados de ações e programas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e se encontra fundamentado em amplo conjunto de indicadores de base epidemiológica (BRASIL, 2017).

Os indicadores comumente utilizados para referenciar as condições de saúde da população podem ser divididos em quatro grupos, quais sejam, indicadores: de mortalidade, de morbidade, de fatores de exposição e do estado de saúde (UENO; NATAL, 2008; GOTLIEB; LAURENTI; JORGE, 2008). Ueno e Natal (2008) apresentam o indicador de letalidade. Gotlieb, Laurenti e Jorge (2008) referem-se, ainda, aos indicadores de natalidade.

Os indicadores de mortalidade são tradicionalmente utilizados como medidas de saúde, tendo-se em vista que, de forma geral, são monitorados e registrados com relativo grau de precisão pelos sistemas de saúde, portanto, permitem a coleta de dados e a geração de

informações acerca das condições de saúde (REISMAN, 2007). “Seu uso em Saúde Pública ainda é considerado o mais importante ou, pelo menos, o mais difundido e, dessa forma, esses indicadores cumprem uma das funções essenciais da Saúde Pública: análise e avaliação da saúde da população” (GOTLIEB; LAURENTI; JORGE, 2008, p. 41).

Os principais indicadores de mortalidade são, a saber: a Taxa de Mortalidade Geral que representa o risco de morte em uma determinada população; a Taxa de Mortalidade Infantil que mensura o risco de morte antes de se completar um ano de vida; a Taxa de Mortalidade Neonatal que representa o risco de morte antes de completar um mês de vida; e outras taxas de mortalidade como as por causas específicas, por sexo, por cor ou, ainda, por classe Social. Observação importante deve ser realizada em relação ao indicador de mortalidade infantil o qual apresenta desdobramento em dois indicadores, quais sejam: a Taxa de Mortalidade Neonatal ou Infantil Precoce e a Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal ou Infantil tardia, que são calculados separadamente em face de seus fatores determinantes serem diferentes; enquanto, a mortalidade neonatal está relacionada, na sua quase totalidade, a problemas congênitos ou gestacionais, baixa qualidade no atendimento médico pré-natal e pós-nascimento, ou *causas endógenas*, a mortalidade infantil tardia “[...] depende, fundamentalmente, de fatores ambientais como saneamento, desnutrição, poluição, vacinação, acessibilidade e qualidade da atenção pediátrica (*causas exógenas*)” (GOTLIEB; LAURENTI; JORGE, 2008, p. 45). Ueno e Natal (2008) apresentam ainda a possibilidade de se calcular a Taxa de mortalidade Proporcional, situação em que os óbitos ocorridos devido a causa específica são relativizados em função do número de óbitos totais ocorridos no mesmo período. Em relação aos indicadores de mortalidade, restrições metodológicas devem ser consideradas antes de seu uso, a fim de se evitar contaminação ou interpretação equívoca de resultados. Por exemplo, taxas de mortalidade de diferentes períodos de tempo e regiões devem ser padronizadas ou ajustadas antes de seu uso com vistas à uniformização de variações causadas por flutuações de população, de idade, de sexo e de condições socioeconômicas (UENO; NATAL, 2008).

Os indicadores de morbidade são, normalmente, calculados a partir da mensuração dos registros de doenças com notificação compulsória, ou seja, que apresentam protocolos de registro e comunicação imediata tão logo sejam diagnosticadas pelos serviços de atendimento. Evidentemente, as listas de doenças com notificação compulsória variam de país para país, apresentando, porém, certa similaridade no que se refere às doenças com maior incidência e/ou prevalência (REISMAN, 2007; SMITH *et al.*, 2005). Há que se compreender, todavia, que as doenças cuja notificação não é compulsória podem permanecer sem registro

por períodos de tempo consideráveis ou até que o número de casos atinja proporções alarmantes (UENO; NATAL, 2008).

Os principais indicadores de morbidade são as taxas de incidência e de prevalência (SMITH *et al.*, 2005; UENO; NATAL, 2008).

As taxas de incidência dividem-se em Taxa de Incidência Acumulada ou Cumulativa e Taxa de Incidência [Simples] ou Densidade de Incidência. As taxas de incidência acumulada ou cumulativa também são conhecidas como proporção de incidência ou Taxa de Ataque e permitem a visualização da proporção entre o número de novos casos da doença e o número de indivíduos expostos à doença no mesmo período de análise (SMITH *et al.*, 2005). Comumente, o acompanhamento dos indivíduos durante o estudo não pode ser realizado durante todo o período de tempo e, dessa forma, a análise da incidência necessita refletir o período de tempo em que, de fato, ocorreu o monitoramento, surgindo, assim, a Taxa de Incidência ou Densidade de Incidência (SMITH *et al.*, 2005), a qual “[...] é expressa em pessoas/tempo, não sendo, portanto, uma proporção como a incidência acumulada, e, sim, uma razão que expressa a velocidade média com que ocorre o evento de interesse” (UENO; NATAL, 2008, p. 21).

As taxas de prevalência referem-se à proporção de indivíduos acometidos por determinada doenças, considerados nesse caso os casos novos, bem como os já existentes, durante determinado período de tempo (SMITH *et al.*, 2005; UENO, NATAL, 2008). A prevalência pode expressar “[...] por meio do número absoluto de casos novos sem especificar o denominador, que, neste caso, seria a indicação da população total analisada durante o determinado período de tempo, revelando o que se convencionou denominar número de casos prevalentes” (UENO; NATAL, 2008, p. 21). Alternativamente, a prevalência pode ser calculada de forma pontual, sendo denominada Prevalência Pontual, quando passa a representar o número de casos conhecidos (novos e existentes) da doença em relação ao total da população observada durante o período de tempo do estudo. Em relação à prevalência pontual, faz-se necessário destacar que é especialmente interessante para o monitoramento de condições crônicas, em face do tempo em que o indivíduo permanece com a doença, mas para condições agudas, uma vez que o quadro pode ser transitório e de curta duração (UENO; NATAL, 2008).

São fatores diretamente impactantes sobre a prevalência, a saber: o tempo de duração da doença; a sobrevivência dos pacientes; a qualidade e a disponibilidade dos recursos diagnósticos, de tratamento e acompanhamento; o aumento ou diminuição da incidência; o deslocamento (migração) dos indivíduos acometidos são ou mesmo pela doença, uma vez

que alteram as condições de cálculo. Existem fortes relações entre as taxas de incidência e prevalência e a melhoria das condições diagnósticas, bem como em relação aos desfechos dos casos. Assim, por exemplo, melhoria nos sistemas de registro e diagnóstico conduzem ao aumento dos casos e, conseqüentemente, da incidência e da prevalência; melhores tratamentos colocados à disposição dos indivíduos acometidos pela doença propiciarão maior sobrevivência dos mesmos e, portanto, maior prevalência; por fim, a cura ou morte, desfechos totalmente antagônicos, apresentam o mesmo efeito sobre a prevalência quer seja sua redução (UENO; NATAL, 2008).

O indicador de letalidade permite a estimativa do risco de morte por determinada causa considerando a população já acometida pela doença. Altos níveis de letalidade impõem aos sistemas de saúde a necessidade de ações rápidas de controle e intervenção, bem como ações preventivas e de vigilância epidemiológica. Os coeficientes de natalidade são os coeficientes (UENO; NATAL, 2008): geral de natalidade que se refere à proporção entre o número de nascidos vivos na área analisada no período pesquisado em relação à população total na mesma área e período; de fecundidade global relativo ao número de nascidos vivos na área analisada no período pesquisado em relação à população de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) na mesma área e período; de fecundidade específico por idade referente à proporção entre o número de nascidos vivos de mães em uma determinada idade na área analisada no período pesquisado e a população de mulheres naquela mesma idade na mesma área e período; e o de fecundidade total, considerado bastante relevante para demonstrar a dinâmica populacional na área analisada no período pesquisado e cujo processo de cálculo envolve somar "[...] os coeficientes de fecundidade específicos por idade, calculados em grupos etários homogêneos, e o resultado deve ser multiplicado pela amplitude das classes etárias adotadas. O resultado será a expressão do número médio de filhos por mulher durante a sua vida fértil" (GOBLIEB; LAURENTI; JORGE, 2008, p. 50).

O processo de definição de indicadores para monitoramento e avaliação de políticas públicas não é simples ou direto como uma visão mais superficial poderia supor. Diversos fatores devem ser considerados a fim de garantir a qualidade do processo de definição dos indicadores, destacando-se, a saber: a) a clara compreensão dos objetivos e alvos da intervenção realizada; b) os critérios de desempenho e/ou de sucesso utilizados como base para a mensuração e avaliação; c) a efetivação de Escolhas ontológicas, epistemológicas e metodológicas condizentes com os objetivos da avaliação; d) as perspectivas e necessidades dos atores envolvidos na gestão da política pública, assim como dos *policytakers* e dos *stakeholders*; e) o nível de informação necessário para sua definição e implementação. Então,

percebe-se que a definição, identificação e construção de indicadores não faz um processo isolado, mas compreendido dentro da dinâmica da formulação da avaliação da política pública (ROOTMAN *et al.*, 2001).

De acordo com Stockmann (2011), o processo de desenvolvimento de indicadores inclui sete etapas, quais sejam: a) construção do referencial e da base teórica dos indicadores e das regras básicas de correspondência entre os objetos empíricos e as categorias analíticas; b) derivação dos processos de observação sistemática dos dados e definição das regras de alocação dos objetos às categorias; c) identificação dos indicadores que possam representar as características das categorias analíticas; d) desenvolvimento dos instrumentos e dos processos de mensuração; e) coleta dos dados e cálculo dos indicadores; f) avaliação das dificuldades relacionadas à coleta de dados; e g) decisão acerca da manutenção, correção ou abandono do indicador.

2.4 A Teoria Institucional

Neste tópico discute-se a Teoria Neo-Institucional, em sua vertente Histórica, com foco na Dependência de Trajetória, modelo analítico que orienta a construção dos resultados e a posterior discussão dos dados.

O que diferencia o Institucionalismo dos demais paradigmas intelectuais “[...] a necessidade de se levar em conta, a fim de se compreender a ação dos indivíduos e suas manifestações coletivas, as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais” (THÉRET, 2003, p. 225); essas mediações podem ser entendidas, em sentido amplo, como as instituições, embora tal conceito ainda se encontre envolvido em debate uma vez que vários entendimentos existem (OSTROM, 2007; PETERS, 1998).

Steinmo (2008, p. 10) apresenta uma definição direta para as instituições: são regras. Embora outras definições ainda estejam em discussão. A instituição pode ser compreendida como o conjunto, tanto das organizações, quanto das regras que definem os padrões de interação tanto intra- quanto inter-organizacionais e, que, em última instância, possibilitam a consolidação das estruturas ou, em outras palavras, refere-se “[...] aos conceitos compartilhados utilizados por seres humanos em situações repetitivas organizadas por regras, normas e estratégias” (OSTROM, 2007, p. 37).

Para Ostrom e Hess (2007, p. 42), instituição também pode ser definida como "[...] regras formais ou informais compreendidas e utilizadas por uma comunidade [...] não são automaticamente o que está escrito em regras formais", mas o que define o fazer e o não-fazer dos indivíduos. Regras e normas, nesse contexto, apresentam sentidos amplos e distribuídos em diversos níveis como, por exemplo, "[...] legislação, estruturas de políticas públicas, contratos, protocolos, procedimentos organizacionais, descrições de trabalho, linhas-guias [diretrizes] e acordos" (RAAK; PAULUS, 2007, p. 343-344). As instituições são, na visão de McGinnis (2011), oportunidades, situações ou restrições construídas pelos atores dentro das quais ocorrem as Escolhas individuais e as consequências de tais Escolhas tomam forma.

As instituições, em outra visão, são os espaços de mediação entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais (THÉRET, 2003) ou a agência (HILL, 2005). Pode-se ainda afirmar que são o resultado do embate entre os diversos atores envolvidos na busca por mais poder, embora estes não sejam, obrigatoriamente, os mesmos atores que tomarão parte nos conflitos posteriores (IMMERGUT, 1996).

De outra forma, conforme Hodgson (2006, p. 18), as instituições podem ser compreendidas como os tipos de estruturas mais relevantes para a dinâmica social. Nesse sentido, são capazes de influenciar o comportamento do indivíduo a partir de um conjunto de regras e convenções, ou ainda, "[...] são sistemas estabelecidos de regras sociais [...] que definem as interações sociais". Ainda, nesse contexto, regras são posicionamentos normativos que adequam um sujeito a uma determinada situação ou condição enquanto convenções são conjuntos especiais de regras tomadas de forma mais subjetiva e menos formal (HODGSON, 2006).

Por sua vez, Alexander (2005) afirma que as instituições são também o *locus* propício para as mudanças sociais, tendo-se em vista que essas ocorrem a partir da mudança das pessoas que integram a sociedade e somente pode ser implementada pela mudança dos indivíduos (que agem junto às instituições dados os seus interesses individuais ou coletivos) e/ou das instituições que, em última instância, estabelecem as bases para as mudanças individuais.

Para Pereira (2007, p. 11), "[...] instituições são instâncias de saber que permitem a todo tempo recompor as relações sociais, organizar espaços e recortar limites. A despeito de sua forma virtual, imaginária e simbólica, não estão desvinculadas da prática social". No que tange à sua materialidade, o mesmo autor continua: "cada sociedade, segundo o modelo

infraestrutural a que obedece, cria um tipo de instituição, que será mantida e sustentada em todos os níveis, do Estado à família, igreja, escola, relações de trabalho, sistema jurídico [...]".

A dificuldade em se estabelecer e se reconhecer um conceito claro e objetivo do que são as instituições constitui-se, ao mesmo tempo, em vantagem e desvantagem do (Neo-)Institucionalismo, uma vez que se permite maior espaço de formulação teórica e empírica ampliando sua permeabilidade nos contextos normativo, social e econômico. Por outro lado, também impõe restrições à sua adequada compreensão e aplicação no escopo das relações entre os indivíduos e as estruturas (PETERS, 1998).

De acordo com o Institucionalismo Tradicional, instituições são (SECCHI, 2013, p. 82):

regras formais que, de alguma forma, condicionam o comportamento dos indivíduos. Aplicando esse conceito à área de políticas públicas, as instituições são as regras constitucionais, os estatutos e códigos legais, as políticas públicas passadas e os regimentos internos das arenas onde as políticas públicas são construídas. Instituições nessa acepção são: jurisdições (leis), competências (funções) e as delimitações territoriais [...] são as regras formais [...]

O Institucionalismo Tradicional, presente até os anos de 1950 (PETERS, 1998), fundamentava-se em base normativa e focava a análise e avaliação de estruturas legais, administrativas e/ou políticas (THELEN; STEINMO, 1992). Em tal abordagem, faz-se possível estabelecer uma relação com os estudos burocráticos (WEBER 1946, 1999) a partir da análise das categorias e dos termos centrais como "[...] burocracia, poder, autoridade, legitimidade e carisma" (SENGE, 2013, p. 78) os quais se tornaram pivôs na discussão empreendida pelos autores seminais do Institucionalismo. O Neo-Institucionalismo, por sua vez, é construído a partir da ampliação do conceito de instituição ao compreendê-la como dinâmica e capaz de influenciar e conformar comportamentos e, ao mesmo tempo, ser alterada nesse processo (IMMERGUT, 1998; PIERSON, 1994). O Institucionalismo Tradicional e o Neo-Institucionalismo não são, de fato, idênticos, mas a distinção entre eles ocorre em termos de evolução e, não, de contraposição ou mesmo abandono dos conceitos anteriormente estabelecidos, conforme atestam March e Olsen (2008, p. 126).

Também não são inteiramente novas as ideias institucionalistas. Ao designar essa nova coleção de ideias de "Neo-Institucionalismo", queremos fazer notar o fato de que houve, com efeito, um "velho institucionalismo", que ciclos no mundo das ideias trouxeram-nos de volta considerações que tipificaram formas anteriores de teoria na Ciência Política [...] Provavelmente, seria mais exato descrever o pensamento recente como combinando elementos de um velho institucionalismo aos estilos não-institucionalistas de recentes teorias da política.

O Neo-Institucionalismo é um conjunto multidimensional e não unificado de visões acerca da dinâmica social baseada em instituições (DiMAGGIO; POWELL, 2005; HALL; TAYLOR, 2003; PERES, 2008; STEINMO, 2008; THELEN; STEINMO, 1992; THÉRET, 2003) que considera as relações entre instituições e as ações dos indivíduos (RAAK; PAULUS, 2007) cujas premissas são, a saber: a) o comportamento percebido não é base confiável suficiente para explicar as preferências e interesses dos indivíduos ou grupos sociais; b) a ideia de agregação comportamental traz problemas conceituais em seu bojo, uma vez que a soma de interesses, para ser realizada, parte da uniformização e redução a um padrão, o que não traz, necessariamente, os mesmos resultados; c) as instituições são passíveis de reforma a fim de corrigir eventuais distorções em suas configurações (IMMERGUT, 1998).

Contudo, a característica mais marcante do Neo-Institucionalismo é a busca por uma visão inovadora dos meios pelos quais as instituições interferem, conformam e influenciam as práticas e os processos sociais (PIERSON, 1994). De forma geral, os institucionalistas estão interessados em analisar e compreender o conjunto de estruturas públicas e privadas “[...] que moldam como os atores políticos definem seus interesses e estruturam suas relações de poder com outros grupos” (THELEN; STEINMO, 1992, p. 2). A premissa básica do Neo-Institucionalismo é: a instituição importa e a sua finalidade primeira não é só ressignificar os estudos acerca da atuação política, mas também a própria Ciência Política em si (DIERMEIER; KREHBIEL, 2003).

Em se tratando da multidimensionalidade de enfoques neo-institucionalistas, pode-se afirmar que as suas vertentes confundem-se com as disciplinas em que são mais proeminentes. DiMaggio e Powell (2005) destacam a existência na Economia, da Economia Institucional; na Sociologia, da Teoria das Organizações e na Ciência Política, da Teoria da Escolha Racional. Hall e Taylor (2003), com foco na Ciência Política, identificam a ocorrência de três vertentes neo-institucionalistas, quais sejam, a Histórica, a da Escolha Racional e a Sociológica. Théret (2003), por sua vez, na Economia apresenta a ova Economia Institucional ligada à Escolha Racional; a Economia das Convenções equivalente à vertente Sociológica; e a Teoria das Regulações que pode ser associada ao Institucionalismo Histórico. O autor supracitado aponta, ainda, para a Sociologia a existência das vertentes Histórica, da Escolha Racional e Sociológica Cultural.

Os conceitos relacionados às vertentes Sociológica, Histórica e da Escolha Racional são apresentados a partir desse ponto.

2.4.1 O Institucionalismo Sociológico

O Institucionalismo Sociológico surgido no bojo da Teoria das Organizações trouxe à luz a discussão de que as estratégias e ações não são definidas com base apenas na busca pela eficiência, mas também pelas interações culturais. Nessa corrente, o conceito de instituição é mais amplo envolvendo também “[...] os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem ‘padrões de significação’ que guiam a ação humana” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 207).

Nessa vertente, o estudo de temas centrais para a sociedade não poderia ser empreendido sem que a análise estrutural e conjuntural das organizações fosse também realizada (SENGE, 2013). Havendo uma relação próxima e de retroalimentação entre as organizações e a sociedade, não há como se considerar a evolução organizacional desvincilhada do desenvolvimento social, de suas relações e interações (SENGE, 2013).

As organizações podem ser consideradas tipos especiais de instituições e, nesse contexto, baseiam-se em três características, a saber: a) envolvem critérios que permitem estabelecer seus limites e fronteiras e processos específicos para definir quem (não) são seus membros ou partidários; b) existência de princípios relativamente conhecidos que permitam estabelecer mecanismos de controle, centralização e delegação; c) cadeias de comando e de responsabilização presentes e perceptíveis dentro da organização (HODGSON, 2006). Em contrapartida, Douglas C. North explica que organizações não podem ser sempre ou para todos os objetivos consideradas instituições; isto depende do nível em que o conceito de organização se materializa, ou seja: se a análise ocorre em nível micro-organizacional, essa relação pode ser considerada verdadeira. Contudo, em situação oposta, em análise macro-organizacional (quase em nível social), organizações e instituições não podem ser tomadas como idênticas devendo os conceitos ser separados (HODGSON, 2006).

As interações entre as organizações ocorrem em arenas, nas quais (FLIGSTEIN, 1991): a) são estabelecidas as regras; b) ocorrem as ações relevantes para a organização; c) desenvolvem-se as relações de poder; d) as organizações se estruturam.

As organizações encontram-se vinculadas a três contextos, sendo o primeiro representado pela própria estrutura e seu conjunto de estratégias e intenções; o segundo formado pelo campo organizacional em que a mesma se encontra inserida e o terceiro, o

Estado (FLIGSTEIN, 1991). O campo organizacional constitui o conjunto de organizações, direta ou indiretamente relacionadas à organização analisada e que a influenciam e por ela são influenciadas. O Estado, sob a forma de normas legais instituídas, materializadas por meio de uma burocracia, influencia consideravelmente as organizações (FLIGSTEIN, 1991; DiMAGGIO; POWELL, 2005).

Uma vez que as organizações, mesmo com ambientes internos diferentes, reúnem-se em um mesmo campo organizacional, “[...] forças poderosas emergem, levando-as a se tornarem mais similares umas às outras” (DiMAGGIO; POWELL, 2005, p. 76), sendo que a esse processo de homogeneização denomina-se isomorfismo havendo, dois tipos, quais sejam: o competitivo e o institucional (ORRÚ; BIGGART; HAMILTON, 1991). O primeiro refere-se às adequações organizacionais motivadas pela racionalidade sistêmica visando à maximização dos resultados nos processos competitivos (ORRÚ; BIGGART; HAMILTON, 1991), ao passo que o último constitui “[...] uma ferramenta útil para compreender a política e o cerimonial que permeiam parte considerável da vida organizacional moderna”. (DiMAGGIO; POWELL, 2005, p. 77)

Na abordagem Sociológica, a institucionalização é “[...] um processo condicionado pela lógica de conformidade às normas socialmente aceitas, bem como pela incorporação de um sistema de conhecimento construído ao longo da interação social” (MACHADO-SILVA *et al.*, 2003, p. 180), e, dessa forma, a legitimidade torna-se conceito fundamental. Nesse mesmo sentido, a mudança em nível social ou organizacional somente tornar-se-á possível se as mudanças das pessoas que a compõem ocorrerem.

Em relação à mudança organizacional, este “[...] é um problema essencial para a análise institucional, que, entretanto, apresenta certo paradoxo já que, por definição, as instituições devem demonstrar capacidade de permanência (estabilidade), como podem estar preparadas para a mudança”. A resposta para esse aparente descompasso encontra-se no fato de a força explicativa da teoria institucional “[...] está em mostrar por que *inputs* e *outputs* podem se articular de modo distinto em diferentes sistemas [...]” (IMMERGUT, 1996, p. 139), sendo entendidos os *inputs* como as demandas geradas no âmbito dos grupos sociais e os *outputs* as formalizações ou dispositivos específicos da legislação inerentes e relacionados ao problema que se pretende identificar, analisar e/ou resolver.

A mudança isomórfica institucional, de acordo com DiMaggio e Powell (2005), fundamenta-se em três mecanismos, a saber:

- A. o isomorfismo coercitivo, afeito à influência política e à busca de legitimidade, relacionando-se, simultaneamente, às pressões formais (normas legais e regulamentos; admitindo-se que o papel da burocracia estatuída é singularmente importante), bem como as condições, expectativas e dinâmicas socioculturais e, ainda, às pressões e interações mútuas entre as diversas organizações presentes no campo em que se situam que afetam uma determinada organização levando-a à mudança;
- B. o isomorfismo mimético que compreende o conjunto de adaptações decorrentes da necessidade de se reduzir à incerteza no ambiente interno, a qual pode ter sido gerada pelo próprio ambiente organizacional mal definido ou pela inadequada ou completa falta de compreensão da dinâmica do campo organizacional; assim, a imitação torna-se um processo pelo qual a organização ajusta-se, primeiro interna e, depois, externamente, a um padrão considerado *seguro* e que possa ser copiado (a modelagem, ou seja, o processo de busca e adoção de um modelo pode ocorrer de forma involuntária, indireta ou explícita, variando, nesses casos, o nível de consciência em que a organização realiza as adequações estruturais e estratégicas);
- C. o isomorfismo normativo que se refere às influências provocadas pela profissionalização, entendida como a formação de profissionais mais capacitados em termos de educação formal e coletivamente estabelecidos em redes com interesses previamente definidos; universidades e associações profissionais propiciam a formação de uma mão de obra que pode ser deslocada entre as organizações de um mesmo campo diminuindo, em última instância, a capacidade de controle e retenção desses profissionais por tempo superior àquele considerado suficiente pelos mesmos, gerando instabilidade nas relações inter- e intra-organizacionais.

Adicionalmente, os mecanismos isomórficos institucionais supracitados são associados às correntes da Teoria Institucional, a partir de critérios ou pilares, baseados em elementos regulativos, normativos e cognitivos. A linha do pilar regulativo “[...] se baseia em pressupostos realistas sociais” (MACHADO-SILVA *et al.*, 2003, p. 181) visando à minimização e/ou solução de conflitos por meio da criação de normas ou regulamentos formais. Na linha do pilar normativo, a legitimação é obtida partir da aplicação de parâmetros morais e éticos, sendo sua base a utilização de códigos morais e o fortalecimento de

comportamentos apropriados. Por fim, a linha de base cognitiva “[...] apresenta uma lógica de conhecimentos culturalmente difundidos e socialmente aceitos” (MACHADO-SILVA *et al.*, 2003, p. 181-182) e a legitimidade se insere a partir da noção de compartilhamento.

2.4.2 O Institucionalismo da Escolha Racional

O Institucionalismo da Escolha Racional parte da premissa que as decisões tomadas pelos atores fundamentam-se na busca da maximização dos resultados, consideradas as restrições impostas aos mesmos (EGGERTSSON, 1997).

As bases conceituais dessa corrente (HALL; TAYLOR, 2003), são, a saber: a) os atores reconhecem, definem ou estabelecem seus gostos e suas preferências, e a busca desses atores pela maximização de sua satisfação possibilita a construção das estratégias e das ações; b) a análise é a-Histórica, ou seja, os resultados são obtidos a partir da aplicação da estratégia devidamente prevista e calculada; c) as instituições são definidas com o objetivo de propiciarem a maximização das satisfações pessoais, isto é, “[...] o processo de criação de instituições é geralmente centrado na noção do acordo voluntário entre os atores interessados” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 206) ou, ainda, “[...] são vistas como o resultado intencional, quase contratual e funcional de estratégias de otimização de ganho por parte dos agentes” (THÉRET, 2003, p. 228), sendo passíveis de alteração quando isso se fizer necessário.

Ostrom (2007) apresenta um *framework*¹⁷ para a análise institucional a partir dessa vertente, a partir do qual se identifica a arena em que as disputas de interesses ocorrem, assim como os padrões de interação existentes, os resultados esperados e obtidos e a aplicação dos critérios de avaliação sobre tais resultados, visando estabelecer um mecanismo dinâmico de retroalimentação que influencia as instituições.

O *Framework* de Análise e Desenvolvimento Institucional constitui-se em uma resposta dos pesquisadores institucionalistas às dificuldades da Teoria Institucional em explicar o que são, como se organizam e se relacionam os fatores e variáveis considerados relevantes para a análise social dentro de uma estrutura de relações lógicas (HOUSE; ARARAL, 2013; MCGINNIS; ALIGICA, 2007; OSTROM; HESS, 2007). É dessa forma uma ferramenta com a finalidade de simplificar a tarefa de analisar as relações entre as políticas

¹⁷ Um *Framework* pode ser compreendido como uma estrutura que possibilita a identificação de variáveis envolvidas em uma situação, mas não seus pesos e impactos (HOUSE; ARARAL, 2013).

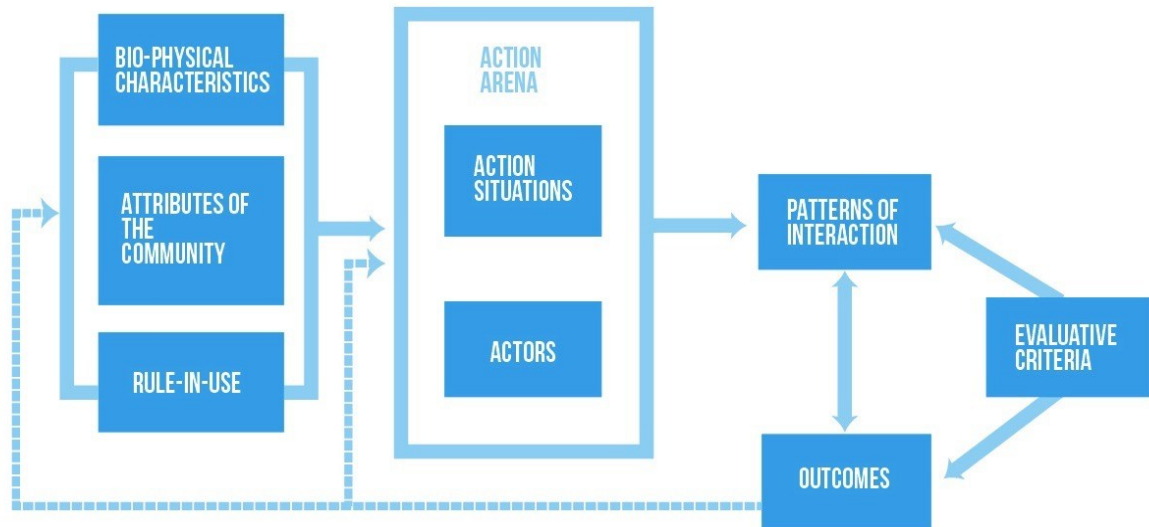
públicas e as instituições (McGINNIS; ALIGICA, 2007), podendo ser utilizado, tanto para analisar situações coletivas, quanto individuais os quais propõem inovações nas normas, regras ou mesmo em tecnologias aplicáveis ao objeto em estudo (OSTROM; HESS, 2007).

Na vertente da Escolha Racional, as instituições são conjuntos de restrições ou de oportunidades desenvolvidos a partir das decisões individuais dos atores e que influenciam esse mesmo comportamento em resposta. A análise e o desenvolvimento apresentam significados também estritos, respectivamente, envolvendo os processos de desconstrução dos contextos institucionais em suas partes condicionantes a fim de explicar as relações existentes entre essas mesmas partes, suas relações e como se influenciam mútua ou excludentemente e os meios pelos quais as mudanças institucionais em seu próprio núcleo e ao longo do tempo são processadas (McGINNIS, 2011, 2016).

No centro do modelo (figura 4) está a arena de atuação em que os agentes, individual ou coletivamente, observam situações, coletam dados e transformam-nos em informações e conhecimento, identificam problemas e desenvolvem modelos analíticos e/ou sintético que visam à tomada de decisões. O quadro com as variáveis externas envolve as condições e restrições biofísicas e/ou materiais, envolvendo a caracterização do objeto quanto à sua natureza em termos de privado, público ou recurso comum, os atributos sociais, relacionados à confiança compartilhada e normas de reciprocidade nas interações, e as normas (institucional), em especial, às relevantes, de fato, e em uso, e não por aquelas inócuas quanto à capacidade de influenciar e conformar as interações (McGINNIS, 2011, 2016; McGINNIS; ALIGICA, 2007; OSTROM; HESS, 2007).

Há que se destacar nesse modelo a presença de uma visão dinâmica dos processos políticos construída a partir da influência dos fatores biofísicos, institucionais e sociais sobre os participantes (individuais e/ou coletivos) nas arenas de ação cujos resultados ou produtos das suas ações constituem as saídas as quais interagem com as variáveis exógenas produzindo resultados perceptíveis e propiciando a realimentação de todo o sistema (McGINNIS; ALIGICA, 2007). A satisfação dos desejos e das necessidades continua sendo o principal direcionador da ação dos atores, mas esse curso de ação é limitado ou restrito pela conformação e pelos impactos das variáveis externas, seja sob a forma de dilemas sociais, restrições biofísicas, limitações cognitivas e/ou fatores culturais (McGINNIS; ALIGICA, 2007; OSTROM; HESS, 2007).

Figura 4 - O Framework de Análise e Desenvolvimento Institucional



Fonte- Ostrom (2007, p. 44)

As entradas são processadas pelos decisores e/ou planejadores de políticas públicas e transformadas em saídas, as quais devem ser oportunamente avaliadas a fim de identificar seus efetivos resultados e impactos havendo um mecanismo de retroalimentação que permitiria novas iterações com maximização dos resultados esperados. Todo esse processo ocorrendo em um ambiente centrado nas instituições, inclui os fatores biofísicos, específicos e intrínsecos à política pública sob análise, os atributos e fatores institucionais da comunidade e as. As entradas englobam todos os aspectos sociais, culturais, institucionais e físicos do ambiente e que têm capacidade de influência sobre o processo de tomada de decisões (McGINNIS, 2011, 2016).

A arena de ação aglutina as situações de ação e os atores que tomam parte no processo de definição das políticas públicas. Nas versões originais do *framework*, as situações de ação e os participantes foram explicitamente separados dentro da arena de ação, as versões mais contemporâneas, assim como suas aplicações mais recentes, optam por torná-los um construto único, analisado e avaliado de forma indissociável, tornando-os, então, a manifestação da própria arena de ação (McGINNIS, 2011, 2016).

Os principais componentes operativos da arena de ação, parte central e mais importante do *framework*, são, a saber: a) os participantes *per se*; b) as posições e os enquadramentos que esses podem assumir na defesa/atuação para defender ou maximizar suas vantagens; c) as ações; d) informações disponíveis e que podem ser recursos relevantes no processo de tomada de decisões e efetivação da ação; e) o nível de controle em condições de ser exercido por cada um dos participantes; f) os resultados potenciais; e g) custos e

benefícios esperados e percebidos em função das ações realizadas e dos resultados obtidos (McGINNIS, 2011, 2016).

Ainda, no contexto da arena de ação, torna-se necessário discernir acerca das normas que estabelecem as interações em seu interior: a) de posicionamento: definem o conjunto específico de recursos, responsabilidade, preferências e oportunidades; b) de limites: especificam como os participantes se apropriam ou abandonam tais posições; c) de autoridade: vinculam os conjuntos de ações às respectivas posições; d) de agregação; explica quais funções de transformação estão vinculadas a um (ou mais) resultado intermediário ou final; e) de escopo: estabelece um conjunto de resultados; f) de informação: estabelece o nível e o tipo de informação disponível em cada posição; e g) de retorno de valor: especifica como os resultados (custos ou benefícios) são solicitados, permitidos ou abandonados pelos participantes (McGINNIS, 2011, 2016).

Os bens ou serviços em disputa nas arenas de ação definem-se a partir de dois critérios: a) a subtrabilidade, qual o nível de alteração no consumo, uso ou interesse de um determinado bem a partir do momento em que o outro bem for reduzido? b) exclusão: quão dispendioso é substituir um bem por outro sob a perspectiva dos participantes?. Pela interação dessas condições surgem os dilemas a serem considerados na análise institucional, considerando a categoria intrínseca dos bens: a) bens privados: alta subtrabilidade e baixos custos de exclusão; b) bens públicos: baixa subtrabilidade e altos custos de exclusão; c) *tool goods* (bens necessários): baixa subtrabilidade, mas baixos custos de exclusão; d) bens comuns: alta subtrabilidade, mas altos custos de exclusão (McGINNIS, 2011, 2016).

Os resultados são produtos, simultaneamente, das decisões tomadas pelos participantes da situação de ação e das variáveis exógenas (biofísicas, institucionais e regras-em-uso) (McGINNIS, 2011, 2016). Há ainda que se considerar os mecanismos de *feedback* e aprendizado que alteram as percepções dos participantes. Os critérios de avaliação, por fim, referem-se a fatores como: a) nível de eficiência na aplicação e/ou utilização de recursos; b) equidade na distribuição dos resultados e processos; c) legitimidade; d) nível de participação nos processos decisórios; e) nível de transparência; f) nível de equivalência na relação entre a atuação dos participantes e a participação esperada dos mesmos; g) consistência moral e ética; h) adaptabilidade, resiliência, robustez e sustentabilidade, compreendidas como fatores que permitem a perenização dos resultados e do processo de tomada de decisões ao longo do tempo (McGINNIS, 2011, 2016).

A aplicação do *Framework* é facilitada pela sua flexibilidade sendo possível abordá-lo a partir de qualquer um dos seus pontos de abordagem: lado esquerdo, centro (ou

arena de atuação), ou lado direito (resultados e avaliação). Iniciar a discussão a partir do lado esquerdo permite analisar a natureza dos recursos em uso sejam os materiais biofísicos, as bases institucionais e as normas/regras em vigência. Normalmente, a análise, partindo-se da arena de ação, permite a compreensão de problemas ou dilemas institucionais em ambientes de mudança organizacional, sendo a base para a definição de novos construtos e bens comuns e necessários aos atores. A análise baseada nos resultados e na avaliação justifica-se pela necessidade de se apreender e compreender *como?* e *por quê?* os resultados se estruturam sob aquela forma específica e como poderiam ser diferentes, em um processo semelhante em engenharia reversa (OSTROM; HESS, 2007).

O *Framework* de Análise e Desenvolvimento Institucional distingue três níveis de agregação analíticos e de tomada de decisão, a saber: a) o nível operacional no qual ocorra a implementação das políticas públicas; b) nível de Escolha coletiva em que as estratégias, normas ou regras disponíveis ou necessárias são estabelecidas a fim de garantir a conformidade da atuação dos indivíduos envolvidos no cumprimento dos papéis e posicionamentos esperados para esse nível; e c) o nível constitucional o qual envolve as deliberações de quem pode (e como) participar das definições e do processo de tomada de decisões. Um dos pontos mais importantes do modelo é a intrínseca relação entre as interações e os resultados que, do ponto de vista do avaliador, podem ser submetidos a um critério (ou conjunto de critérios) de avaliação considerado relevante e aplicável (McGINNIS; ALIGICA, 2007).

McGinnis (2016) acrescenta, ainda, o nível metaconstitucional, de amplo espectro, e raramente suscetível às condições e atuação dos participantes em um horizonte de tempo estrito, mas que pode ser alterado ao longo prazo, como resultado de uma intensa remodelagem institucional ao nível da própria cultura. Note-se que níveis mais altos (constitucional e metaconstitucional) e, conseqüentemente, mais inclusivos, permitem maior participação e menor taxa de rejeição às posições individuais, bem como menor proporção de comportamentos egoístas ou oportunistas, ao passo que níveis mais estritos (operacional e de Escolha coletiva) suscitam comportamentos mais impositivos e maiores dificuldades de negociação na arena de situação (McGINNIS, 2016).

2.4.3 O Institucionalismo Histórico

O Institucionalismo Histórico, primeira versão do Neo-Institucionalismo a ser aplicada nas Ciências Políticas (PETERS, 1999), não é uma teoria nem mesmo um método específico, mas uma abordagem para o estudo das políticas públicas (STEINMO, 2008) podendo ser considerada também uma resposta simultaneamente às tradições behaviorista e estrutural-funcionalista, embora em ambos também tenha se fundamentado (THELEN; STEINMO, 1992; IMMERGUT, 1998).

Nessa vertente, a instituição é compreendida como o conjunto de “[...] procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política [...]” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 196). As principais diferenças em relação às demais abordagens de estudo em Ciências Políticas estão em responder questões práticas do mundo real e a relevância atribuída ao processo histórico por meio do qual as instituições são construídas e, em última instância, como se produzem resultados sociais e políticos a partir dessa dinâmica (STEINMO, 2008). Hall e Taylor (2003), também no esforço de diferenciar o Institucionalismo Histórico das demais vertentes neo-institucionalistas, elencam quatro características básicas nesse sentido, a saber: a) uma maior abrangência e flexibilidade no estabelecimento da relação entre as instituições e o comportamento individual; b) as divergências e assimetrias de Poder que podem ser atribuídas ou decorrentes do funcionamento e/ou do desenvolvimento das instituições; c) “[...] tendem a formar uma concepção de desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, as situações críticas e as consequências imprevistas” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 196); d) maior flexibilidade no apontamento de causas do comportamento humano.

Howlett e Rayner (2006) afirmam que a análise Histórica é um assunto difícil para os estudiosos em políticas públicas e, em face disso, sua aplicação é incipiente e tímida.

A visão a partir do Institucionalismo Histórico admite que os indivíduos não são meros seguidores de regras, embora, ao mesmo tempo, não se constituam atores estratégicos tão dominantes a ponto de colocarem as instituições a seu serviço. A importância da História no processo de análise das instituições parte de pressupostos como: a) os eventos ocorrem em um contexto histórico o qual apresenta consequências diretas sobre eles; b) os atores ou agentes utilizam-se do processo histórico para aprenderem com a experiência, sendo que o aprendizado e o entendimento do comportamento, atitudes e posicionamentos estratégicos são

resultados de diversos contextos (social, político, econômico e cultural) circunscritos a um plano de fundo histórico; c) as expectativas futuras relacionam-se às ações e aos eventos passados (STEINMO, 2008).

Os institucionalistas históricos trabalham com uma visão de instituição a qual abrange, tanto organizações formais, quanto normas e processos informais em que ambos definem e conduzem à estrutura (THELEN; STEINMO, 1992), embora nem todos os pesquisadores que utilizam tal abordagem possam ser considerados, de fato, institucionalistas. Steinmo (2008, p. 159) reforça que os institucionalistas "[...] são estudiosos que atribuem ênfase especial ao papel que as instituições desempenham na construção do comportamento".

Howlett e Rayner (2006) apresentam os principais modelos de avaliação do processo de formulação de políticas públicas ao longo do tempo comumente utilizados pelos institucionalistas, dentre os quais, com vistas ao objetivo deste trabalho, destacam-se: a Narrativa Histórica, que busca descrever profunda e apropriadamente todo o processo de desenvolvimento do objetivo, seja a instituição, seja a política pública desde os momentos iniciais até o seu encerramento tendo como plano de fundo a construção da resposta de pesquisa, sendo bastante prevalente nas áreas de História, Sociologia e Estudos de Políticas Públicas; e a Dependência de Trajetória a qual representa a tentativa teórica de se explicar por que decisões de caráter estocástico, muitas vezes, não se estabelecem em função da forma, da estrutura temporal e da sequência em que os eventos ocorreram.

Os adeptos do Institucionalismo Histórico também vinculam-se estreitamente a uma concepção particular de desenvolvimento histórico. Tornaram-se ardentes defensores de uma causalidade social dependente de trajetória percorrida, *path dependent*, ao rejeitarem o postulado tradicional de que as mesmas forças ativas produzem em todo lugar os mesmos resultados em favor de uma concepção segundo a qual essas forças são modificadas pelas propriedades de cada contexto local, propriedades essas herdadas do passado. Como seria de esperar-se, as mais importantes dessas propriedades são como de natureza institucional. As instituições aparecem como integrantes relativamente permanentes da paisagem da história, ao mesmo tempo que um dos principais fatores que mantêm o desenvolvimento histórico sobre o conjunto de 'trajetos' (HALL; TAYLOR, 2003, p. 200).

Na Dependência de Trajetória (*Path Dependence*), parte-se de uma visão de causa e efeito sob a perspectiva Histórica para a qual o presente é decorrente de uma certa organização e sequenciamento de eventos, ou seja, o resultado da política pública (ou seu momento em estudo) é dependente de uma trajetória Histórica (HALL; TAYLOR, 2003). A Dependência de Trajetória é especialmente interessante na busca pela compreensão do processo de desenvolvimento das políticas públicas e de como, uma vez estabelecidas, podem ser de difícil alteração ou revogação (KAY, 2005).

A Dependência de Trajetória fundamenta-se no pressuposto de que os fatos, sua sequência dos fatos e o tempo a eles relacionado constituem fatores contribuintes para os resultados históricos e que, embora a trajetória possa ser alterada *a posteriori*, isto somente ocorre por meio do emprego de considerável esforço, dada a sedimentação da trajetória, ou seja, do percurso escolhido quando da formulação da política pública o qual se torna fator que constringe a própria trajetória (PIERSON, 2004).

No processo de análise das políticas públicas, sob a égide da dependência de trajetória, além da compreensão das instituições e dos atores envolvidos, fatores como a tecnologia, seus impactos e processos de adoção e aplicação, as alterações na constituição dos atores (entradas, saídas e/ou substituições) e o tempo necessário para que os eventos se tornem perceptíveis são também relevantes (PIERSON, 2004).

Os mecanismos analíticos que permitem explicar as decisões tomadas em termos de manutenção da trajetória ou de seu abandono são o *feedback* positivo (autorreforço), compreendido como a vantagem norteadora do processo de institucionalização da política pública em estudo quando de sua formulação e implementação e os (*increasing returns*) retornos crescentes, definidos como os ganhos efetivos na manutenção da trajetória em relação àqueles previamente estabelecidos (PIERSON, 2004).

De acordo com Thelen e Steinmo (1992, p. 387), por resultado da Dependência de Trajetória, no contexto do Institucionalismo Histórico, "[...] as instituições continuam a evoluir em resposta às mudanças nas condições ambientais e às manobras políticas em curso, mas em formas que são restritas por trajetórias passadas".

A aplicação da Dependência de Trajetória, como base analítica da avaliação de políticas públicas, permite transformar a avaliação em si em processo de identificação do curso das Escolhas realizadas pelos atores em suas mais variadas formas e processos. Escolhas estas que envolvem a) tomar ou não uma determinada decisão; b) escolher utilizar ou não um ou vários instrumentos de gestão de políticas públicas; c) definir como e por que formular uma determinada política pública e, ainda, d) como responder aos resultados das políticas públicas (KAY, 2005).

Ressalte-se que essa corrente busca construir interpretações e teorias de médio alcance, sejam teorias baseadas no Estado ou na Sociedade (THELEN; STEINMO, 1992). A capacidade dos atores em imporem-se ou formarem coalizões definem, em última instância, seu poder para formar regras (FLIGSTEIN, 1991).

Para Peters, Pierre e King (2005), o Institucionalismo Histórico apresenta dificuldade em explicar os processos de tomada de decisões o que decorre das limitações no

processo de identificação do impacto político. Contudo pode ser considerado bastante eficaz em apontar e discutir seu estabelecimento ao longo do tempo ou atuação e impactos no espaço, assim como em determinar a importância e o nível de contribuição, tanto dos responsáveis pelo aparato burocrático (*street level bureaucrats*) quanto dos agentes políticos.

Outro ponto a ser considerado é a limitação na compreensão da mudança e da evolução institucionais, as quais devem ser entendidas como integrantes do processo de análise institucional histórica, caso tal análise esteja fundamentada em rigidez metodológica, ou seja, em uma situação de baixa flexibilidade quanto ao uso de métodos, técnicas ou ferramentas analíticas. Ainda, outro problema refere-se ao fato de que, após a formatação da estrutura e consequente definição das políticas públicas, o quadro se torna fixo, e as mudanças ocorrem apenas por meio do conflito político entre os interessados. Há, então, que se falar em um processo não-fluido ou que se manifesta somente sob certas circunstâncias. Em decorrência do problema anterior, pode-se argumentar que o Institucionalismo Histórico carece de um conceito mais efetivo de agência, o que se pode resumir em "[...] para ser eficaz, uma teoria deve ser capaz de ligar os resultados com os atores e com o processo de produziu os resultados".

Finalmente, a incapacidade de se explicar a mudança, o que se depreende do fato de que as instituições são rígidas e de difícil reformatação (PETERS; PIERRE; KING, 2005, p. 1284). Greener (2005) corrobora tal opinião ao referenciar a existência de muitos trabalhos teóricos acerca do desenvolvimento do conceito e da forma teórica dos estudos relacionados à dependência de trajetória, mas não de um modelo ou *framework*, em última instância, aplicável.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa fundamenta-se na abordagem qualitativa cuja finalidade é a descoberta simultânea do fenômeno e também de suas causas e razões, dadas as suas especificidades (PATTON, 1982).

O trabalho utiliza-se da pesquisa documental, compreendida como a pesquisa que se fundamenta no uso de documentos, em diferentes mídias, incluindo texto escrito, áudio e vídeo (ALASZEWSKI, 2011), aqui referindo-se aos planos de saúde, relatórios de gestão, textos jornalísticos, legislação disponível e trechos de entrevistas e de opiniões publicadas na imprensa geral, assim como excertos obtidos a partir de artigos científicos.

No que se refere aos métodos utilizados, estes são caracterizados como não-interferentes uma vez que não “envolvem recolha directa de informação a partir dos sujeitos investigados” (LEE, 2000, p. 16). São reconhecidas como vantagens em seu utilizar métodos não-interferentes, a saber, a redução do Efeito Hawthorne, ou seja, da influência do próprio método escolhido sobre os investigados e a maior adaptabilidade destes métodos a objetos de pesquisa tomados em pesquisas longitudinais (LEE, 2000).

3.2 Procedimentos metodológicos

3.2.1 Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados no período de setembro de 2015 a março de 2017, utilizando-se, como base, documentos históricos, impressos e/ou em versões digitalizadas, incluindo livros, guias, manuais do Ministério da Saúde do Brasil, bem como reportagens e depoimentos de atores, destacando-se profissionais envolvidos na construção do IDSUS, políticos, em especial, prefeitos e secretários municipais e estaduais de saúde e profissionais-

pesquisadores da área de saúde pública afiliados a instituições como a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Também foram utilizados, como fonte de pesquisa, artigos e livros utilizados em disciplinas dos programas de pós-graduação em Administração, Ciência Política e Sociologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, assim como dos programas de pós-graduação em Ciências da Saúde e Desenvolvimento Social, ambos da Universidade Estadual de Montes Claros e, ainda, material bibliográfico oriundo das bibliotecas destas e de outras instituições de ensino. Os dados coletados tiveram sua autenticidade comprovada junto às editoras ou bibliotecas virtuais, quando, por qualquer motivo, houve dúvida quanto a mesma.

Para fins de apontar o posicionamento de determinados atores em relação ao Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), sobretudo, no momento da liberação dos resultados, foram utilizados depoimentos destes atores disponíveis nos sítios eletrônicos das instituições às quais encontravam-se vinculados.

Solicitações de fornecimento de dados foram realizadas junto ao Ministério da Saúde para acesso à Consulta Pública realizada entre abril e junho de 2011 e que buscou levantar contribuições da sociedade em geral para a definição das bases conceituais e operacionais do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), contudo os dados não foram disponibilizados.

3.2.2 Procedimentos metodológicos de análise dos dados

Em relação às técnicas utilizadas para construção deste trabalho, destacam-se, a Narrativa Histórica e a Dependência de Trajetória.

A Narrativa Histórica que busca descrever profunda e apropriadamente todo o processo de desenvolvimento do objeto, seja a instituição, seja a política pública desde os momentos iniciais até o seu encerramento. É bastante prevalente nas áreas de História, Sociologia e Estudos de Políticas Públicas (ABBOTT, 1992; HOWLETT; RAYNER, 2006; MAHONEY, 2000; WATERS, 1967). No presente trabalho, a Narrativa Histórica busca explicitar o processo de construção institucional do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) como decorrência da institucionalização da política de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto da narrativa histórica do Sistema Único de

Saúde, suas bases retornam ao Movimento da Reforma Sanitária, ainda na década de 1970, e a partir deste marco, as conferências nacionais de saúde, desde 1986, são apresentadas e discutidas como as principais arenas de discussão para institucionalização do Sistema Único de Saúde e da avaliação em seu contexto e, por fim, do IDSUS.

A fim de orientar o processo de construção da narrativa histórica buscou-se responder às seguintes questões “as mudanças institucionais ocorridas no âmbito do Sistema Único de Saúde, assim como as políticas e ações específicas de avaliação em saúde, podem ser associadas a discussões, propostas ou diretrizes realizadas no âmbito das conferências nacionais de saúde?” e “o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) encontra sustentação como resultado de processo histórico de amadurecimento da avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde ou pode ser compreendido como ação isolada?”.

Para a construção da narrativa histórica do IDSUS, partindo-se, como já exposto, da própria narrativa histórica do Sistema Único de Saúde, estabeleceu-se uma linha do tempo a qual foi construída tendo-se como referencial temporal as conferências nacionais de saúde e em relação a este foram identificadas as mudanças institucionais decorrentes. O foco deste processo é a busca dos antecedentes históricos da política de avaliação e, em última instância, do desenvolvimento do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

Em termos da análise proposta pela Dependência de Trajetória, há que se considerar a maior relevância das escolhas iniciais as quais estabelecem as “dificuldades” em, posteriormente, se abandonar o percurso da trajetória; assim, as decisões mais recentes não possuem o mesmo impacto que aquelas previamente tomadas (HOWLETT, 2009; MAHONEY, 2000). Mahoney (2000) explica que os estudos que se baseiam na Dependência de Trajetória podem seguir por duas linhas analíticas, sendo que a primeira busca localizar no tempo e espaço os eventos que geraram comportamentos divergentes daqueles esperados lógica, teórica ou economicamente (referem-se, então, estes estudos aos eventos desviantes da trajetória esperada), e a segunda, por sua vez, envolve o que se denominou estudos das sequências reativas as quais são compreendidas como cadeias temporais interconectadas pelas decisões dos agentes que permitem o rastreamento da situação atual da política pública até o ponto inicial da sequência reativa (na caminhada, os próximos passos dependem dos passos anteriores e podem ser a esses relacionados); a quebra desta cadeia implica a ruptura da dependência de trajetória seja pela escolha de um caminho contingente mais adequado às novas expectativas e interesses dos atores seja pela compreensão de que, de fato, aquela linha de trajetória ainda não havia gerado o nível suficiente de dependência, em termos do constrangimento necessário para seu abandono.

O principal método de análise dos dados coletados foi a Análise de Conteúdo (*UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE, GAO, 1996*).

A fim de se facilitar a leitura e a discussão dos resultados, optou-se, neste trabalho, por apresentar a narrativa histórica do Sistema Único de Saúde, das políticas de avaliação no âmbito do SUS e do próprio IDSUS em separado da análise da própria trajetória. Entende-se que a construção da narrativa histórica deve estar concluída para que a análise da trajetória possa ser realizada. Esta opção está em consonância com os trabalhos empíricos de Green e Collins (2008), Göttems *et al.* (2009), Herring (1999), Loureiro, Teixeira e Moraes (2009), Park e Lee (2005), Shikida e Perosa (2012) e Souza e Costa (2014).

4 HISTÓRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E DA AVALIAÇÃO NO SUS

O objetivo deste tópico é apresentar uma narrativa dos principais eventos que culminaram com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da avaliação em seu escopo. Em especial, o foco encontra-se nos eventos que mais objetivamente se relacionam à ação dos diversos atores envolvidos na proposição, discussão, tomada de decisões e implementação do SUS e em seu sistema de avaliação.

As conferências nacionais de saúde são tratadas em suas deliberações gerais mais relevantes e, principalmente, aquelas relacionadas à definição e implementação de uma política pública de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Entende-se que as deliberações dos atores nesses espaços de mediação constituem as bases para a estruturação do SUS, e a compreensão desse processo histórico é relevante para a consecução do objetivo deste trabalho. A ação, neste trabalho, é compreendida como o resultado da discussão empreendida nas arenas de ação, em termos finais, ou seja, registrada nos cadernos, anais e/ou relatórios finais das conferências nacionais de saúde. Em momento posterior, passam também a ser consideradas arenas de ação, as comissões bi- e tripartites, assim como os conselhos de saúde nos níveis municipal, estadual e federal.

A partir da análise das arenas de ação, avança-se para apresentação e discussão das alterações institucionais ocorridas sob a formas de leis, portarias, regulamentos, protocolos e quaisquer outros meios e/ou dispositivos utilizados para, em última instância, estabelecer os princípios doutrinários e organizativos, a organização hierárquica e decisorial e o próprio modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). São abordados os principais marcos legais relacionados à estruturação do SUS como os dispositivos constitucionais (artigos 196 a 200), as Leis 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.192/1990 e a Portaria n. 2048/2009 (Regulamento do Sistema Único de Saúde).

O objetivo é explicitar os mecanismos institucionais de planejamento, implementação e avaliação existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde, suas interações e relações, assim como as influências diretas sobre o processo de avaliação, com vistas a oferecer subsídios para a discussão relacionada à avaliação no SUS e, posteriormente, do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

Há que se destacar que a construção desta narrativa histórica é fundamental para a compreensão do impacto das conferências nacionais de saúde enquanto arenas de discussão e, neste aspecto, geradoras de legitimidade para as mudanças institucionais ocorridas no Sistema

Único de Saúde tanto para a sua criação, quanto implementação (embora ainda em contínuo processo de consolidação). Assim como a partir do enfoque quantitativo busca-se estabelecer relações de correlação e de causalidade, a forma apresentada neste trabalho de se trabalhar as conferências nacionais de saúde e, em seguida, as mudanças institucionais têm como objetivo facilitar a compreensão dos impactos da atuação consolidada dos atores sobre as estruturas.

4.1 A VIII Conferência Nacional de Saúde

O Sistema Único de Saúde começou a ser discutido, ainda, em meados da década de 1970, mas as iniciativas tornaram-se mais perceptíveis e organizadas a partir dos anos de 1980 com o enfraquecimento do regime militar e a retomada do processo democrático (LUZ, 1991), envolvendo a participação da classe política, das organizações sindicais, das entidades de classe ligadas à saúde, além do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), associações de bairro e da Associação Popular de Saúde (FARIA, 1995).

É interessante ressaltar que a diversidade de atores no processo de discussão nas arenas é uma característica prevista nos modelos institucionais (SECCHI, 2013; DIAS; MATOS, 2012), principalmente se consideradas as especificidades e as externalidades dos sistemas de saúde e desta em si (CARVALHO; BUSS, 2008).

A Conferência de Saúde é o *locus*, temporário e periódico, de discussão das necessidades coletivas, partindo-se do nível local municipal para o regional/estadual e, por fim, para o nacional, em um processo construtivo, democrático e de agregação das demandas no intuito de que cada esfera de decisão possa compreender as especificidades e as externalidades de seu entorno, ao mesmo tempo em que os problemas e as situações estruturais e conjunturais de maior complexidade são alçados às instâncias superiores na busca de análise, planejamento e direcionamento (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Mesmo sendo de caráter temporário, as conferências nacionais de saúde apresentam-se como arenas políticas, locais em que os diversos atores manifestam seus interesses e buscam fortalecer suas posições de influência para, em seguida, propor as alterações estruturais consideradas relevantes (OSTROM; HESS, 2007; MCGINNIS, 2011, 2016; SECCHI, 2013).

Embora as conferências de saúde ocorram no Brasil com certa regularidade¹⁸, destaque é dado à VIII Conferência Nacional de Saúde, tanto pelo momento político, histórico e socioeconômico em que ocorreu, quanto pela profundidade das propostas apresentadas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, CONASS, 2007, p. 56).

Entre os anos de 1985 e 1986, diversos eventos foram organizados e realizados pelo País a fim de conscientizar a população em geral acerca da importância da discussão em torno da saúde pública, preparando, dessa forma, o evento central: a VIII Conferência Nacional de Saúde.

O processo de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) é o resultado de um movimento de âmbito nacional na defesa da saúde, que se originou nos grupos de profissionais que se opunham às propostas e programas executados pelos governos militares e formavam o movimento da reforma sanitária, que ganha consistência e cresce, ao mesmo tempo [em] que avança na produção do conhecimento e na crítica à política de saúde, denunciando a situação sanitária da população (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, CONASS, 2007, p. 58).

Enquanto evento organizado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em 1986, representou a culminância das ações preparatórias e das discussões até então levadas a termo pelo Movimento da Reforma Sanitária, com mais de "[...] 5.000 representantes dos diversos movimentos sociais, movimentos populares de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes e intelectuais da saúde, parlamentares, sindicatos [...]" (AGUIAR, 2011, p. 37). "As plenárias da 8a. CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

As principais orientações resultantes do evento referiam-se (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986), a saber: a) alterações necessárias no setor de saúde em nível estrutural e, não apenas, conjuntural a fim de combater as vicissitudes e a primazia do modelo hospitalocêntrico; b) estruturação de sistema de saúde de natureza estatal, mas implantado em etapas, evitando-se alterações súbitas que pudessem gerar efeitos contraproducentes; c) separação entre as ações de saúde e de previdência a fim de que cada uma dessas áreas

¹⁸As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas no Governo de Getúlio Vargas por meio da Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, em seu artigo 90. A periodicidade média é de quatro anos. Os anos de ocorrência de todas as conferências nacionais de saúde até o ano de 2015: 1ª CNS, em 1941; 2ª CNS, em 1950; 3ª CNS, em 1963; 4ª CNS, em 1967; 5ª CNS, em 1975; 6ª CNS, em 1977; 7ª CNS, em 1980; 8ª CNS, em 1986; 9ª CNS, em 1992; 10ª CNS, em 1996; 11ª CNS, em 2000; 12ª CNS, em 2003; 13ª CNS em 2007; 14ª CNS em 2011; e 15ª CNS, em 2015.

pudesse estabelecer suas próprias prioridades e formular seus mecanismos de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas; d) aprofundar a discussão acerca do financiamento do novo sistema de saúde buscando garantir-lhe os recursos necessários à sua efetivação; e) aceitação e uso de conceito ampliado de saúde envolvendo as condições biológicas, socioeconômicas e culturais, tanto em nível individual, quanto coletivo, e definida a partir de uma visão de discussão e posicionamento políticos; f) fortalecimento dos processos e ações de participação e controle social; g) efetivação da Reforma Sanitária por meio da "[...] reestruturação do Sistema Nacional de Saúde [...] que [...] represente a construção de um novo arcabouço institucional" e que estivesse fundamentado em questões (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 10-12):

a) referentes à organização dos serviços: 1) descentralização na gestão dos serviços; 2) integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; 3) unidade na condução das políticas públicas; 4) regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; 5) participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; 6) fortalecimento do papel do município; 7) introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida [...] e

b) atinentes às condições de acesso e qualidade: 1) universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; 2) equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção; 3) atendimento oportuno segundo as necessidades; 4) respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; 5) atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis; 6) direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças; 7) direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente [...]

A declaração final da VIII Conferência Nacional de Saúde aponta, como principal resultado esperado, a construção de sistema único de saúde orientado para o atendimento das demandas da população e no qual todos os esforços e recursos estejam organizados e estruturados no atendimento a este objetivo geral, podendo-se lançar mão de quaisquer meios legais para a sua consecução (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

O impacto das discussões ocorridas no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde pode ser compreendido a partir do depoimento do Dr. Adib Domingos Jatene¹⁹, um dos principais debatedores naquele evento, e, posteriormente, Ministro da Saúde.

¹⁹ Médico, Ministro da Saúde entre 12 de fevereiro de 1992 e 02 de outubro de 1992 (Presidente Fernando Collor de Melo) e entre 01 de janeiro de 1995 e 06 de novembro de 1996 (Presidente Fernando Henrique Cardoso)

A 8ª Conferência, em 1986, realizada no Ginásio Esportivo de Brasília, teve intensa participação popular e praticamente mostrou o caminho posteriormente incorporado na Constituição, consagrando a ideia da universalidade do atendimento e da responsabilidade do Poder Público (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998)

A partir da Assembleia Constituinte, convocada em 1987, e promulgação da Constituição Federal, em 1988, mudanças constitucionais e, portanto, institucionais, conforme McGinnis (2016), se processaram, sobretudo, no que tange à inclusão da saúde como direito social básico e atribuição ao Estado do dever de garanti-la em todas as ações e serviços necessários à sua completa disponibilização à população. O estabelecimento do Sistema Único de Saúde, fundamentado em princípios como a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social, alterou, de forma contundente, o acesso, não só dos *policytakers*, mas de toda a sociedade às políticas de saúde pública e, mais especificamente, às ações e aos serviços de saúde. As alterações e os impactos estruturais decorrentes da institucionalização das propostas elencadas na VIII Conferência Nacional de Saúde são apresentados a partir deste ponto até o fim deste tópico.

As bases conceituais e operacionais do Sistema Único de Saúde foram lançadas nos artigos 198 e 200, respectivamente, da CF 1988. No artigo 196, institui-se, de forma objetiva, que "[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", trecho corroborado pelo § 1º do artigo 2º da Lei n. 8.080/1990. Note-se que, por sua vez, o artigo 2º da Lei n. 8.080/1990 reforça o dispositivo anterior ao afirmar que "[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". De acordo com Serrano (2009, p. 71), o SUS "[...] foi dimensionado conjuntamente com as esferas da previdência social e da assistência social [...], compondo um conjunto integrado destinado a assegurar dignidade material a todas as pessoas" e representa o conjunto de ações e serviços de saúde, assim como a participação direta ou indireta dos órgãos públicos (art. 4º da Lei n. 8.080/1990), associado à participação da iniciativa privada, em condição complementar, desde que respeitada a legislação vigente (§ 2º, art. 4º, da Lei n. 8.080/1990).

De acordo com o artigo 198 da CRFB/1988, as diretrizes básicas que orientam, regulam e organizam as ações e serviços de saúde de forma regional, hierarquizada e integrada são: "I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos

serviços assistenciais; III - participação da comunidade". Ao Sistema Único de Saúde, conforme previsto no art. 200, da Constituição Federal de 1988, compete um conjunto de objetivos²⁰, embora nenhum deles diretamente relacione-se à definição de política explícita de avaliação das ações e dos serviços de saúde. De forma complementar, a Lei n. 8.080/1990 estabelece um conjunto de 13 (treze) princípios²¹, dentre os quais, destacam-se, a saber: "I- universalidade [...]; II-integralidade [...]; IV-igualdade da assistência à saúde [...]; VIII-participação da comunidade; IX-descentralização político-administrativa [...] regionalização e hierarquização [...]".

Dentre os princípios supracitados, dois grupos se destacam, sendo conhecidos por doutrinários, que buscam orientar as políticas em nível teórico, conceitual e de execução, e organizativos, os quais servem de referência para a estruturação e funcionamento do Sistema Único de Saúde. Os princípios doutrinários são a universalidade, a equidade e a integralidade, ao passo que os princípios organizativos são a descentralização, a hierarquização e o controle social (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

A universalidade garante o direito de acesso à saúde a todo e qualquer cidadão (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Até a promulgação da Constituição de 1988, “[...] o direito à saúde era consagrado basicamente como prestação oriunda do Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS)” (SERRANO, 2009, p. 70) que integrava o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual atendia apenas trabalhadores com vínculo empregatício formalmente estabelecido e profissionais autônomos contribuintes do

²⁰ Objetivos do Sistema Único de Saúde: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

²¹ Conjunto de princípios do SUS: I - universalidade [...]; II - integralidade [...]; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

sistema previdenciário. Tal situação alterou-se com o disposto no art. 196, da Constituição Federal de 1988, estando reforçada no § 1º, artigo 7º da Lei n. 8.080/1990, que garante "[...] a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência".

A equidade trata das condições redistributivas do sistema, ou seja, orienta a empregar os recursos humanos e financeiros na ordem direta das necessidades individuais e coletivas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Para Serrano (2009, p. 75) pode-se “[...] afirmar que a universalidade e a igualdade são princípios que se complementam, forjando, pois a noção de equidade no sistema”.

A integralidade que possibilita ao cidadão exigir como direito básico o atendimento de suas necessidades independentemente do nível de complexidade, do custo ou dos recursos que venham a ser demandados para tal satisfação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), sendo “[...] uma decorrência lógica da agregação do direito à saúde à categoria dos direitos fundamentais” (SERRANO, 2009, p. 84), conforme consta no Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II, Dos Direitos Sociais, art. 6º pelo qual constituem direitos sociais “[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. A Lei n. 8.080/90, no art. 7º, explica a integralidade como o “[...] conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A hierarquização estabelece quais ações e políticas devem ser planejadas e executadas, considerando-se as especificidades de cada nível, bem como suas possibilidades de atuação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). O principal motivo para a hierarquização do sistema de saúde é a otimização dos recursos públicos direcionados às ações de saúde e a busca por maiores índices de eficácia e eficiência, uma vez que a distribuição de serviços de atenção à saúde mais próximos da população poderia aumentar a resolubilidade de todo o sistema, enquanto a concentração de recursos mais dispendiosos em centros especializados garantiria a eficiência do sistema (SERRANO, 2009). A partir da vigência do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, a estrutura hierarquizada do Sistema Único de Saúde inicia-se a partir das portas de entrada que incluem os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

De acordo com o art. 198, da Constituição Federal, “[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e descentralizada e constituem um sistema único”. A descentralização, assim, estabelece que todas as esferas de poder (União, Estados e Municípios) devem responsabilizar-se, conforme suas condições, e atuar em conjunto para

garantir o acesso às políticas e ações de saúde de qualidade (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). São bases do SUS: a descentralização com gestão única em cada esfera de poder, a priorização das ações preventivas, sem prejuízo das ações assistenciais, e a participação da sociedade (SERRANO, 2009).

Em conformidade com o disposto no artigo 9º da Lei n. 8.080/1990, "[...] a direção do Sistema Único de Saúde é única [...], sendo exercida em cada esfera de governo" pelos respectivos órgãos do Poder Executivo, a saber, pelo Ministério da Saúde (em nível da União), pelas Secretárias de Estado da Saúde ou órgão equivalente, quando se referindo aos Estados e ao Distrito Federal, e pelas Secretarias Municipais de Saúde, nos Municípios, garantida a estes a prerrogativa de formação de consórcios intermunicipais com o intuito de "[...] desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam" (art. 10 da Lei n. 8.080/1990).

As atribuições comuns, dadas as devidas proporções e os objetivos institucionais, no que se refere à gestão em âmbito administrativo, incluem, sucintamente, conforme o artigo 15 da Lei n. 8.080/1990: a) ações de atividade de planejamento, controle, avaliação e fiscalização no âmbito do SUS; b) gestão dos recursos financeiros e orçamentários necessários à execução das ações e serviços de saúde; c) pesquisa, formulação, divulgação, disseminação e discussão de dados e informações sobre as condições gerais e específicas de saúde da população como subsídio à formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde pública; d) discussão, integração, planejamento, execução e avaliação de políticas de saúde pública que visem à conectividade entre essas áreas e as gestões ambiental, de saneamento básico, de recursos humanos e de saúde do trabalhador; e) respostas às especificidades e externalidades da área de saúde com vistas ao cumprimento das diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde; f) promoção da interação entre os diversos entes federativos.

A gestão do sistema, assim como a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde, nas diversas esferas governamentais (Município, Estado e União), cabe ao titular da respectiva secretaria e ministério. Em nível municipal, o gestor deve [...] programar, executar e avaliar ações de saúde em função da problemática da população. É, em última instância, o responsável pelo atendimento ao doente e pela saúde da população. Quanto ao nível estadual, cabe ao gestor coordenar as ações dos municípios, evitando-se desperdícios de recursos, otimizando ações e maximizando resultados. Adicionalmente, deve planejar e controlar o SUS, executando apenas o que o município não puder ou não lhe couber fazer. O gestor federal, por sua vez, deve incumbir-se das ações estratégicas, controle da política nacional de

saúde, respondendo por importantes funções no planejamento, financiamento, cooperação técnica e controle do SUS (SILVEIRA, 2006, p. 43).

A coordenação das instâncias federal, estadual e municipal é garantida formalmente pela constituição dos Conselhos de Saúde, das Câmaras Bi e Tripartites com o objetivo de dirigir os investimentos e fiscalizar as ações de gestão dos recursos públicos, tecnológicos e humanos presentes no sistema (MARQUES *et al.*, 2009). Em conformidade com o disposto no artigo 14- da Lei n. 8.080, constituem o foro adequado à negociação e pactuação no que tange aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde, considerando-se, ainda, que tais comissões *per se* apresentam como principais objetivos:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos Conselhos de saúde; II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

O controle social franqueia à sociedade o caráter especial de fiscalizar e orientar as políticas e ações de saúde, por meio de conselhos gerais e câmaras setoriais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). São instrumentos de participação da comunidade, na gestão do SUS, as Conferências de Saúde e os Conselhos. Considerando-se que as primeiras não são órgãos permanentes, a participação da sociedade deve ocorrer, sobretudo, por meio do funcionamento dos conselhos, havendo o Conselho Nacional, bem como conselhos estaduais e municipais.

Observa-se que a Lei n. 8.080/1990, nos dispositivos supracitados, busca garantir a manutenção da arena de ação dos diversos atores, permanentemente, em associação com as conferências nacionais de saúde, de caráter temporário. Pela contraposição de objetivos, os conselhos de saúde, em seus níveis municipal, estadual e federal, buscam manter o adequado gerenciamento operacional do SUS, ao passo que as conferências nacionais de saúde, pela sua abrangência e formato, têm papel mais estratégico. Buscar-se-ia, dessa forma, a garantia do princípio constitucional da participação e do controle social, uma vez que, tanto conferências, quanto conselhos e comissões bi- e tripartite são paritárias e constituídas com a participação de diversas categorias de atores.

O artigo 1º da Lei n. 8.142/1990, define as instâncias colegiadas, de participação da comunidade nas diversas esferas de planejamento, execução e avaliação das políticas de

saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde, ao definir a existência das conferências de saúde, bem como dos conselhos de saúde, sem quaisquer prejuízos à atuação do Poder Legislativo.

O Conselho de Saúde, por sua vez, é de base permanente e integra os diversos setores da sociedade civil envolvidos nos processos de discussão da agenda da saúde pública e planejamento, execução e avaliação das ações e serviços de saúde (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Os §§ 1º e 2º da Lei n. 8.142 são bastante claros acerca do que são e como se organizam a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, como se pode constatar:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos diversos segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo [...]

É importante salientar que a participação social nos conselhos de saúde, assim como nas conferências de saúde garante o direito de paridade em consonância com o disposto no § 4º da Lei n. 8.142/1990.

O controle social pode ser efetivado em diferentes instâncias e por meio de diversas organizações e instituições, tanto em termos de ações de planejamento e execução, quanto de controle e intervenção, os quais são resumidamente apresentados no quadro 8 (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Quadro 8 – Organizações e instituições disponíveis para efetivação do controle social

Instituição Organização	Descrição/Finalidade
Conselhos e conferências de saúde	Com participação paritária e cujas finalidades são a fiscalização e a definição de diretrizes para o funcionamento em nível macro e micro-organizacional do SUS
Diretores, chefes de serviços e secretário de saúde	Todos os sistemas de saúde devem ter obrigatoriamente um responsável indicado para a resolução de problemas e responsabilização posterior
Disque-Saúde	Serviço disponibilizado pelo Ministério da Saúde para coleta direta de informações, elucidação de dúvidas, registro reclamações e de sugestões a respeito da execução das ações de saúde, bem como acerca do gerenciamento dos recursos financeiros municipais, estaduais e/ou federais
Ministério Público	“[...] atua na proteção e defesa dos direitos e interesses da sociedade [...] tem o poder de instaurar um Inquérito Civil Público para ouvir quem eventualmente causou o dano e levantar provas” (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p. 47). Em condições em que a negociação com o ente público ou privado em análise é possível prioriza-se a realização do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), em caso contrário, as Ações Cíveis Públicas são impetradas nas instâncias competentes
Poder Judiciário e Defensoria Pública	Ao primeiro cabe julgar as ações impetradas tanto pelo Ministério Público quanto por cidadãos individualmente ou em grupo em busca da salvaguarda de seus direitos e ao segundo compete representar juridicamente o cidadão de baixa renda de forma profissional garantindo-lhe toda a assistência necessária reduzindo ou eliminando sua desvantagem frente ao poder econômico da contraparte presente na ação
Conselhos de Fiscalização Profissional	A má conduta pessoal ou profissional, assim como a ação temerária de qualquer profissional da saúde pode ser comunicada ao respectivo conselho profissional o qual deve instaurar sindicância para averiguar a acusação e tomar as providências cabíveis, se necessárias.
Vigilância Sanitária	“[...] tem a obrigação de controlar os riscos à saúde”, verificando a comercialização de alimentos, as condições sanitárias de estabelecimentos comerciais, industriais e de prestação de serviços cujos produtos e operações possam colocar em risco a saúde humana; cabe ainda à Vigilância Sanitária a autorização de obras em unidades de saúde de média e alta complexidades, bem como sua constante fiscalização e interdição, se necessária. (PAULINO, BEDIN, PAULINO, 2009, p. 47)

Fonte - Paulino, Bedin e Paulino (2009, adaptado pelo autor da tese).

Em decorrência da estruturação de seus princípios doutrinários e organizativos, o SUS manifesta-se por meio de modelo assistencial multinível, hierarquizado e descentralizado (SANTOS, 2007). De forma geral, as ações, tanto de vigilância, quanto programáticas materializam-se, ou seja, são implementadas “[...] levando[-se] em conta os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização, segundo níveis de atenção” (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008, p. 286). O modelo assistencial “[...] é a maneira como são organizadas e combinadas, em determinado momento histórico de uma sociedade concreta, as diversas ações para intervir no processo saúde-doença” (SILVEIRA, 2006, p. 48).

A estrutura em níveis fundamenta-se no princípio da hierarquização (SERRANO, 2009).

Cabe, aqui, uma consideração importante: a existência de diferentes níveis de atenção no interior do SUS (e de resto em sistemas de saúde bem organizados) decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. De fato, não são necessários certos equipamentos ou certos

especialistas em todos os lugares. Mas, todas as pessoas de todos os lugares devem ter acesso a certos equipamentos e a certos especialistas sempre que precisarem deles. Assim, para que se possa assegurar o acesso e o atendimento das pessoas aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde para outra, em geral, de níveis de atenção diferentes (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008, p. 287).

No primeiro nível assistencial encontram-se as Unidades Básicas de Saúde (normalmente referenciadas como Centros de Saúde), as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Mistas, ao passo que, no nível secundário, de média complexidade ou intermediário, têm-se os hospitais gerais, os prontos-socorros gerais e os ambulatórios gerais ou com especialidades e, finalmente, no terceiro nível terciário ou de alta complexidade, encontram-se os ambulatórios, prontos-socorros e hospitais especializados. A porta de entrada para a rede de assistência deve ser a atenção primária a qual, não apresentando condições de tratamento ou solução para o caso em específico, deve acionar os níveis secundário (para exames mais avançados ou diagnósticos com profissionais especialistas) ou terciário para procedimentos mais invasivos (como cirurgias) ou requeiram acompanhamento intensivo na forma de internações e monitoramento tecno-assistencial mais aprofundado (SANTOS, 2007). Assim, a atenção básica/primária, conforme conceituado nos Princípios Gerais do Capítulo I - Da Atenção Básica Anexo XXIV referente à Política Nacional de Atenção Básica,

[...] orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação o cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...] considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade e na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca pela promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as suas possibilidades de viver de modo saudável.

O acompanhamento das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde necessita ser compartilhado pelos diferentes níveis hierárquicos (alta, média e baixa complexidade) e, assim, surgem os mecanismos de referência e contrarreferência, sendo o primeiro o encaminhamento do indivíduo (e suas informações) do nível mais básico (atendimento primário) para o seguinte (atendimento secundário) chegando ao nível terciário (hospitalar) e a contrarreferência ao fluxo contrário (SERRANO, 2009).

A responsabilidade pelo planejamento e execução das ações e serviços de saúde relacionados à Atenção Básica recaem sobre as Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal, destacando-se os seguintes processos: a) organizar os processos de atendimento e os recursos humanos, informacionais, tecnológicos, infraestruturais e financeiros, consideradas

suas limitações e os apoios institucionais obtidos por convênios e/ou projetos; b) elaborar planos detalhados de atuação em que constem os dados e as informações necessários para sua execução, monitoramento, controle e avaliação; c) gerenciar as equipes de estratégia de saúde da família, consideradas suas especificidades; d) garantir e propiciar condições para a geração de conhecimento gerencial, tecnológico, humano e epidemiológico, assim como sua disseminação, tanto no nível local, quanto estadual e federal, com vistas a subsidiar as ações de formulação, implementação e avaliação das ações e serviços de saúde envolvidos com a atenção básica; e) viabilizar o processo de educação permanente dos profissionais individualmente e das equipes envolvidas na assistência, não somente em termos profissionais, mas também humanos e sociais; f) viabilizar a tomada de decisões em ambiente democrático garantido e incentivar a participação e o controle social, assim como o fortalecimento das instâncias colegiadas consultivas e deliberativas do Sistema Único de Saúde, conforme os incisos I a XVII das Responsabilidades de cada Esfera de Governo da Política Nacional de Atenção Básica.

Considerando as propostas listadas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde e o disposto nos artigos 196 a 200 e nas Leis ns. 8.080/1990 e 8.8142/1990, percebe-se forte aderência entre as mesmas, o que pode indicar a força da atuação dos diversos atores envolvidos nas discussões, em 1986, que foram, inclusive, capazes de influenciar a Assembleia Constituinte convocada no ano de 1987 e a posterior estruturação do Sistema Único de Saúde, apesar das dificuldades conforme levantadas na IX Conferência Nacional de Saúde.

Também se percebe que, conforme defendido por McGinnis (2016), as mudanças de nível institucional mais alto (constitucional e metaconstitucional) apresentam maior capacidade de inclusão das ideias e posições defendidas por um número maior de categorias de atores como, por exemplo, a definição do direito social à saúde, o dever do Estado em provê-la em toda a acepção do termo. Entretanto, os embates tornam-se mais presentes à medida que as alterações institucionais transitam para os níveis mais baixos, nos quais as diferenças de objetivos são mais perceptíveis e as posições dos atores tornam-se mais inflexíveis como no caso da estruturação das ações e dos serviços junto à população e a mudança do perfil hospitalocêntrico.

4.2 A IX e X Conferências Nacionais de Saúde e seus impactos

A IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo ocorrido entre 09 e 14 de agosto de 1992, ou seja, quase quatro anos após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federativa de 1988, e dois anos após a publicação das Leis ns. 8.080/1990 e 8.142/1990,

concebida como um processo, chegou à sua etapa nacional depois de uma intensa participação e debate da sociedade brasileira nas etapas municipal e estadual, numa demonstração cabal da capacidade de articulação, organização e compromisso de nosso povo com a questão de saúde. Depois da Escolha livre e democrática de suas delegações em mais de 50% dos municípios brasileiros e em todos os estados e do Distrito Federal [...] Para que cada uma dessas etapas se realizasse, foram precedidas de reuniões e debates em associações, sindicatos, entidades, igrejas, serviços, entre prestadores e profissionais de saúde, sobre um mesmo tema, "Saúde: Municipalização é o Caminho". Este tema central foi visto em sua totalidade, não apenas no aspecto organizativo dos serviços de saúde, mas enfocando sempre **Saúde como qualidade de vida** (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993, p. 5).

A IX Conferência Nacional de Saúde estabeleceu a discussão em três vertentes, quais foram: a) a reafirmação dos dispositivos constitucionais e, em especial, do direito do cidadão à saúde e do dever do Estado em atendê-lo; b) a reafirmação da defesa e da manutenção do SUS enquanto política de Estado e, não apenas, como uma iniciativa de governo; c) o debate intenso sobre as crises do Estado e do Governo.

O financiamento²² do SUS, deficiente e não regulamentado, embora previsto na legislação, a necessidade de estabelecimento de processos mais eficazes de gestão dos recursos humanos envolvidos com a atenção à saúde em todas as suas esferas, ações e serviços e o entendimento de que o controle social ocorreria apenas a partir do fortalecimento das instâncias colegiadas nos diferentes níveis institucionais de gestão passaram a constituir-se em assuntos também relevantes e cuja resolução se entendia necessária e urgente (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993). Em termos financeiros, o SUS é mantido pelos três níveis federativos, tanto por meio da arrecadação tributária própria em cada nível, quanto pelas transferências de recursos entre os mesmos, conforme previsto na legislação vigente (SILVEIRA, 2006).

A questão do financiamento, prevista na legislação, mas não implementada,

²²De acordo com Ugá e Porto (2008, p. 473), “[...] o financiamento dos sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de dada sociedade”, ocorrendo, principalmente, via arrecadação de tributos²² junto à sociedade, neste caso, consideradas as pessoas físicas e jurídicas (UGÁ; PORTO, 2008).

permite compreender como a política pública, mesmo a já institucionalizada, é sensível à atuação dos atores políticos (SECCHI, 2013). O ponto de pressão relacionado às dificuldades de financiamento do SUS, sobretudo, em termos da aprovação de um quantitativo mínimo somente será resolvido após a efetivação de mais interações no âmbito de outras conferências nacionais de saúde.

A sensação de descontentamento com os processos de implementação do SUS era evidente:

[...] os aspectos gerais relativos à implementação do SUS debatidos na etapa nacional da IX [Conferência Nacional de Saúde] CNS, evidenciaram a grande distância existente entre os princípios, diretrizes e normas conquistados pela sociedade - expressos na Constituição e nas leis - a forma como está sendo implantado o SUS no país e a dura realidade vivida pelas pessoas [...] Neste sentido, a maior parte das análises, propostas e moções, revela a grande frustração e indignação dos participantes da IX CNS, com a ausência de vontade política e decisão para implantação do SUS, encabeçada pelo governo federal, que se recusa a dar os passos concretos nesse sentido, sequer aplicando o que está na lei [...] O esforço e a luta pelo SUS se associam à resistência à proposta neoliberal, que visa aniquilar a Seguridade Social e o SUS, através da Reforma Constitucional e cujo primeiro passo é a Reforma Fiscal proposta pelo Governo Federal (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993, p. 23)

As ações consideradas estratégicas pelos debatedores na IX Conferência Nacional de Saúde (1993) incluíam, a saber: a) a descentralização administrativa e operacional do sistema de saúde; b) a municipalização das ações e serviços de saúde, entendida como necessária para aprimorar o atendimento das necessidades da população, bem como para melhorar a utilização dos recursos empenhados; c) a mudança do/no modelo assistencial, deslocando-se do hospitalocentrismo para um sistema em que se integrem ações de vigilância sanitária e epidemiológica, reforçando a participação e o controle social; d) o melhor gerenciamento dos recursos humanos do SUS; e) as questões relacionadas ao financiamento de todas as atividades.

As propostas apresentadas como resultado da IX Conferência Nacional de Saúde envolviam, objetivamente, o planejamento e a execução de um conjunto bastante diverso de ações e serviços de saúde, em termos de consolidação do que já estava em execução, sem que, contudo, qualquer menção ao monitoramento e à avaliação de processos e da qualidade fosse realizada (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993).

Novamente, o depoimento do Dr. Adib Domingos Jatene, então Ministro da Saúde, à época da IX Conferência Nacional de Saúde explicita e realça o momento político e as dificuldades para realização daquele evento e os impactos institucionais decorrentes das discussões, então, levadas a termo.

A 9ª Conferência, que fizemos realizar em 1992 quando ocupávamos o Ministério da Saúde e o clima político estava conturbado, indicou o caminho da descentralização, municipalização e participação social. A partir daí, as administrações que se seguiram no Ministério atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual e, tripartite, em nível federal, apontando para a conveniência de consórcios intermunicipais entre as muitas providências expressas na Norma Operacional Básica n. 93 (NOB 93), consolidadas na Norma Operacional Básica n. 96 (NOB 96). (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998)

A Municipalização da Saúde, movimento no qual Estados e Municípios passaram a receber orientação e recursos financeiros para a gestão das ações de saúde em sua respectiva esfera, estabeleceu novos centros de poder por meio de ações e políticas públicas direcionadas à realidade das comunidades as quais, certamente, são diferentes em função de fatores como localização geográfica, cultura, condições econômicas e financeiras, predisposição a endemias, surtos e epidemias ou quaisquer outros fatores impactantes sobre as condições sanitárias e de saúde (MENDES, 2007). Esse processo de deslocamento institucional do poder é um resultado direto da atuação dos atores dada a sua relevância e prevalências nas discussões empreendidas na IX Conferência Nacional de Saúde (1993).

Os municípios foram divididos, então, em dois grupos, sendo o primeiro formado por aqueles que têm as condições gerenciais, populacionais, políticas e socioeconômicas de gerirem a saúde de forma autônoma, em parceria com a União e o e que passaram a ser denominados de gestores plenos e o segundo constituído pelos municípios que recebem apoio financeiro, logístico, estrutural e decisorial em termos de objetivos e métodos de gestão do sistema local de saúde (BRASIL, 2006).

A análise realizada na X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 02 e 06 de setembro de 1996, revelou um ambiente político menos conturbado e maior aderência institucional do Ministério da Saúde às demandas elencadas na IX Conferência Nacional de Saúde, conforme se pode observar:

[...] as administrações que se seguiram no Ministério atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal, apontando para a conveniência de consórcios intermunicipais entre muitas providências expressas na Norma Operacional Básica n. 93 (NOB 93), consolidadas na Norma Operacional Básica n. 96 (NOB 96) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 10)

Em contrapartida, as condições de saúde e socioeconômicas permaneceram sob críticas "[...] a despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde em grave crise no Brasil. No centro deste processo do setor saúde, encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal [...]" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 10).

As principais discussões e deliberações oriundas daquele evento envolviam, a saber:

- A. saúde, cidadania e políticas públicas: 1) a luta pelo direito à saúde precisa estar atrelada à luta por um Estado que disponha dos recursos necessários para a sua adequada efetivação; 2) o SUS é um meio para a garantia da cidadania e da qualidade de vida; e 3) a saúde é um bem inalienável e, não, um produto a ser comercializado sob a ótica neoliberal;
- B. gestão e organização dos serviços de saúde baseada: 1) na continuidade e consolidação da descentralização administrativa e operacional do SUS; 2) no fortalecimento da participação e da gestão da saúde nos municípios (municipalização), por meio da maior atuação das comissões intergestores e dos conselhos; 3) na definição clara e objetiva das responsabilidades nos diferentes níveis de gestão; 4) na apropriação de estratégias e técnicas inovadoras de "[...] gestão democrática, participativa e sob controle social para a contínua modernização da prática gerencial das unidades e serviços de saúde e para o aperfeiçoamento do SUS"; 5) na maior autonomia aos serviços de saúde para planejamento, organização e execução de suas ações; 6) no estabelecimento de parcerias entre a iniciativa privada e a gestão pública, plenamente baseada, contudo, nos dispositivos legais e na manutenção e fortalecimento dos direitos sociais individuais e coletivos;
- C. controle social na saúde: a partir da definição, disseminação e garantia de aplicação de princípios claros de participação e controle social por meio dos conselhos de saúde e outras instâncias colegiadas;
- D. financiamento da saúde: 1) busca da adoção de limites mínimos de investimento em saúde e do estabelecimento de fontes estáveis e contínuas de recursos financeiros para o SUS, assim como de eficazes processos de monitoramento e controle dos gastos;
- E. recursos humanos para a saúde: 1) definição de uma carreira, cargos e salários

em saúde; 2) melhoria das condições e das relações de trabalho; 3) investimento na formação e qualificação dos profissionais da saúde;

F. atenção integral à saúde: 1) estabelecimento de conceitos, parâmetros e paradigmas para a efetivação da atenção integral à saúde; 2) as políticas e os programas de saúde, considerados essenciais para a consolidação desse eixo, incluíam a saúde do trabalhador, bucal, das pessoas portadores de deficiência e dos portadores de doenças crônicas, além das políticas de medicamentos, de sangue e derivados, de órtese e próteses, e os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), Amorim e Campos (2008), Mendes (2007) e Santos (2007), as dificuldades de gerenciamento da saúde pública no Brasil estão relacionadas à mudança do padrão epidemiológico nacional, em que, cada vez mais, as doenças e agravos têm se tornado crônicos, ao passo que o sistema nacional de atenção à saúde se encontra organizado e preparado para o enfrentamento das condições agudas. A saída para a resolução de tal crise é a inversão da lógica estrutural do sistema com priorização das ações de promoção da saúde (CONASS, 2007; MENDES, 2007; SANTOS, 2007) cuja principal estratégia é a estruturação do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo qual, equipes multidisciplinares, circunscritas a um determinado território conhecido, fixo e específico devem planejar, executar, monitorar, analisar e avaliar os resultados das ações de promoção de saúde naquele território (MENDES, 2007).

Note-se que, novamente, a discussão não se referiu ao desenvolvimento de um sistema de monitoramento e/ou avaliação das ações e serviços de saúde.

As ações de monitoramento e avaliação estão circunstanciadas a programas específicos, principalmente, daqueles referentes às transferências de recursos, vigilâncias epidemiológica e sanitária e atendimentos hospitalares. Isto permite o posicionamento das ações de monitoramento e avaliação ainda na fase da Inocência, conforme preconizado por DuBois, Champagne e Bilodeau (2011), tendo-se em vista a preocupação com a geração de dados de base estatística, mas ainda se percebendo uma desconexão com os processos de formulação e implementação das políticas públicas.

4.3 Da XI a XIV Conferências Nacionais de Saúde

A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 15 e 19 de dezembro de 2000, trouxe contundentes críticas à postura de alinhamento estatal e governamental a uma política considerada neoliberal e incoerente com as ações esperadas de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). As dificuldades dos municípios polos são consideradas fatores determinantes para uma tomada de postura no sentido de garantir maior descentralização e busca por uma organização de ações e serviços de saúde baseada na construção de redes e de consórcios e, não mais, na estrutura hierárquica, como costumeiramente ocorre.

Há um consenso de que o SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, sendo o único sistema com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização. Mas os avanços são dificultados pelo fato de que a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção – não é compatível com o atual modelo econômico. E, num contexto social em que a cultura política é marcada pelo autoritarismo, pelo clientelismo, pela exclusão, a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem as consequências da pobreza e da iniquidade social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 19).

De forma objetiva, os delegados afirmam que as dificuldades do sistema vigente decorrem da incapacidade do Estado de exercer efetivos monitoramento e avaliação das ações e serviços prestados pela iniciativa privada, destacando-se que os "[...] instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação do setor público não são adequados ao acompanhamento dos contratos do setor privado prestador de serviços, provocando desvios que se expressam em baixa efetividade em relação a estes objetivos" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 23). A baixa resolutividade do sistema de saúde também é apontada como uma das suas maiores vulnerabilidades, juntamente com o problema do atendimento das urgências e emergências, a lógica mercantilista da iniciativa privada vinculada ao SUS, a falta de acompanhamento e assessoria do Ministério da Saúde aos estados e municípios e falta de recursos humanos em quantidade suficiente, bem como devidamente qualificados, chegando-se, então, à falta de uma política ou de um processo suficientemente organizado e estruturado de avaliação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Por fim, praticamente inexistem processos de avaliação do desempenho do Sistema. Devido à ausência de instrumentos e ferramentas de avaliação de impacto das ações de saúde, inexistem avaliações de desempenho centradas nos resultados das políticas de saúde e dos serviços assistenciais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 29).

As principais propostas relacionadas à construção e/ou efetivação de sistema de avaliação de políticas públicas com vistas ao desenvolvimento de um efeito retroalimentador que culmine com a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde foram, a saber:

- A. "[...] a 11ª Conferência indica a necessidade de avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 68) a partir de instrumentos qualitativos como, por exemplo, consulta aos usuários extensiva aos gestores em todas as instâncias da gestão;
- B. o fortalecimento da atuação dos conselhos de saúde como instância também de avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde a partir do uso eficaz do Plano de Saúde do ente federativo;
- C. "[...] aprimorar as formas de controle, avaliação e auditoria dos serviços privados conveniados e contratados. Criar mecanismos de avaliação permanente dos contratos e convênios" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 94), inclusive havendo dispositivos de avaliação vinculados à população atendida;
- D. efetivação de ações de transparência junto à população a partir "da divulgação, por parte dos gestores, das informações dos níveis de saúde e sobre a oferta de ações, serviços, custos [...]" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 94);
- E. alteração dos modelos estrutural e assistencial do SUS, buscando a organização das ações e serviços de saúde a partir de visão regionalizada e descentralizada, deslocando-se dos municípios para os consórcios, buscando garantir maiores eficácia, eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- F. desenvolvimento e implantação de modelo de avaliação das ações da atenção básica ao nível do município;
- G. "implantar e investir nos mecanismos de controle, avaliação e auditoria em todos os níveis do SUS [...] criar mecanismos de avaliação do grau de satisfação do usuário" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 121-122).

A partir de meados da década de 2000, com a criação das redes integradas de gestão à saúde, os municípios passaram a organizar-se em consórcios de saúde, nos quais os municípios-centrais disponibilizam aos municípios-periféricos serviços especializados em saúde como exames, procedimentos de alto custo e cirurgias, bem como tratamentos de doenças infectocontagiosas, cânceres, transplantes e serviços de diálise (MENDES, 2007). A contrapartida financeira ocorre pelos meios legais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Com a busca por processos de monitoramento e avaliação que permitam compreender não apenas os mecanismos epidemiológicos e de produção, mas também as questões relacionadas à satisfação dos usuários (clientes) do Sistema Único de Saúde (SUS), a avaliação no âmbito do SUS chega, então, à fase da Expansão caracterizada pelo enfoque no valor da política pública e na melhoria dos processos de formulação e implementação a partir da aplicação dos resultados da avaliação (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde inicia-se retratando as disparidades e os paradoxos do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo, referência em determinadas áreas, mas com sérios comprometimentos em outras.

O Sistema Único de Saúde é uma conquista da sociedade brasileira. Ele é fruto da luta por um sistema de saúde que atenda toda a população, sem nenhum tipo de discriminação. Hoje, o SUS é a maior política de inclusão existente no País [...] No entanto, não é possível ignorar os seus paradoxos: de um lado, temos serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para AIDS; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso a serviços básicos, de urgência, de consultas. Não é possível esconder essa realidade, pois somente enfrentando esses problemas iremos garantir a qualidade dos serviços (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 13).

Adotando o padrão de discussão em eixos temáticos, a XII CNS estabeleceu-os em número de 10 e, para cada um foram construídas diretrizes que representassem os desejos e as necessidades dos delegados, os quais trouxeram das instâncias inferiores (conferências estaduais e municipais) as visões básicas para a realização do evento, discussão e proposição de melhorias no Sistema Único de Saúde.

Percebe-se que as propostas visavam à implantação de um modelo de monitoramento e avaliação que englobasse a intersetorialidade das ações de saúde, fator importante para a adoção e aplicação do conceito expandido de saúde (CNDSS, 2007), assim como garantisse que a avaliação ocorresse de forma integrada em todos os níveis institucionais de decisão e execução das ações e serviços de saúde. Destaca-se a proposta n. 46 pela qual seriam criados fóruns de acompanhamento das deliberações das conferências

nacionais de saúde, como forma de garantir o máximo aproveitamento das discussões ocorridas nestas arenas. No Eixo 10, Comunicação e Informação em Saúde, a disseminação e utilização dos dados armazenados nos sistemas de informação do SUS é compreendida como base para o processo de avaliação. (Uma compilação das principais propostas relacionadas à avaliação das políticas públicas, por eixo temático, é apresentada no quadro 9)

Quadro 9 - Propostas relacionadas à avaliação das políticas de saúde pública na XII CNS

Eixo Temático	Relacionadas à Avaliação
3-A Intersetorialidade das Ações de Saúde	<p>8-Realizar avaliações anuais de impacto das políticas públicas intersetoriais implementadas, aferindo a melhoria da situação social e do acesso, cobertura e equidade nos serviços públicos [...] com participação dos Conselhos de Saúde [...]</p> <p>9-Planejar e organizar serviços para garantir a saúde da população, considerando os contextos e as especificidades culturais dos locais onde residem e trabalham as pessoas, [...] promovendo o processo de planejamento, execução, avaliação do impacto e dos efeitos [das políticas públicas] sobre a qualidade de vida e de saúde da população a partir de uma agenda intersetorial de ação mais global</p> <p>21-Promover a articulação entre os serviços públicos de saúde, as instituições de pesquisa e a sociedade [...]de forma a possibilitar a realização de diagnósticos integrados, inovação de ações sobre a coletividade, processos de trabalho, e a avaliação de resultados das ações implementadas</p>
4-As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS	<p>9-Aprimorar e criar instrumentos legislativos e de gestão capazes de efetivar as responsabilidades comuns de planejamento, de coordenação e de avaliação do [SUS]</p> <p>13-Dinamizar a cooperação técnica entre as esferas de governo [...], visando à efetivação dos princípios, diretrizes e atribuições do SUS, conferindo prioridade para a estruturação da regulação, controle e avaliação, para o funcionamento do sistema nacional de auditoria e para a educação permanente</p> <p>17-Cumprir a Agenda Nacional de Saúde em articulação com todos os setores e organizações envolvidos, incluindo atividades de coordenação, repasse, monitoramento,avaliação e organização do calendário de ações de saúde</p> <p>38-Incrementar, aperfeiçoar e implementar [...] o processo de trabalho, o sistema, as ações e os serviços de planejamento, acompanhamento,controle, avaliação e auditoria do sistema de saúde [...]</p>
Eixo 5-A Organização da Atenção à Saúde	<p>37-Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde [...] por meio de articulação das vigilâncias [...] Valorizar esse sistema com investimentos em recursos humanos e equipamentos adequados, obedecendo aos princípios da integralidade das ações de saúde, da intersetorialidade e da descentralização,com acompanhamento e avaliação por meio de indicadores [...]</p> <p>100-Estabelecer um processo de avaliação periódica dos serviços de saúde prestados pelas unidades filantrópicas e unidades conveniadas com o SUS, visando à elevação da qualidade dos serviços prestados à população,com emissão de parecer sobre a continuidade do convênio e prestação de contas trimestral. Garantir a manutenção do funcionamento de conselhos gestores dessas unidades e exigir a apresentação trimestral de contas dos convênios nos Conselhos de Saúde</p>
Eixo 6-Controle Social e Gestão Participativa	<p>46-Promover a criação de fóruns de acompanhamento das deliberações das conferências de saúde:I. de avaliação do desempenho do SUS;II. de trabalhadores e profissionais do SUS;III. de discussão sobre a gestão do trabalho;IV. intersetorial de integração das políticas sociais;V. de discussão da assistência farmacêutica e de outras temáticas relevantes para o sucesso do SUS;VI. de serviços credenciados do SUS</p>
Eixo 7-O Trabalho na Saúde	<p>Implantar programas de avaliação de desempenho do trabalho em saúde,garantir a avaliação permanente dos trabalhadores do SUS [...]. Garantir, na forma de incentivo por</p>

	desempenho, gratificação composta pelo rateio da produção do SUS em partes iguais para todos os membros da equipe de saúde, independentemente da função
Eixo 10- Comunicação e Informação em Saúde	28-Promover e estimular, com os gestores, o uso analítico das informações dos sistemas de informação do SUS, para o planejamento e a avaliação das ações de saúde nas comunidades, bem como das demais informações e indicadores de saúde produzidos nos serviços, tendo como ênfase a avaliação e efetivação dos princípios do SUS, em detrimento da lógica de faturamento e pagamento, garantindo-se a capacitação dos técnicos e gestores, bem como a fiscalização pelos Conselhos de Saúde 58-Implementar, em cada unidade de saúde e hospitais, métodos de avaliação do índice de aprovação dos usuários quanto aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, tais como caixas de coleta de sugestões, críticas e opiniões, a serem recolhidas e sistematizadas por uma comissão ou equipe e avaliadas pelo gestor e pelo respectivo conselho

Fonte - Conferência Nacional de Saúde (2004)

A implementação das principais propostas elencadas na XII Conferência Nacional de Saúde deu-se sob a forma da institucionalização do Pacto pela Saúde 2006. O Pacto pela Saúde 2006 constitui-se de um conjunto de pactos, os quais, em três vertentes, estabelecia o planejamento estratégico, tático e operacional do Sistema Único de Saúde, a saber: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (Anexo III do Regulamento do SUS).

O Pacto pela Vida estabelece as prioridades em termos de políticas de saúde pública (cujas diretrizes e ações estratégicas, constituídas sob a forma de metas, encontram-se destacadas), envolvendo:

- A. a implantação da Política Nacional da Pessoa Idosa, sendo que as diretrizes apresentadas e ações estratégicas estabelecidas não contemplavam metas de qualquer natureza;
- B. a política de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e de mama, em que se previa a cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer de colo de útero, em 2006; ampliação da cobertura de mamografia para 60% dos casos e realização da punção em 100% dos casos necessários;
- C. a redução da mortalidade materna, infantil neonatal e infantil por doença diarreica e por pneumonias, cujas metas envolviam a redução da mortalidade infantil em 5%, em 2006; redução de 50% dos óbitos por doença diarreica e em 20% por pneumonia; criação de comitês de vigilância epidemiológica em 80% dos municípios com população superior a 80.000 habitantes; redução em 5% da mortalidade materna;
- D. melhoria dos indicadores de capacidade de resposta às doenças infecto-contagiosas, emergentes e endêmicas, com foco na Dengue, na Hanseníase, na

Tuberculose, na Malária e na gripe Influenza, sendo que a meta era reduzir em 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários; atingir o patamar de 1 caso de Hanseníase (em cada 10.000 habitantes) nos municípios prioritários; atingir, no mínimo, 85% de cura dos casos de Tuberculose Bacilífera diagnosticados a cada ano; reduzir em 15% a incidência parasitária da malária na Amazônia Legal;

- E. consolidação das ações de promoção à saúde, com vistas à melhorias da condições gerais de saúde, adoção de hábitos saudáveis de vida, combate ao tabagismo e redução do sedentarismo, em que não foram estabelecidas metas para as diretrizes e ações estratégicas;
- F. consolidação da atenção básica à saúde, para a qual também não foram estabelecidas metas para as diretrizes e ações estratégicas.

Há que se ressaltar a característica basicamente epidemiológica (UENO; NATAL, 2008) dos indicadores escolhidos, o que permite, em última instância identificar os perfis, mas não os motivos pelos quais decisões são tomadas e resultados são obtidos (PATTON, 1980, 1982).

A Escolha no Pacto pela Saúde 2006, assim como em suas atualizações, pela utilização de indicadores visa a utilização dos resultados no processo de avaliação (ALKIN; COYLE, 1988), como também na reformulação e reimplementação das ações e serviços de saúde, buscando maximizar seu uso (ALKIN; TAUT, 2003). O processo de Escolha do método a ser utilizado na avaliação (PATTON, 1980, 1982), neste caso, baseado em indicadores quantitativos, tem como finalidade da própria avaliação torná-la mais ágil, tendo-se em vista a disponibilidade dos dados em sistemas de informações mantidos pelo próprio Ministério da Saúde. Há que se ressaltar também a utilização de indicadores basicamente quantitativos de natureza epidemiológica (GOTLIEB; LAURENTI; JORGE, 2008; REISMAN, 2007; SMITH *et al.*, 2005; UENO; NATAL, 2008).

O Pacto em Defesa do SUS busca consolidar, nas três esferas de governo, a importância do Sistema Único de Saúde, por meio da discussão política e do engajamento da sociedade organizada enquanto signatária do próprio SUS, no bojo da qual foi originalmente discutido. Esse pacto fundamenta-se na implementação de projeto permanente de mobilização social acerca da importância do SUS, da necessidade de resolução de suas questões relacionadas ao financiamento e a disseminação dos direitos dos usuários.

Por fim, o Pacto de Gestão do SUS busca maximizar os indicadores de eficácia, eficiência e efetividade, a partir de uma clara definição de responsabilidades, áreas, formas e meios de atuação, dadas as especificidades das conjunturas socioeconômica, política e epidemiológica do Brasil. Assim, torna-se necessário: a) definir de forma específica o escopo de atuação e o nível de responsabilidades dos entes federados; b) estabelecer diretrizes para a formulação, implementação e avaliação de resultados das ações e dos serviços de saúde. No que se refere à atenção à saúde da população, coube aos municípios a responsabilidade pela integralidade na efetivação das ações e gestão dos serviços de saúde, auxiliados pelos Estados e pela União, nas proporções, formas e modos previstos na legislação vigente. A regionalização é um dos principais tópicos do Pacto para a Gestão do SUS, sendo definidas as premissas, os conceitos, os objetivos, as estruturas, as etapas e os processos (inclusive para fins deliberativos e executivos), além da conformação dos órgãos colegiados responsáveis pela sua efetivação.

Ainda, nesse contexto, abordam-se questões relacionadas ao financiamento, seus processos, limites e impactos junto ao Sistema Único de Saúde, sendo necessário lembrar que, até aquele momento, o Projeto de Emenda Constitucional n. 29 ainda não havia sido votado, o que oportunamente ocorreu tendo essa parte específica do Pacto de Gestão do SUS sofrido diversas alterações e adaptações.

A pactuação entre os diversos entes federativos em um contexto multinível de planejamento a médio prazo das ações e serviços de saúde permite caracterizar, neste momento, o estabelecimento de uma política de avaliação. Neste caso, pelas características do sistema de monitoramento e construção proposto pode-se enquadrar o momento da avaliação no âmbito do SUS como o de Profissionalização e Institucionalização da Avaliação (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A apresentação do Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde destaca que

[...] essa 13ª Conferência Nacional de Saúde elevou as discussões e deliberações da Conferência a um patamar superior, qualificado, maduro e muito mais complexo que em momentos pretéritos. Conseguiu-se polarizar, ao mesmo tempo, grupos antagônicos em suas demandas, credos, cores e orientações tão diversas por bem comum e precioso: O Sistema Único de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008, p.7)

Apesar de toda a celebração pela data histórica de 20 anos de criação do Sistema Único de Saúde, os debatedores mantiveram-se críticos às condições socioeconômicas, estruturais e conjunturais do SUS e dos desafios a serem enfrentados para sua consolidação

(CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Prestes a completar o 20º aniversário, o SUS é a maior conquista de uma Conferência de Saúde e fruto das lutas populares de redemocratização do país no início da década de 1980, do século passado, que culminaram, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi Saúde e Democracia [...] Apesar de sua caminhada vitoriosa rumo aos 20 anos de existência, o SUS apresenta desafios, vinculados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, à ampliação do aporte de recursos financeiros e à utilização dos mesmos de maneira eficiente, entre outros (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008, p. 7-8).

O resultado da XIII Conferência Nacional de Saúde foi estruturado em eixos temáticos para os quais foram apresentadas as principais contribuições sob a forma de proposições e posicionamentos representativos do evento e do consenso formatado a partir da participação dos milhares de debatedores envolvidos. Dentre as manifestações dos diversos atores, destaca-se a preocupação com a crescente complexidade institucional do Sistema Único de Saúde, o qual já contava com uma regulamentação bastante extensa (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Os eixos temáticos e as principais propostas relacionadas à avaliação das políticas de saúde pública e de seus impactos na XIII Conferência Nacional de Saúde estão mostrados no quadro 10.

Quadro 10 - Propostas relacionadas à avaliação das políticas de saúde pública na XIII CNS

Eixo Temático	Relacionadas à Avaliação
I-Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento	49- Aperfeiçoar o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Monitoramento dos indicadores de saúde, com investimento para a qualificação dos serviços de epidemiologia e vigilância em saúde; aprimoramento do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); revitalização dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil; otimização do acesso aos indicadores de saúde atualizados para toda a sociedade; publicação sistemática de boletins epidemiológicos e notas técnicas; realização de inquéritos populacionais sobre condições socioeconômicas, acesso, cobertura, utilização de serviços e autopercepção do <i>status</i> de saúde; utilização das informações sobre a situação de saúde e os critérios epidemiológicos para elaborar e avaliar políticas que considerem a diversidade racial, étnica, cultural e geográfica, planejar, repassar financiamento e executar ações de saúde pautadas em necessidades de saúde; intercâmbios entre instituições de ensino e pesquisa com instituições de saúde nas esferas estaduais e municipais para a realização de pesquisas, estudos epidemiológicos e estágios de extensão conjuntos, viabilizando o mapeamento das necessidades loco-regionais para alocar demais profissionais de saúde nas equipes básicas da Estratégia Saúde da Família 166-Que o Ministério da Saúde articule junto à Secretaria de Ciência e Tecnologia e às Fundações de Amparo a Pesquisas, recursos para apoiar a realização de pesquisas sobre desafios estratégicos do SUS, o desenvolvimento de novas tecnologias sociais para a qualidade de vida e a interface entre a prestação de serviços e as instituições de ensino, com a participação efetiva das secretarias de saúde no planejamento, na execução e na avaliação dos serviços
II-Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de	52-Criar instrumentos de avaliação, técnica e qualitativa, que incorporem a avaliação dos usuários e realizar a avaliação dos serviços de saúde pública, dos

<p>Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde</p>	<p>serviços privados e filantrópicos credenciados, contratualizados pelo SUS, descredenciando os que discriminarem os usuários e desrespeitarem as normas do direito público e os padrões de qualidade preconizados nas legislações pertinentes</p> <p>58-Assegurar e investir nos Sistemas de Informação Integral para o SUS em todos os municípios, atendendo, inclusive, a população flutuante, como mecanismo de controle de regulação das ações, por meio de implantação e implementação do cartão SUS e do prontuário eletrônico, bem como da integração dos bancos de dados já existentes (SIM, Sinasc, Sinan, SIA, SIH, SIAB, Sismasus e outros), estabelecendo padrões para representação e compartilhamento de dados em saúde, com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade, garantindo a melhoria dos registros, dos bancos de dados e da geração de informação objetivando o planejamento real e de qualidade das ações de saúde, a otimização dos recursos e a avaliação dos impactos das ações</p> <p>63-Instituir no âmbito do Ministério da Saúde e das secretarias municipais de saúde o processo de avaliação dos modelos de atenção à saúde, incluindo as ações de prevenção, promoção e agravos relativos ao consumo de bens e serviços e as interações com o ambiente de trabalho e de vida na atenção básica e da estratégia de saúde da família, divulgando amplamente os resultados, qualificando e aperfeiçoando os modelos de acordo com as necessidades e especificidades de cada loco-região</p> <p>77-Capacitar os técnicos do SUS, os gestores, os formuladores de políticas no processamento, no acesso e na análise dos dados de interesse da saúde e no uso da informação para a tomada de decisão, visando ao desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde no Brasil para a construção de instrumentos e indicadores da avaliação da efetividade dessas estratégias</p> <p>138-Que a União, estados e municípios fomentem maior repasse aos PSFs, à saúde na atenção básica e às unidades de saúde rurais e que o Governo Federal aumente o valor <i>per capita</i> do piso da Atenção Básica aos municípios, garantindo que a implantação do PSF não venha substituir as equipes de saúde da atenção básica não vinculadas ao programa, bem como institucionalizar e socializar a Avaliação da Melhoria da Qualidade(AMQ) da Atenção Básica</p>
<p>Eixo 3-A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde</p>	<p>17-Que o Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais convoquem periodicamente as conferências, preferencialmente no primeiro ano dos mandatos de governo, para que suas deliberações se constituam diretrizes para as políticas de saúde,utilizando metodologias que possibilitem ampla participação, incluindo em sua programação a avaliação da implementação das propostas deliberadas em conferências anteriores e mobilizando todos os meios de comunicação para a divulgação de sua realização para toda a população</p> <p>20-O Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais,em parceria com os entes federados em suas respectivas esferas,devem criar uma comissão permanente composta por delegados e conselheiros de saúde para monitorar a implementação das propostas deliberadas pelas conferências gerais e temáticas, realizando plenárias permanentes de avaliação com ampla participação popular e divulgação das informações pelos vários meios de comunicação</p> <p>58-Que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, incluindo ouvidorias populares, implantando sistema de avaliação pelo usuário do atendimento em todos os serviços públicos de saúde e rede conveniada, com apresentação sistemática de relatórios periódicos aos conselhos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas, tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde</p>

Fonte - Conferência Nacional de Saúde 2008.

Com o intuito de normalizar e consolidar toda a miríade de atos normativos, o Ministério da Saúde publicou a portaria n. 2.048, de 3 de setembro de 2009, a qual regulamentou diversos dispositivos da Lei n. 8.080/1990, tendo-se autodenominado Regulamento do Sistema Único de Saúde cujos objetivos básicos buscam propiciar (art. 1º do Anexo Regulamento do Sistema Único de Saúde da portaria 2.048/2009),

[...] a sistematização e consolidação dos atos normativos expedidos no âmbito do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas que regulamentam o funcionamento, a organização e a operacionalização do Sistema, dispondo sobre políticas e programas nacionais, diretrizes e estratégias que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

No que se refere à organização, gestão e administração em saúde, o regulamento do SUS estabeleceu o processo de descentralização da gestão, buscou melhorar a responsabilização dos municípios, ao passo que, de forma simultânea, propiciava diferentes mecanismos de autonomia aos mesmos, reforçou também as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, em suas três instâncias (Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão), estabeleceu também novas responsabilidades, fluxos e formas de atuação dos Conselhos de Saúde e das Comissões Bipartite e Tripartite, tendo, ainda, estabelecido o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde cujos objetivos são:

[...] I - pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a ser adotados nas três esferas de gestão; II - formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; III - implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores; IV - desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências; V - apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo aos gestores informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento; VI - promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Considerando a importância dos processos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, o artigo 27 do Regulamento do SUS, expressa que "[...] o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas esferas de gestão do SUS",

quais sejam, o Plano de Saúde e seu desdobramento sob a forma de Programação Anual em Saúde e somando-se a estes, o Relatório de Gestão.

Para fins deste trabalho, os tópicos do Regulamento do Sistema Único de Saúde mais relevantes são, a saber: a) a *Norma Operacional Básica n. 1/2002*, no trecho em que define os objetivos primários do SUS, em específico, o quinto objetivo específico relacionado ao fortalecimento da capacidade de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde a partir: 1) da elaboração e disseminação de processos que propiciem a programação das assistência em suas ações e serviços de saúde; 2) da compreensão e pactuação em cada nível de governo de suas responsabilidades individuais e compartilhadas a fim de garantir o acesso da população referenciada às ações e serviços de saúde; 3) do estabelecimento e da operacionalização de processos eficazes e eficiências de controle, regulação e avaliação da assistência; 4) da gestão dos diversos níveis e categorias de recursos segundo a sua complexidade intrínseca; b) os processos, normas e orientações para controle, regulação e avaliação no âmbito do SUS: dadas as especificidades e dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde em termos de financiamento, eficácia, eficiência e efetividade das ações e serviços de saúde e os objetivos de fortalecimento e consolidação no SUS, foi proposto um sistema de controle, regulação e avaliação, inclusive, como forma de garantir o cumprimento dos dispositivos legais que estruturam, organizam e orientam o gerenciamento do SUS; c) o Pacto pela Saúde 2006 e suas diretrizes operacionais.

O sistema de planejamento no SUS foi definido com base em diretrizes que buscavam garantir a ação "articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão" de forma que "[...] cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS". Os principais objetivos²³ do sistema de planejamento do SUS, definidos naquele documento, com destaque para aqueles que se relacionam diretamente às atividades de monitoramento e avaliação, então, referiam-se a:

[...] formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; [...] promover a

²³ Os objetivos de planejamento do SUS compreendem ainda: pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco de instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão; promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS; implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores; desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências; promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS; e promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.

institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS; [...] apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento; [...] promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos; [...] monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Destacam-se, ainda, como instrumentos para consecução dos objetivos dos SUS e cumprimento do seu planejamento, as ações no sentido de garantir o melhor aproveitamento dos recursos, por meio da pactuação de procedimentos entre as três instâncias de gestão, a participação e o controle social, os quais devem ser incentivados, e as condições necessárias para suas implementações visam a atender os dispositivos constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde, os processos para o planejamento e gestão do trabalho no âmbito do SUS e de educação na Saúde, bem como a definição do escopo das ações de vigilância em todas as suas formas e em todos os níveis de gestão. Ainda, Municípios, Estados, Distrito Federal e União estabelecem suas responsabilidades gerais em termos da gestão do SUS, da responsabilidade pela gestão do trabalho no SUS, da Educação na Saúde, da participação e controle social, da regionalização, do planejamento e da programação das ações e dos serviços de saúde, da regulação, do controle, da avaliação e da auditoria.

Embora a execução das ações e dos programas de saúde tenha sua responsabilidade transferida para os Municípios, o processo de monitoramento e avaliação não o é, conforme se pode visualizar no quadro 11 que destaca as responsabilidades da União, dos Estados e dos Municípios em relação, especificamente, ao monitoramento e à avaliação das ações e dos serviços de saúde, desdobramentos das políticas de saúde pública, que, oportunamente, tornaram-se base para a definição do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Percebe-se que o Governo Federal e os Estados mantêm a autonomia para desenvolver e implantar os métodos, as ferramentas e os instrumentos de monitoramento e as atividades de avaliação como prerrogativas, restando aos Municípios apenas, em caráter, complementar e, quando necessário e solicitado, a participação nos processos de avaliação das ações e dos serviços de saúde. Faz-se necessário observar que é no âmbito do município, em seu território e na constituição de seu território, que as políticas de saúde pública se constroem (MENDES, 2007) o que, então, termina por ser contraditório a avaliação não ser considerada nesse nível de decisão e de ação.

Quadro 11 - Responsabilidades em relação ao monitoramento e à avaliação

União	Estados	Municípios
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde • Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal • Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde • Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais • Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde; • Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde • Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados • Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde • Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais; • Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade • Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual • Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde • Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial • Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais • Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade (quando pactuado e/ou a complexidade da rede serviços assim o exigir)

Fonte - Elaborado pelo autor da tese.

O modelo proposto para estruturação de processos de controle, regulação e avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme disposto no Anexo XXVII da Portaria n. 2.048/2009, destacam-se os seguintes objetivos ao se propor avaliar: a) a estrutura,

os processos de organização e o modelo de gestão do SUS; b) a qualidade e a forma de relacionamento com os prestadores de serviços sejam de natureza privada ou pública; c) o nível de eficácia das ações e dos serviços de saúde mensurados a partir de um conjunto de critérios que permitam inferir o nível da qualidade da assistência, assim como a satisfação dos usuários; d) o nível de efetividade entendida como os impactos das ações sobre a saúde da população; aqueles anteriormente realizados como a avaliação: a) de faturas de serviços prestados pela iniciativa privada, assim como por outros órgãos públicos conveniados; b) da eficiência, sob a forma de mensuração da produção dos procedimentos e da produtividade dos profissionais e das equipes envolvidos, tanto nas atividades de gestão, quanto nas de assistência; c) dos resultados de ações pontuais de vigilância sanitária, epidemiológica, alimentar e nutricional.

No que se refere ao controle assistencial, as ações envolvem: a) o cadastramento e gerenciamento dos usuários com vistas a subsidiar os processos de programação e efetivação da assistência à saúde; b) a compra de serviços de saúde junto à rede privada, quando e se necessário, e levando-se em consideração toda a legislação pertinente; c) o gerenciamento dos fluxos de internações e procedimentos de alta complexidade; d) o desenvolvimento de mecanismos e sistemas que propiciem a regularidade dos pagamentos a serem efetuados aos prestadores de serviços; e) a aplicação das portarias, resoluções e normas técnicas do SUS a todos os envolvidos, direta ou indiretamente, nas ações e serviços de saúde; f) o acompanhamento das ações de programação, produção e faturamento dos procedimentos técnicos.

Em se tratando das ações de regulação, note-se que apresentam o objetivo geral de "[...] promover a equidade do acesso dos cidadãos aos serviços, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional [...]", sendo, para isso, necessário que ocorram previamente: a) o levantamento das necessidades da população levando-se em consideração aspectos sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos, além das análises quantitativa e qualitativa dos recursos disponíveis para sua efetivação; b) estabelecimento de estratégias que contemplem a regionalização enquanto base para a organização das ações e estruturação dos serviços de saúde; c) a estruturação de mecanismos e sistemas que possibilitem apoiar os processos de planejamento, programação e quaisquer outros instrumentos de controle e avaliação. Em termos de objetivos específicos, a regulação deve visar: a) à Escolha da melhor alternativa assistencial às necessidades e demandas dos usuários dos serviços de saúde; b) à maximização da eficiência na utilização dos recursos utilizados

nas ações e serviços de saúde; c) ao apoio à gestão do SUS, sob a forma de processos de controle e de avaliação; d) fornecer subsídios para a efetivação dos processos relativos à Programação Pactuada e Integrada (PPI). As ações de regulação buscam estabelecer os processos e métodos necessários ao desenvolvimento da avaliação da produção (FARAND, 2011), assim como avaliação econômica (BROUSSELLE; LACHAINE; CONTANDRIOPOULOS, 2011).

A avaliação, entendida, como um conjunto de mecanismos, sistemas e processos que possibilitam mensurar a eficácia, a eficiência e a efetividade das ações e dos serviços de saúde torna-se parte importante e integrada da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a avaliação visa à análise dos efeitos (CHAMPAGNE *et al.* 2011a).

São consideradas ações de avaliação, a saber: a) avaliação da eficiência como medida da relação entre o planejamento, a programação, a execução e os pagamentos dos procedimentos efetivados pelos participantes, privados ou públicos, do SUS; b) avaliação da qualidade das ações e da satisfação dos usuários, sendo que, nesse caso, "[...] deve-se buscar a implementação de indicadores objetivos, baseados em critérios técnicos, mas incluir a avaliação dos usuários quanto à acessibilidade, à resolubilidade e à qualidade dos serviços"; c) avaliação da eficácia e da efetividade a partir do cumprimento dos objetivos e impactos sobre o perfil epidemiológico da população, sendo que "[...] deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em razão dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde", conforme o Anexo XXVII da Portaria n. 2.048/2009.

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. No entanto, a avaliação é uma das atividades menos praticadas. Vários fatores têm contribuído para isso, não só a falta de recursos financeiros para essas ações, mas também as dificuldades metodológicas, a insuficiência e a capacitação de recursos humanos para as atividades e, por vezes, a ausência de vontade política dos dirigentes na abordagem deste problema (ANEXO XXVII DA PORTARIA n. 2.048/2009).

A atualização do Pacto pela Saúde 2006 ocorreu por meio da Portaria n. 2.669, de 3 de novembro de 2009, ocorrendo significativa expansão do rol de prioridades, então, para o biênio 2010-2011, cujo conjunto passou a integrar, a saber: a) atenção à saúde do idoso; b) controle do câncer de colo de útero e de mama; c) redução da mortalidade infantil e materna; d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; e) promoção da saúde; f) fortalecimento da atenção básica; g) saúde do trabalhador; h) saúde mental; i)

fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; j) atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e k) saúde do homem.

O contexto das prioridades, das metas, dos objetivos e das diretrizes do Pacto foi estabelecido como a base para os processos de formulação, implementação e avaliação de ações e serviços de saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, resguardadas as especificidades de cada estado da federação, assim como de cada município do País. Entretanto, a vinculação do planejamento é tida como base para o funcionamento do sistema, conforme os artigo 3º *caput* em que se lê "[...] as metas nacionais para o biênio 2010-2011 [...] servirão de referência para a definição das metas estaduais, do Distrito Federal (DF) e dos Municípios", o que se reforça nos §§1º e 2º, respectivamente, ao se afirmar que "[...] as metas estaduais e do DF deverão manter coerência com as metas nacionais, observadas as especificidades regionais e respeitadas as tendências estabelecidas nas metas Brasil e as metas municipais devem manter coerência com as metas estaduais, observadas as especificidades locais e respeitadas as tendências estabelecidas nas metas Brasil". O estabelecimento das metas a serem cumpridas, contudo, é de responsabilidade dos municípios as quais seriam posteriormente homologadas pela Secretaria de Estado da Saúde.

Nessa versão do Pacto pela Saúde, as prioridades desdobraram-se em objetivos, em quantidade diversa e suficiente para cumprimento da respectiva prioridade. Para os anos em estudo, 2010 e 2011, também foram estabelecidas as metas, quando os objetivos não se constituíam *per se* metas. O indicador a ser monitorado, sua fonte de dados e método de cálculo também foram devidamente apresentados, buscando, dessa forma, uma objetivação dos processos de monitoramento, controle e avaliação. Tendo-se em vista que as prioridades, os objetivos e as metas 2011 constituem parcialmente a base para a definição dos indicadores de referência do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), uma versão simplificada da pactuação de prioridades e metas para 2011 (ao título de exemplo) do Pacto pela Saúde, nas dimensões pela ida e pela estão, para o biênio 2010-2011 é apresentada no quadro 12.

Quadro 12 - Prioridades, objetivos e Meta-Brasil 2011

Prioridade	Meta-Brasil 2011
1. Atenção à saúde do idoso	Redução em 2% da Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur
2. Controle do câncer de colo de útero e de mama	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano $\geq 0,23$
	100% de seguimento e/ou tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau no colo do útero
	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano $\geq 0,16$
3. Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir a mortalidade infantil em 2,4%
	Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%
	Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%
	Investigar no mínimo 60% de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos
	Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes ...	Taxa de letalidade das formas graves de dengue $\leq 2\%$
	Cura de no mínimo 90% dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
	Cura de no mínimo 85% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados nos anos das coortes
	Índice parasitário anual de malária $\leq 12,3$ por mil habitantes
	Coleta de no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus influenza em relação ao preconizado
	Confirmação por sorologia de no mínimo 93% dos casos de hepatite B
	Taxas de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade $\leq 3,0$
5. Promoção da Saúde	15,3% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre
	Taxa de prevalência do tabagismo $\leq 15,5\%$ ao ano
6. Fortalecimento da atenção básica	Cobertura de no mínimo 57% da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família
	Mínimo de 65,28% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
	Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações $\leq 5,7$ por 10.000 habitantes
	Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) $\leq 4,7$ por 10.000 habitantes
	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade $\leq 4,0\%$.
	Percentual de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família $\geq 73\%$
	Cobertura estimada de no mínimo 40% da população pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família
	Média de 3% de ação coletiva de escovação dental supervisionada
7. Saúde do trabalhador	Aumento de 30% em relação ao número de notificações em 2008
8. Saúde mental	Taxa de cobertura nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) $\geq 0,66$ por 100.000 habitantes (corresponde a 86 novos CAPS)
9. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência	Habilitação de pelo menos 15 serviços de reabilitação visual nas unidades federativas
10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência	80% de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados
	30% de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas
11. Saúde do homem	Ampliar em 10% o número de prostatectomia suprapúbica, em relação ao ano anterior

Fonte – Elaborado pelo autor da tese.

No que se refere ao Pacto de Gestão para o biênio 2010-2011, em suas diretrizes, não há menção específica às atividades de monitoramento, controle e avaliação sob a forma de metas claras a serem acompanhadas e/ou cumpridas.

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, define, no inciso I do artigo 2º, Região de Saúde como

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (inciso I, do artigo 2º do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011)

As regiões de saúde são o resultado da pactuação entre os municípios e os estados e devem ofertar, no mínimo, as ações e os serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

No que se refere ao processo de planejamento em saúde, ainda no âmbito desse dispositivo jurídico, serão realizadas de forma "[...] ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas públicas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros", sendo obrigatório para todos os entes públicos e utilizado como base e direcionador para a gestão das ações e serviços de natureza privada, buscando a uniformização de procedimentos e a integração de esforços e de recursos. Um dos principais instrumentos do planejamento é o de que, dentre outras finalidades, visa a apresentar e detalhar as ações e os serviços de saúde, públicos e privados, disponibilizados à população (artigos 15 a 19 do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011).

A articulação dos esforços, tanto da rede pública em todos os seus níveis institucionais, em termos de formulação, implementação e avaliação, quanto na efetivação das ações e serviços de saúde passa a ocorrer por meio da rede interfederativa cujos principais pontos de discussão são as comissões intergestores, destacando-se a atuação: a) da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, vinculada ao Ministério da Saúde; b) da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde; c) Comissão Intergestores Regional (CIR).

No que se refere à efetiva pactuação entre as diferentes instâncias de gestão, esta ocorre a partir da celebração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definido como "[...] o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização

interfederativa da atenção à saúde" (artigo 33) cujo objeto "[...] é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários" (artigos 33 e 34 do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011). O COAP, então, manifesta-se sob a forma de acordo em que os participantes estabelecem suas responsabilidades, nível de comprometimento, metas e indicadores, assim como os critérios de avaliação, os meios e as formas de contribuição para a realização das ações e serviços de saúde, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Em se tratando especificamente do monitoramento e da avaliação das ações e serviços de saúde no âmbito do COAP, destaca-se a atuação do Ministério da Saúde no sentido de definir "[...] indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde" (§1º, artigo 35, do n. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011), sendo que "[...] o desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação de desempenho da prestação das ações e serviços definidos" no COAP.

O artigo 36 do Decreto n. 7.508 elenca os requisitos mínimos²⁴ para a constituição do COAP, com destaque para os itens: "[...] IV - indicadores e metas de saúde; V - estratégias para melhoria das ações e serviços de saúde; VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente".

As normas gerais, assim como a definição dos fluxos operacionais da COAP, foram definidas na Resolução n. 3, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 30 de janeiro de 2012, em que se apresentam a estrutura formal do documento e, em especial, a Parte IV - Das responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do COAP e autoria, e seus conteúdos, com foco nos incisos VIII (das diretrizes do planejamento integrado da saúde e da programação geral das ações e serviços de saúde), XII (das medidas de aperfeiçoamento do SUS) e XIII (das diretrizes gerais sobre monitoramento, avaliação de desempenho do contrato e auditoria).

²⁴ A lista de requisitos inclui ainda: I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais; II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito regional e inter-regional; III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e serviços de saúde de cada ente federativo da Região de Saúde; VII - adequação das ações e serviços de saúde dos entes federados em relação às atualizações realizadas na [Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde] RENASES; VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

O artigo 11 do COAP²⁵ trata especificamente do IDSUS ao estabelecê-lo: "[...] o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) estará disposto nos objetivos e metas do COAP e será componente prioritário do monitoramento e avaliação de desempenho [...]".

A transição entre a estrutura do Sistema Único de Gestão baseada nos Pactos pela Saúde e o COAP foi definida na Resolução n. 4, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 19 de julho de 2012. De início, as prerrogativas, anteriormente válidas referentes à adesão (ou não) dos municípios ao Pacto pela Vida, foram canceladas e "[...] passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas" no Anexo I, que define as responsabilidades gerais da gestão do SUS.

Os processos para discussão e homologação das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores no nível estadual em relação ao nível federal e do nível municipal em relação ao nível estadual são descritos, e a portaria apresenta ainda o SisPacto, sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde para registro e validação pelas Secretarias de Estado da Saúde das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores, o qual permitirá o acompanhamento da execução pelas comissões intergestores por meio da geração de dados e informações e disponibilização de relatórios. São definidas três categorias de indicadores, quais sejam: a) universais, que devem ser observados por todas as Regiões de Saúde; b) específicos, referentes apenas às regiões de Saúde com necessidades específicas; c) complementares, de pactuação facultativa e cujo estabelecimento ocorre por meio de sua indicação e defesa no plano de saúde do ente federativo.

As responsabilidades na avaliação nos níveis municipal, estadual e federal são apresentadas no quadro 13.

²⁵ O COAP define, em seus artigos 10, 12 e 13, outros aspectos relacionados às responsabilidades pelo monitoramento, avaliação e auditoria, a saber: "[...] art. 10 - A Parte IV do COAP terá padrão nacional e conterà as responsabilidades pelo acompanhamento e execução do COAP, o monitoramento, a avaliação de desempenho e a auditoria [...]; art. 12 - Cabe ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), em cada esfera de governo, no exercício de suas funções de controle interno do SUS, fiscalizar a execução do COAP [...] art. 13 - A avaliação da execução do COAP será realizada por meio de relatório de gestão anual, elaborado pelos entes federativos signatários, conforme o inciso IV do art. 4º da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com seção específica relativa aos compromissos contratuais, conforme previsto no §1º do art. 40 do Decreto n. 7.508, de 2011.

Quadro 13 - Responsabilidades na avaliação pelos entes da gestão

Nível de Gestão	Responsabilidades na Avaliação
Municipal	[...] c. monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais [...] p. implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.
Estadual	[...] d. monitorar o cumprimento pelos Municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria e da participação da programação da saúde pactuada nas comissões intergestores [...] w. monitorar e avaliar o funcionamento dos consórcios intermunicipais de Saúde [...] x. monitorar e avaliar o desempenho das redes estaduais [...] y. implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade [...] z. monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual [...] cc. avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais, conforme regulamentação do SNA
Federal	[...] o. acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal [...] p. monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos Municípios, Distrito Federal, Estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde [...] r. avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais [...] t. avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais

Fonte – Elaborado pelo autor da tese.

Neste contexto, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) representa a busca pela consolidação da política de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde e a ampliação da participação dos envolvidos nos processos de discussão, formulação e implementação da avaliação, posicionando a avaliação de forma ainda incipiente na fase das Dúvidas, caracterizada pela adoção de nova perspectiva e conceito de avaliação com foco no objeto e não mais nos métodos utilizados para a sua efetivação (DuBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Durante o período de preparação para a 14ª Conferência Nacional de Saúde, foram realizada 4.374 conferências (municipais e estaduais), com a cobertura de 78% da população brasileira; "[...] somente com base neste aspecto, a 14ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um marco na história das lutas pela saúde pública no país" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p. 10).

Analisando-se todas as propostas (343 no total divididas em 15 eixos/diretrizes) apresentadas no âmbito dessa conferência, ocorrida entre 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011, percebe-se a quase total ausência²⁶ de proposição de ações com vistas ao

²⁶ Os eixos 1-Em defesa do SUS: pelo direito à saúde e à seguridade social, com 34 propostas; 6-Por uma

monitoramento e à avaliação, conforme se pode observar no quadro 14.

Quadro 14 - Propostas relacionadas à avaliação das políticas de saúde pública na XIV CNS

Diretrizes	Relacionadas à Avaliação
2-Gestão participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS. (Propostas: 42)	11-Efetivar o controle social no SUS que envolve as conferências, conselhos de saúde de todas as esferas, com retaguarda de entidades profissionais e sindicais, fóruns e redes, movimentos sociais, criando-se mecanismos que possibilitem o monitoramento, controle e avaliação da gestão pública, divulgando permanentemente, em todas as mídias, políticas, programas, direitos dos usuários e ações desenvolvidas no SUS 32-Garantir a participação de representantes no controle social na avaliação de serviços hospitalares e clínicas psiquiátricas conveniadas, assim como garantir a proteção dos defensores dos direitos humanos
3-Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS (Propostas: 27)	22-Instituir o orçamento participativo na saúde, garantindo fóruns para avaliação, discussão e divulgação dos custos da Saúde Pública, de forma a ampliar a transparência
4-O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir a gestão unificada e coerente do SUS como base na construção de redes integrais e regionais de saúde. (Propostas: 9)	8-Estruturar o Sistema Nacional de Auditoria do SUS com o incremento e incentivo de ações sistemáticas de controle, avaliação, ouvidoria e auditoria sobre os contratos e gastos do sistema de saúde, com a participação dos conselhos respectivos, visando eliminar perdas decorrentes da má utilização dos recursos e da má qualidade do atendimento, promovendo a permanente avaliação técnica e o monitoramento dos indicadores de saúde, bem como das atividades profissionais executadas nos serviços de saúde
5-Gestão Pública para a Saúde Pública. (Propostas: 11)	8-criar mecanismos de fortalecimento da regulação, controle e avaliação dos contratos realizados com prestadores de serviços com periodicidade preestabelecida para a apresentação da relação de procedimentos realizados no controle social e colegiados microrregionais de controle social
8-Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma Equipe de Saúde da Família. (Propostas: 28)	6-Estabelecer uma política de incentivo à Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de uma avaliação participativa, com a premiação pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, das Equipes da Estratégia de Saúde (ESF) e de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) 8-Reavaliar os dados e indicadores de saúde do Sistema de Informação da Atenção Básica/Primária (SIAB), incluindo as demandas ainda não contempladas, como a Saúde Mental, Saúde do Homem e outras
9-Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde. (Propostas: 20)	18-Aumentar os recursos provenientes do Ministério da Saúde para efetivação das vigilâncias sanitárias dos municípios, organização e estruturação de redes [...] e para as áreas de planejamento, controle e avaliação
10-Ampliar e qualificar a	2-Aperfeiçoar o processo de acolhimento do SAMU Regional com vistas a

política nacional que valorize os trabalhadores de saúde, com 38 propostas; 7-Em defesa da vida: assegurar o acesso e a atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços, com 30 propostas; 11-Por um sistema que respeite as diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis, com 28 propostas; 13-Consolidar e ampliar as políticas e estratégias de saúde mental, deficiência e dependência química, com 13 propostas; 14-Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador; 15-Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde, tendo o Cartão SUS como estratégia para sua efetivação e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses(as) usuários(as), não apresentaram propostas específicas acerca do desenvolvimento de políticas públicas ou processos de monitoramento e avaliação.

atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral. (Propostas: 37)	melhorar e humanizar o atendimento, qualificando-o para um cuidado respeitoso e digno, bem como criar mecanismos de avaliação e monitoramento dessa prestação de serviços junto aos municípios 20-Criar novos parâmetros que levem em conta, além do índice populacional, as características epidemiológicas da população, para implantação de programas nos municípios [...]
12-Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS. (Propostas: 15)	3-Instituir um sistema de informação, interligando saúde, previdência social e assistência social, objetivando melhor acesso às informações, integralidade da assistência e monitoramento dos usuários

Fonte - Conferência Nacional de Saúde (2012).

A Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece: a) o que são ações e serviços públicos de saúde; b) que a União aplicará, em ações e serviços públicos de saúde, anualmente, “[...]o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior [...] acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (art. 5º); c) que estados e o Distrito Federal deverão aplicar, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos (ver art. 155, CF), em ações e serviços públicos de saúde, “[...] deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios” (art. 6º); d) os municípios e o Distrito Federal deverão aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação de impostos (ver art. 155, CF) (art. 7º); e) as formas de repasse e aplicação dos recursos mínimos (Capítulo III, Seção II); f) as regras para movimentação dos recursos da União (Capítulo III, Seção III) e dos estados (Capítulo III, Seção IV); g) os mecanismos que garantam transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle dos recursos da saúde (Capítulo IV).

A Portaria n. 5, da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de junho de 2013, estabeleceu um novo conjunto de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o biênio 2013-2015. Houve crescimento no número de objetivos e metas em relação à versão anterior relativa ao período 2010-2011. Diferentemente da versão anterior, nesse contexto, as diretrizes são mais detalhadas, os objetivos mais claros e, em sua maioria, referenciados quantitativamente, assim como as metas e indicadores, os quais, inclusive, têm seu cálculo explicado e discutido. Ressalte-se que, pelo menos, 20 dos indicadores do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) são compatíveis com os indicadores estabelecidos no Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o biênio 2013-2015²⁷.

²⁷ No que se refere à continuidade do processo de coleta de dados, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, a Portaria n. 8, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 24 de novembro de 2016, definiu um conjunto menor de indicadores para o período de 2017 a 2021, os quais ainda se encontram em

Optou-se por apresentar, no quadro 15, as diretrizes e os objetivos para o biênio 2013-2015, suprimindo-se as metas e os indicadores.

Quadro 15 - Diretrizes e objetivos para o biênio 2013-2015

<p>Diretriz 1-Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada</p>
<p>Objetivo 1.1-Utilização de mecanismos que propiciem do acesso à Atenção Básica</p> <p>1-U: Aumentar a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica 2-U: Redução nas internações por causas sensíveis à Atenção Básica 3-U: Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) 4-U: Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal 5-U: Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada 6-E: Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos</p>
<p>Objetivo 1.2-Garantir acesso a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada</p> <p>7-U: Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para a população residente 8-U: Aumentar o número de interações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente 9-E: Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para a população residente 10-E: Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente 11-E: Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado</p>
<p>Diretriz 2-Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel e de Urgência (SAMU), de pronto-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção</p>
<p>Objetivo 2.1-Implementação da Rede de Atenção às Urgências</p> <p>12-U: Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências 13-E: Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas 14-E: Reduzir em x% os óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) 15-E: Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) 16-E: Aumentar a cobertura do SAMU-192</p>
<p>Objetivo 2.2-Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS</p> <p>17-E: Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador</p>
<p>Diretriz 3-Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade</p>
<p>Objetivo 3.1-Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero</p> <p>18-U: Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos 19-U: Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade</p>
<p>Objetivo 3.2-Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade</p> <p>20-U: Aumentar o percentual de parto normal 21-U: Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal 22-U: Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS 23-U: Reduzir o número de óbitos maternos</p>

discussão para coleta a partir de 2017.

<p>24-U: Reduzir a mortalidade infantil 25-U: Investigar os óbitos infantis e fetais 26-U: Investigar os óbitos maternos 27-U: Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) 28-U: Reduzir a incidência de sífilis congênita</p>
<p>Diretriz 4-Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.</p>
<p>Objetivo 4.1-Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais</p>
<p>29-E: Aumentar a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial</p>
<p>Diretriz 5-Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção</p>
<p>Objetivo 5.1-Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção</p>
<p>30-U: Reduzir a Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas)</p>
<p>Diretriz 6-Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais</p>
<p>Objetivo 6.1-Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais</p>
<p>31-E: Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas <(sete) anos de idade com esquema vacinal completo. 32-E: Investigar os óbitos infantis e fetais indígenas 33-E: Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas 34-E: Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil</p>
<p>Diretriz 7-Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde</p>
<p>Objetivo 7.2-Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento</p>
<p>53-U: Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes fecais, cloro residual livre e turbidez</p>
<p>Diretriz 8-Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS</p>
<p>Objetivo 8.1-Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS</p>
<p>54-E: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, em x% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica</p>
<p>Objetivo 8.3-Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema de garantia de qualidade</p>
<p>56-E: 100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano</p>

Fonte – Elaborado pelo autor da tese.

A efetivação da política nacional de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde ocorreu em 24 de julho de 2013 pela Portaria n. 1.517, quando se instituiu o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) cujos objetivos são elaborar a proposta de política específica de monitoramento e avaliação no âmbito do SUS e auxiliar na formulação e implementação do Sistema de

Avaliação para Qualificação do SUS²⁸.

Nesse contexto, o Sistema de Avaliação para Qualificação do SUS estrutura-se em quatro eixos (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012), quais sejam: a) o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; b) pesquisas nacionais de avaliação do acesso e da satisfação dos usuários; c) Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); d) o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que busca incentivar o desenvolvimento de processos "[...] que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população" (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012, p. 10). O PMAQ está organizado em quatro etapas, quais sejam: a) adesão e contratualização: em que ocorre a formulação dos objetivos, o estabelecimento dos contratos e a Escolha dos indicadores de qualidade a serem monitorados, em processo "[...] que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social" (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2002, p. 10); b) desenvolvimento: nesta etapa ocorrem as intervenções na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado, as quais devem focar a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica; o ciclo nessa etapa fundamenta-se em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; c) avaliação: nessa etapa, ocorre a avaliação externa a partir do conjunto de critérios e indicadores considerados relevantes, sempre com foco na melhoria do acesso e da qualidade das ações e dos serviços de saúde; e d) repactuação e mudança institucional: nessa etapa, as mudanças implementadas e positivamente avaliadas são institucionalizadas, e novos padrões são estabelecidos, reiniciando-se o processo de melhoria contínua.

As pesquisas nacionais de avaliação do acesso e da satisfação dos usuários: a maior inovação nesse sentido é o desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde a partir da experiência, processos e metodologia da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). A proposta inclui a realização de pesquisa trienal, com questionário significativo, porém enxuto e que avalie aspectos essenciais do acesso e satisfação dos usuários do SUS

²⁸O referido grupo de trabalho é formado por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Ministério da Saúde, por meio de diferentes instâncias, quais sejam: a) Secretaria-Executiva (SE/MS) a qual coordena os trabalhos; b) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); c) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); e f) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS).

local, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, em cada município, totalizando 384 entrevistados por município e dois milhões, cento e trinta e seis mil, novecentos e sessenta respondentes no País, o que, em última instância, "[...] permite obter resultados, estatisticamente significantes, referentes à atenção prestada, pelo SUS, a todos os entrevistados de um município, independente do nível de atenção" (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012, p. 10).

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), anteriormente conhecido como Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), instrumento de avaliação, foi reformulado e remodelado e passou à nova denominação, buscando o aprofundamento do nível de conhecimento acerca da dinâmica, potencialidades e desafios das organizações hospitalares, por meio da avaliação "[...] das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos diante dos serviços e estabelecimentos de saúde" (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012), com foco em quatro dimensões, quais sejam: os padrões de conformidade, os indicadores de produção, as pesquisas de satisfação dos usuários e pesquisas das condições e relações de trabalho. Tendo sido instituído pela Portaria n. 382/GM, o programa não teve o devido prosseguimento, mas sua reativação é considerada relevante para o contexto do Sistema de Avaliação para Qualificação do SUS.

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) visa a avaliar o nível de cumprimento dos princípios organizativos e doutrinários do SUS por meio das ações e dos serviços de saúde (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). De forma complementar, o IDSUS visa a "[...] permitir uma aferição contextualizada do desempenho do sistema de saúde quanto ao acesso - potencial ou obtido - e a efetivação da atenção básica; atenções ambulatoriais e hospitalar; urgências e emergências" em todos os municípios do País (BRASIL, 2017, p. 6). É importante ressaltar que o IDSUS "[...] não é uma pesquisa ou entrevista direta com o usuário do SUS e, sim, o resultado da coleta e processamento de dados e informações junto aos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde, em sua maioria, fornecidos pelos gestores do SUS. Em termos de processamento todos os dados usados foram submetidos a análises estatísticas, visando identificar imprecisões e só foram utilizados aqueles que apresentaram maior grau de consistência e fidedignidade" (BRASIL, 2017, p. 13).

5 O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (IDSUS)

Os antecedentes históricos do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) remontam à iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), que, em 2000, publicou o *World Health Report 2000* (WRH 2000) cujo objetivo era apresentar nova metodologia de avaliação de sistemas de saúde ao redor do planeta, tendo sido avaliados 191 (cento e noventa e um) países, incluindo o Brasil (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, 2000*).

Apesar das críticas relacionadas aos pressupostos básicos de funcionamento e dos objetivos considerados equivalentes entre todos os sistemas de saúde estudados, à metodologia e aos processos de publicação e análise dos resultados (RICHARDSON; WILDMAN; ROBERTSON, 2003), a iniciativa despertou o interesse de um conjunto de pesquisadores independentes e do próprio Ministério da Saúde em desenvolver um processo de avaliação condizente com as especificidades e externalidades da saúde no País (VIACAVA *et al.*, 2004).

Foi nesse contexto, e reconhecendo a importância de avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro que foi proposta a Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS). Esse projeto teve início em 2001, com a participação de uma rede de pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva, e foi concebido a partir do conhecimento técnico-científico no campo da avaliação de sistemas de saúde (FIOCRUZ, 2017)

O desenvolvimento do projeto iniciou-se em 2003, com a apresentação e definição da matriz conceitual do modelo de avaliação. Nos anos seguintes, ocorreu o aprofundamento da discussão em torno do modelo até que, em 2008, o Ministério da Saúde associou-se oficialmente à iniciativa, alocando recursos para ele e, em 2011/2012, "[...] incorporou a análise de desempenho do sistema de saúde no âmbito das Regiões de Saúde, considerando o disposto no Decreto 7.508/2011 [...]" (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2017).

O modelo proposto pela Fundação Osvlado Cruz (Fiocruz) por meio do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), conhecido por Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), fundamenta-se em quatro dimensões, quais sejam (VIACAVA *et al.*, 2004):

- A. determinantes da saúde: incluindo as condições ambientais, socioeconômicas e demográficas e, ainda, os comportamentos e as condições biológicas;
- B. condições de saúde da população: envolvendo as condições (dados e informações) relacionadas à morbidade, ao estado funcional, ao bem-estar e à mortalidade;
- C. estrutura do sistema de saúde: em termos de gerenciamento e de sua estrutura (financiamento e recursos);
- D. desempenho do sistema de saúde: envolvendo um conjunto complexo de fatores condicionantes quais sejam: a efetividade, o nível de acesso às ações e aos serviços de saúde, a eficiência, o respeito ao direito das pessoas, a aceitabilidade da população em relação às ações e aos serviços de saúde, o nível de continuidade dos esforços do sistema de saúde ao longo do tempo, a adequação desses esforços às demandas da população e a segurança, compreendida como a capacidade de o sistema evitar ou minimizar os riscos inerentes da política pública.

Toda a estrutura está inserida em um contexto político, social, econômico e estrutural do Sistema de Saúde, tendo como pano de fundo e principal resultante, o desenvolvimento e a manutenção de níveis aceitáveis de equidade (ver figura 5). É importante salientar que o PRO-ADESS alinha-se ao Modelo de *Dalgreen/Whitehead* sugerido pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

Figura 5 - Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde



Fonte - Fundação Oswaldo Cruz (2017)

O Sistema de Monitoramento e Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma proposta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) em atenção à implantação de Política de Monitoramento e Avaliação para o Sistema Único de

Saúde e apresentava como pressupostos básicos a) construir mecanismo de avaliação que permita, como *feedback*, melhorar os processos de formulação e implementação de políticas de saúde pública; b) garantir a adequação das políticas públicas ao próprio processo de planejamento e orçamentação; c) discernir, entre os conceitos de monitoramento e avaliação, considerando suas especificidades (BRASIL, 2017).

Um sistema de avaliação do SUS pode ser entendido como um conjunto de programas de avaliação, relativamente independentes, mas relacionados, concatenados e complementares entre si, de modo a formarem um complexo que vise a produzir, por meio de avaliações, um conjunto de informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012, p. 4)

O período de consulta pública para coleta de comentários, observações e sugestões acerca do modelo avaliativo do IDSUS estendeu-se de abril a junho de 2011, tendo participado 52 pessoas com 130 contribuições (BRASIL, 2017). Amplamente fundamentado no Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), o IDSUS estabeleceu, como o principal meio de avaliação, a utilização de indicadores "[...] capazes de mensurar o acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações e serviços de saúde, regionalizados e realizados nos níveis da Rede de Atenção à Saúde, para os residentes de cada município brasileiro" (BRASIL, 2017, p. 12).

O foco do IDSUS, dessa forma, é a avaliação do sistema de saúde responsável diretamente pelas ações e pelos serviços de saúde junto ao cidadão, concentrando-se, então, nos dados e nas informações relacionados às atenções primária, especializada, ambulatorial e hospitalar "[...] realizada, tanto no próprio município, quanto a encaminhada e realizada em outros municípios polos de uma região, de um estado ou nacional (BRASIL, 2017, p. 11)

O IDSUS apresenta, como finalidades:

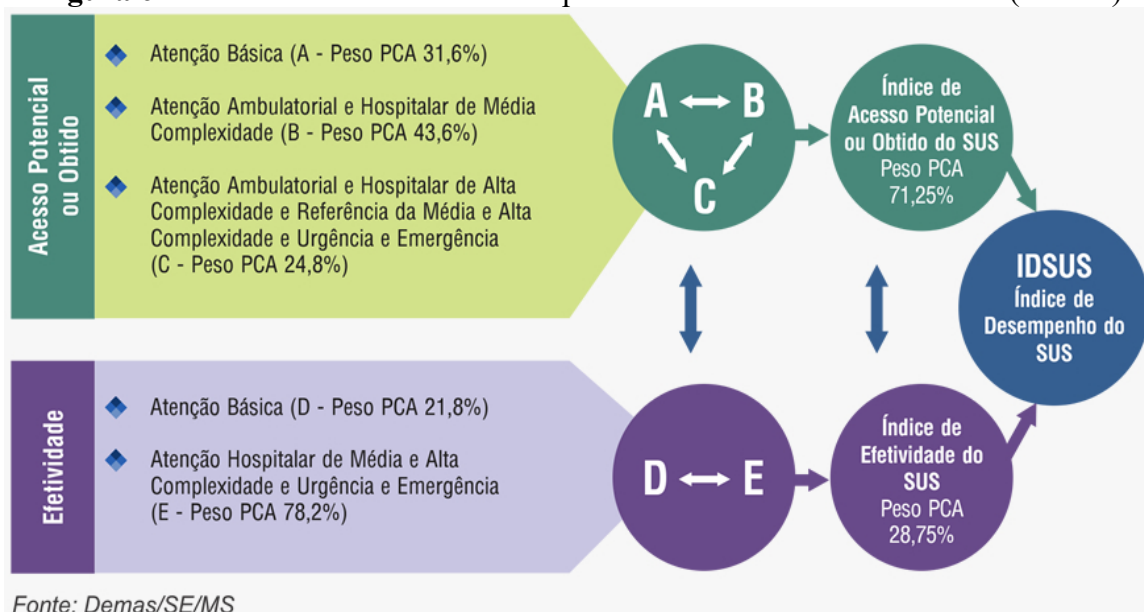
[...] 1) avaliar o desempenho do SUS nos municípios, regionais de saúde, estados, regiões e no País; 2) avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada e ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências; 3) expressar essa avaliação por meio de indicadores simples e compostos; 4) detectar deficiências, visando a implementação de melhorias e não apenas para classificar; 5) fazer uma avaliação atrelada a um pacto de compromissos, pois os indicadores do IDSUS terão metas definidas no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que visa organizar as ações e serviços de saúde especializadas em redes regionalizadas e hierarquizadas, segundo o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2017)

O IDSUS baseia-se na mensuração de três conjuntos de indicadores, quais sejam: de acesso potencial, referente à oferta inicial de atendimentos; de acesso obtido, que busca

apresentar a produção realizada pelos municípios em termos de procedimentos, os quais são compreendidos como indicadores de eficácia e, por fim, os de efetividade representativos do grau de consecução dos objetivos previamente definidos (BRASIL 2017).

Para fins de estruturação, os indicadores de acesso obtido ou potencial foram agregados em uma mesma dimensão cuja representatividade geral no IDSUS é de 71,25% e se subdivide em indicadores de monitoramento da atenção básica, da atenção especializada, ambulatorial e hospitalar de média complexidade e atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade. Os indicadores relativos à atenção básica têm peso de 31,6% na dimensão de indicadores de acesso obtido ou potencial, os indicadores referentes ao acompanhamento da atenção especializada ambulatorial e hospitalar de média complexidade apresentam peso de 43,6% da dimensão de acesso obtido ou potencial, e os indicadores de atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, referência da média e alta complexidade e urgência e emergência têm peso de 24,8%. Na dimensão de efetividade, cuja representatividade é de 28,75%, os indicadores foram divididos em duas categorias, a saber: atenção básica, com peso 21,8% e atenção hospitalar de média e alta complexidade e urgência e emergência, com peso de 78,2%. A figura 6 apresenta a estrutura do IDSUS com a indicação das dimensões de acesso potencial ou obtido e efetividade, suas subdimensões ou categorias, respectivos pesos, tanto das dimensões, quanto das categorias e interações esperadas entre os diversos componentes do mesmo (BRASIL, 2017).

Figura 6 - Estrutura do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)



O quadro 16 apresenta os indicadores envolvidos no cálculo do Índice de Acesso Potencial ou Obtido. pesos dos indicadores simples/compostos das dimensões Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial de Média Complexidade e Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade e Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência referem-se à sua representatividade dentro da respectiva dimensão.

Quadro16 - Composição do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

Dimensão	Índices/Indicadores	Peso (%)
Atenção Básica	1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde (nº de equipes da família + nº de equipes da atenção básica, formada por 60h semanais de clínica médica, ginecologia e pediatria, para cada 3 mil pessoas residentes no município, no ano; quanto maior a cobertura, maior a oferta de serviços das clínicas básicas e facilidade de acesso)	52,70
	2. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (nº de equipes de saúde bucal + nº de equipes de atenção básica formada por cirurgiões dentistas com 60h semanais para cada 3 mil pessoas residentes no município, no ano; quanto maior a cobertura, maior a oferta de serviços de odontologia e facilidade de acesso);	38,65
	3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (distribuição percentual; cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos; contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal [...])	8,65
Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade	4. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária (permite conhecer o nº de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, permitindo inferir as desigualdades de acesso às mamografias e no rastreamento do câncer de mama [...])	43,64
	5. Razão de exames citopatológicos de colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária (expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero na população alvo do rastreamento do câncer de colo do útero)	21,75
	6. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados em média complexidade e população residente (mede a relação entre a produção de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, com financiamento do SUS e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos) e	18,74
	7. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente (mede a relação entre a produção de internações hospitalares de média complexidade, não obstétricas e não psiquiátricas, e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos)	15,86
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência da Média e Alta e Urgência e Emergência	8. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente (mede a relação entre a produção de procedimentos ambulatoriais selecionados, de alta complexidade, com financiamento do SUS e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos)	36,60
	9. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente (mede a relação entre a produção de internações hospitalares de alta complexidade, não obstétricas e não psiquiátricas e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos)	29,10

	<p>10. Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes (quantidade de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes, descontados os procedimentos realizados aos seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de procedimentos realizados para não residentes; mede a capacidade do município em realizar procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes em relação à produção total do Brasil, permitindo a comparação entre todos os municípios independentemente do porte)</p>	13,15
	<p>11. Proporção de internações de média complexidade para não residentes (quantidade de internações de média complexidade realizadas para não residentes, descontadas as internações realizadas aos seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de internações realizadas para não residentes; mede a capacidade do município em realizar internações de média complexidade de não residentes em relação à produção total do Brasil permitindo a comparação entre todos os municípios do Brasil)</p>	5,80
	<p>12. Proporção de procedimentos de alta complexidade realizados para não residentes (quantidade de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes descontos os procedimentos realizados aos seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de procedimentos realizados para não residentes; mede a capacidade do município em realizar procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para não residentes, em relação à produção total do Brasil, permitindo a comparação entre todos os municípios, independentemente do porte)</p>	5,40
	<p>13. Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes (quantidade de internações de alta complexidade realizadas para não residentes, descontadas as internas de alta complexidade realizadas aos seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de internações realizadas para não residentes; mede a capacidade do município em realizar internações de alta complexidade para não residentes em relação à produção total do Brasil permitindo a comparação entre todos os municípios, independentemente do porte) e</p>	5,20
	<p>14. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente (percentual de acesso aos hospitais dos óbitos determinados (por acidente) do município no período considerado; mede a proporção do acesso aos hospitais dos óbitos por acidentes)</p>	4,80

Fonte - Brasil (2013, 2017), adaptado pelo autor da tese.

O quadro 17 apresenta os indicadores envolvidos no cálculo do Índice de Efetividade. aos pesos dos indicadores simples/compostos das dimensões Atenção Básica e Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência do Indicador de Efetividade esses referem-se à proporção em relação ao próprio indicador e, não, às dimensões.

Quadro 17 - Composição do indicador de efetividade do IDSUS

Dimensão	Índices/Indicadores	Peso (%)
Atenção Básica	15. Cobertura com a vacina tetravalente (contra difteria, coqueluche, <i>Haemophilus influenza</i> tipo b em menores de 1 ano de idade, em determinado município e ano; mede a efetividade do programa de vacinação)	21,80
	16. Taxa de incidência de sífilis congênita (nº de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano em determinado município e período; expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis congênita pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades, durante a gestação e também durante o parto)	(dimensão completa)
	17. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (TBC) (percentual de novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera curados, por residentes, em determinado município e período; representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes)	
	18. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase (percentual de novos casos curados de hanseníase, por residentes, em determinado município e período; representa o êxito no tratamento de hanseníase, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes)	
	19. Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB) (de residentes dividido pelo número total de internações clínico-cirúrgicas, por residentes, em um determinado município por período considerado; resultado elevado significa que as intervenções em sensíveis representam a maioria das internações de média complexidade e indiretamente mede a baixa resolutividade da atenção básica)	
	20. Média da ação coletiva de escovação dentária supervisionada (estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal; quanto maior o indicador, maior o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal) e	
21. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária)		
Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência	22. Proporção de parto normal (o parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido);	53,10
	23. Proporção de óbitos em menores de 15 anos que usaram Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (mede o risco de morrer nas internações de menores de 15 anos com uso de UTI) e	19,05
	24. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) (percentual de óbitos ocorridos nas internações por infarto agudo do miocárdio, por residente acima dos 20 anos, de determinado município no período considerado)	6,05

Fonte - Brasil (2013, 2017), adaptado pelo autor da tese.

Para a categorização dos municípios brasileiros foram estabelecidos três índices de referência, quais sejam: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), o Índice de Condições de Saúde (ICS) e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM), a partir dos quais, os municípios foram distribuídos em seis grupos conhecidos como Grupos Homogêneos, sendo os Grupos Homogêneos 1 e 2 os que apresentam os

municípios com melhores indicadores estruturais (BRASIL, 2017)quadro 18.

Quadro 18 - Categorização dos municípios brasileiros

Índices	Indicadores	Parâmetros	Peso (%)
Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE)	PIB municipal <i>per capita</i>	≥ 32 mil <i>per capita</i>	54,93
	Proporção de famílias com Bolsa Família	0%	45,07
Índices de Condições de Saúde (ICS)	Taxa de mortalidade infantil	≤ 8 óbitos por 1000 nascidos vivos	100,00
Índices de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM)	1. Proporção de médicos da atenção básica e profissionais da vigilância em saúde	0,39%	12,24
	2. Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para residentes	0,64%	12,31
	3. Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0,90%	9,29
	4. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para residentes	0,85%	11,08
	5. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	1,17%	9,80
	6. Proporção de internações de média complexidade realizados para residentes	0,37%	13,00
	7. Proporção de internações de média complexidade realizados para não residentes;	0,72%	11,47
	8. Proporção de internações de alta complexidade para residentes	0,94%	11,16
	9. Proporção de internações de alta complexidade para não residentes	1,14%	9,65%

Fonte – Elaborado pelo autor da tese.

O quadro 19 apresenta a distribuição dos municípios brasileiros a partir da utilização dos índices qualificadores. Nota-se a concentração de municípios nos Grupos Homogêneos 5 e 6, com 75,87% dos municípios, enquanto apenas 2,21% encontram-se nos Grupos Homogêneos 1 e 2.

Quadro 19 - Grupos homogêneos do IDSUS

Grupo	IDSE	ICS	IESSM	Nº Municípios	%
6	Baixo	Baixo	Sem estrutura MAC	2183	39,24
5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	2038	36,63
4	Baixo	Baixo	Pouca estrutura MAC	587	10,55
3	Médio	Médio	Pouca estrutura MAC	632	11,36
2	Alto	Médio	Média estrutura MAC	94	1,69
1	Alto	Médio	Muita estrutura MAC	29	0,52

Fonte - Brasil (2017)

5.1 A publicação de resultados do IDSUS e sua repercussão

A publicação dos resultados do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) ocorreu em 02 de março de 2012, alcançando uma receptividade bastante contraditória. Respostas positivas foram geradas pelos e com resultados considerados satisfatórios; em contrapartida, a receptividade geral pode ser considerada, em função da nota final SUS apontada pelo indicador ser insatisfatória, nas próprias palavras do Ministro da Saúde. Críticas de pesquisadores em saúde pública, sobretudo, daqueles envolvidos na discussão acerca de *frameworks*, teorias, modelos e ferramentas de avaliação de desempenho e de resultados em saúde pública afiliados à Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os quais estavam vinculados ao desenvolvimento do IDSUS por meio da aplicação do modelo teórico do Pro-Adess (já apresentado neste trabalho). Não é objetivo deste trabalho discutir os resultados em si do IDSUS e, sim, as repercussões decorrentes dessa publicação.

Transcreve-se, a seguir, a entrevista do, à época, Ministro da Saúde Alexandre Padilha²⁹, por ocasião do lançamento do IDSUS. O ministro reforça que o IDSUS constitui-se em resultado de processo de negociação que envolveu diversas instituições e organizações, sendo uma iniciativa necessária à consolidação do SUS e uma plataforma básica para a tomada de decisões pelos gestores nas diferentes instâncias de gestão da saúde no Brasil (BRASIL, 2012).

Hoje, o Ministério da Saúde, depois de quase um ano de avaliação com técnicos, com especialistas, de consulta pública que ficou [inaudível] a sociedade, de pactuação com Estados e Municípios, de resolução da Comissão Tripartite aprovando a metodologia, nós tornamos público o resultado do Índice de Desempenho do SUS, o IDSUS. A ideia que o Ministério teve e que foi acompanhada por Estados e Municípios, pactuada, inclusive, na Tripartite, foi, sobretudo, de que o SUS tem de incorporar, no dia a dia da sua cultura, a avaliação da qualidade do atendimento, a avaliação do acesso, e, sobretudo, ter a preocupação de melhorar o seu desempenho. O IDSUS é [...] um índice composto que combina o esforço de melhorar o acesso aos serviços de saúde e o que nós chamamos de efetividade, a capacidade desses serviços de resolver os problemas de saúde. Como toda avaliação de saúde não pode ser feita com dados de apenas um ano, por isso, o IDSUS acumula dados de 2010, 2009 e 2008 e, ao acumular esses dados de três anos, pode ter uma fotografia mais correta em relação ao desempenho do Sistema Único de Saúde. A avaliação de um município, de uma região, do não é a avaliação do gestor municipal, do conjunto de gestores municipais de uma região nem do gestor estadual, é a avaliação do conjunto do sistema único de saúde, das três esferas de governo do que oferece de acesso e de capacidade de resolver os problemas de

²⁹ Ministro da Saúde entre 01 de janeiro de 2011 e 02 de fevereiro de 2014 (Presidente Luis Inácio Lula da Silva).

saúde a quem entra no serviço de saúde naquele município [...] das pessoas que moram naquele município. O IDSUS passa a ser uma ferramenta importante para os gestores federal, estadual e municipal identificarmos o que precisa avançar em cada região do País. Citar o exemplo da cidade do Rio de Janeiro, que a sensibilidade da gestão municipal percebeu que uma das questões fundamentais no Rio era ampliar rapidamente o acesso à atenção básica através das clínicas de família; se pegarmos os dados já do ano de 2011, o Rio de Janeiro já chegaria a um resultado do IDSUS superior, inclusive, à média nacional. Esse é instrumento para nós, gestores, mas também um instrumento para os conselheiros estaduais, municipais, para o conjunto da imprensa, da sociedade, de acompanhar o desempenho do sistema único de saúde. Na parte dos parâmetros usamos parâmetros internacionais; uma parte dos indicadores sequer tem parâmetros internacionais, então construímos as principais referências nacionais para fechar esses parâmetros. O IDSUS é uma fotografia, agora todos nós temos um instrumento para avaliar o nosso desempenho do sistema único de saúde e, sobretudo, daqui a três anos, investindo de forma prioritária naquilo que se precisa melhorar, nós poderemos ter uma nova fotografia nesse caminho de buscar melhorar a atenção à saúde do povo brasileiro. O resultado final mostra que muito nós precisamos avançar ainda para levar saúde de qualidade ao conjunto da nossa população e o Ministério da Saúde através dos contratos com Estados e Municípios vai incentivar, inclusive, financeiramente, aqueles municípios, aquelas regiões, aqueles Estados que melhorem seu desempenho no IDSUS; premiar quem se esforça para melhorar o atendimento à nossa população (Ministro de Estado da Saúde Alexandre Padilha, BRASIL, 2012).

Na entrevista de lançamento do IDSUS, questionado se haveria uma nota mínima de qualidade para os municípios analisados pelo IDSUS, o ministro Alexandre Padilha informou que não há uma nota mínima a qual, na verdade, deveria ser a mais alta possível (10). Informou, também, que não existiam metas gerais ou globais a serem atingidas. Em relação aos indicadores que apresentam metas já amplamente conhecidas e/ou baseadas em referências internacionais como da Organização Mundial de Saúde, o ministro informou que estas seriam utilizadas como base para os indicadores. O estabelecimento de metas, quando for o caso, será realizado diretamente com o Município ou Estado (Ministro de Estado da Saúde Alexandre Padilha, BRASIL, 2012).

Em entrevista concedida no dia 3 de março de 2012, André Bonifácio³⁰ quando questionando acerca da possibilidade de uso do IDSUS para a geração de *ranking* de desempenho, foi taxativo ao afirmar que este não é o objetivo desse índice: "[...] também não adianta você saber que tem um indicador com uma nota ou um valor... não vamos chamar de nota, vamos chamar de um valor porque nós não estamos tratando disso como *rankeamento*... longe disso!" (André Bonifácio, TV NBR, 2012)

Há que se ressaltar estes três pontos: a) a inexistência de uma nota de corte, considerada nota mínima para comparação ou para aprovação do sistema municipal, regional ou estadual de saúde; b) a inexistência de metas gerais ou globais a serem alcançadas pelos sistemas locais, regionais ou estaduais de saúde; c) a visão de que o IDSUS não constitui um

³⁰ Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa do Ministério da Saúde.

indicador para geração de *ranking* de desempenho e, sim, um indicador para análise do desempenho dentro do Grupo Homogêneo no qual o município se encontra alocado. Torna-se importante frisar tal afirmação porque as críticas mais contundentes se referem diretamente a um ou a vários desses itens, conforme se observará pela exposição adiante.

De acordo com Prates (2013), o IDSUS, até então, com previsão de nova publicação em 2015, "[...] permanece como o melhor retrato comparativo da problemática área da saúde no Brasil", embora não sejam apontadas as razões para tal comentário. A matéria traz um alerta acerca do resultado publicado no ano anterior:

[...] se sair bem no IDSUS - com notas acima de 7, enquanto o Brasil se contenta com uma média de 5,47 - não quer dizer que as cidades abaixo [da lista com os 100 melhores resultados] sejam perfeitas ou que necessariamente tenham instalações médicas de ponta, e sim que conseguem garantir o acesso de seus cidadãos à saúde considerando as limitações do próprio tamanho. (PRATES, 2013)

A utilização política dos resultados positivos do IDSUS, quando de sua publicação, pode ser percebida na opinião da Chefe de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Maria Goretti Lopes, estado da federação com o segundo melhor desempenho entre todos os demais, incluído também o Distrito Federal, que "[...] preferiu não comentar as possíveis ações que teriam alçado o Paraná àquela posição, embora tenha complementado que não vamos medir esforços e já pautamos no nosso mapa estratégico que o estado deve ser referência em saúde pública para o País" (BORTOLIN; SCOZ, 2012).

O prefeito de Vitória, município com a maior nota entre os municípios do Grupo Homogêneo 1, associou a nota obtida às ações de gestão dos programas e serviços em saúde no município: "[...] em Vitória, desenvolvemos políticas de saúde seguindo a regionalização, a resolutividade dos serviços e a igualdade, que são dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde. Continuando, o secretário municipal de saúde relacionou o resultado no IDSUS às ações de gestão participativa: as decisões são tomadas e as políticas são traçadas junto com os Conselhos de Saúde, com a participação dos usuários do serviço. Os trabalhadores da saúde têm uma participação especial nessa conquista, são fundamentais [...]" (AMORIM, 2012). Os resultados de Curitiba, com nota 6,96, no entendimento de José Fernando Macedo, vice-presidente da Associação Médica Brasileira (AMB) (BORTOLIN; SCOZ, 2012), são explicados pela formação e atuação dos profissionais de saúde naquele município.

Manifestando-se contrariamente ao resultado final do IDSUS, o prefeito de Palmas (TO), Hildo Andraschko, apresentou, como justificativa, a falta de atualização dos dados referentes às ações e aos serviços de saúde realizados junto ao Ministério da Saúde:

"[...] o índice não é real porque uma falha administrativa deixou de enviar informações [para] o banco de dados do Ministério da Saúde e [para] a Secretária de Estado da Saúde [...]" (CALIXTO, 2012). Essa situação ressalta a importância da adequada disponibilização dos dados do município nos bancos de dados oficiais. Mesmo com nota inferior às médias municipal e estadual, o secretário municipal de Franca, Alexandre Ferreira, preferiu uma análise comparada aos municípios com notas ainda menores; "[...] pelo que pude perceber, estamos melhores que muitos municípios que possuem mais recursos e menos pessoas que dependem da rede pública. Claro que ainda temos muito a melhorar, mas não considero uma nota ruim [...]".

A polêmica em torno do resultado obtido pelo município do Rio de Janeiro ocupou boa parte do noticiário acerca do lançamento do IDSUS, tendo envolvido técnicos do Ministério da Saúde, o próprio Ministro da Saúde Alexandre Padilha, além dos secretários municipal e estadual de saúde. Dentre os 29 municípios do Grupo Homogêneo 1, o Rio de Janeiro obteve a menor nota no IDSUS (4,33). O Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Hans Dohmann, explicou que os resultados se referem ao período de 2008 a 2010, quando o nível de cobertura das equipes da Estratégia de Saúde da Família era de apenas 3,5% e que, em 2012, ano de publicação do IDSUS, a expectativa era de 31% (CAITANO, 2012). O Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Sérgio Cortêz, afirmou que os resultados não são condizentes com os esforços do estado em termos de investimentos no período analisado e complementou. "Essas notas são dos municípios, mas entendo esses municípios como responsabilidade do estado e do governo federal [...] este indicador não condiz com a realidade do estado ou do município do Rio". O prefeito do município do Rio de Janeiro, por sua vez, manifestou-se enfaticamente contra o resultado do IDSUS ao afirmar que "[...] foi de uma irresponsabilidade monstruosa por considerar apenas o período de 2008 a 2010. O ministro, que está há pouco mais de um ano no cargo, resolveu mostrar serviço com uma pesquisa incompetente. A União deveria distribuir recursos. O Rio paga suas contas [...]" (PACHECO, 2012). Ainda, acerca do assunto, o prefeito comentou que "[...] os dados que o Ministério da Saúde soltou [...] são dados mentirosos. Ele [o ministro Alexandre Padilha] não tinha o que fazer e, para mim, não está investindo em nada em saúde; aí ficam soltando pesquisinhas. Pelo menos que faça uma bem feita, é o conselho que dou para ele [...]" (CALHEIROS, 2012). O Prof. Dr. Antônio Ivo de Carvalho afirma que a metodologia utilizada gera graves distorções em termos do resultado, ou seja, trata-se de uma pesquisa com sérios vieses metodológicos e, como exemplo, cita o caso do município do Rio de Janeiro; "[...] é óbvio que o Rio de Janeiro não é a pior capital do País em termos de saúde pública

[...]" (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012). Contudo, o depoimento da Profa. Dra. Marilene Castilho, chefe do DAPS, no que se refere àquele município, é de concordância com o resultado, tendo-se em vista que:

[...]a baixa qualidade da assistência e os graves problemas de acesso aos serviços de saúde no Rio de Janeiro tem sido amplamente demonstrados por vários estudos de abordagens metodológicas diversas [...] O DAPS, inclusive, lançou recentemente um livro reunindo trabalhos de vários pesquisadores sobre o SUS no nosso estado, onde se destacam, entre outros fatores condicionantes, a fragmentação e desorganização do sistema de saúde, a fragilidade dos mecanismos de gestão (especialmente no que se refere à coordenação e regulação), a precarização da força de trabalho, deficiências no controle social e uma história político-institucional do Estado do Rio de Janeiro marcada seriamente pelo fisiologismo e clientelismo políticos e pela corrupção [...] Paralelamente a estes problemas (ou melhor, de modo indissociável a estes problemas), venho apontando, há algum tempo, a crescente "banalização" da dor e do sofrimento alheios na dinâmica mais ampla de nossa sociedade atingindo, com especial intensidade, os serviços de saúde. Particularmente tenho podido estudar esses processos em alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, especialmente em hospitais, destacando- se, por exemplo, a apatia e omissão dos profissionais, o descuido ou ainda a falta de respeito, de solidariedade e de ética na relação entre profissionais de saúde e entre estes e os usuários dos serviços [...] (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012)

No que se refere à importância dos estudos em avaliação e desenvolvimento de *frameworks* para sua implementação, o pesquisador Valcler Rangel³¹ afirmou que "[...] os indicadores de avaliação são de grande importância para o sistema de saúde [...]", opinião na mesma linha da Profa. Dra. Célia de Almeida para a qual

[...] a definição de indicadores de avaliação de desempenho do SUS é importante, uma vez que necessitamos de medidas que possam orientar a solução de problemas que, sabemos, existem no sistema, e não são poucos. Temos um país muito heterogêneo, com desigualdades expressivas entre regiões, estados e municípios e, portanto, com diferentes redes de serviços e capacidades para atender a demanda e as necessidades de saúde da população. A situação se agrava ainda mais na atenção especializada e hospitalar [...] De qualquer forma, é importante abrir o debate em nível nacional sobre a avaliação de desempenho do SUS, sobretudo num momento em que a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional 29, sem o necessário aumento dos recursos federais, e os cortes orçamentários, principalmente na saúde, evidenciam a falta de prioridade da saúde, assim como a falta de visão do governo sobre o papel do nível federal, seja na superação dos gargalos que dificultam a operação do SUS, seja na superação das desigualdades, sobretudo numa república federativa continental como o Brasil. Espero que a divulgação desse índice cumpra pelo menos esse papel (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

Em complemento, a Profa. Dra. Lígia Bahia apresentou breve panorama dos processos de definição e execução de estudos em avaliação de desempenho do sistema de saúde por meio de índices e indicadores, culminando com a ruptura representada pelo IDUS

³¹ Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fundação Osvaldo Cruz.

no modelo de trabalho até então em uso.

Considero que os esforços para estabelecer sistemas de avaliação são sempre bem-vindos. E não têm sido poucos e tampouco superficiais os passos que o Brasil deu para construí-los, mantê-los e aprimorá-los. Até agora, vínhamos avançando em análises com os indicadores existentes e procurando identificar lacunas nos sistemas de avaliação e superá-las. As estratégias para implementar sistemas de avaliação vinculados aos processos de tomada de decisão incluem o uso combinado de indicadores construídos a partir do relacionamento de dados de bases administrativas e inquéritos populacionais para diferentes dimensões dos sistemas de saúde e esferas de governo [...] O IDSUS rompeu com essa tradição e nos obriga a voltar a enfrentar os problemas de homogeneização de indicadores compostos. Para quem esteve às voltas com esse embate no plano internacional (no momento em que o sistema privatizado de saúde da Colômbia foi considerado superior ao SUS) trata-se de um retrocesso (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012)

A discordância dos especialistas da Fundação Osvaldo Cruz em relação à metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde para construção do IDSUS e sua estratégia de ranqueamento pode ser percebida a partir dos depoimentos e de seus argumentos contrários à adoção de um indicador unidimensional sintético construído a partir de duas dezenas de outros indicadores e índices. As principais críticas relacionam-se ao ranqueamento proposto e efetivado pelo indicador (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 2012; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

A Profa. Dra. Célia de Almeida ressalta as dificuldades em se definir e operacionalizar a avaliação por meio de índices e/ou indicadores sintéticos, sobretudo em área com tamanhas especificidades e externalidades quanto a saúde.

Metodologias de avaliação de desempenho são bastante complexas, pois é preciso avaliar diferentes dimensões, que articulam necessidades (estado de saúde, determinantes da saúde) com o desempenho dos serviços propriamente ditos, que, por sua vez, também têm diferentes dimensões para ser avaliadas (características do sistema e provisão/prestação de serviços). Além disso, cada uma dessas dimensões exigem indicadores específicos [...] Sendo assim, não se recomenda o uso de indicadores compostos (ou sintéticos), como foi definido pelo Ministério da Saúde. Do ponto de vista metodológico, o índice composto pode levar a distorções e avaliações equivocadas (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

O Prof. Dr. Antônio Ivo de Carvalho entende que "[...] a iniciativa de avaliar o desempenho do SUS é excelente, mas a iniciativa de ranquear é péssima e explica que é não possível reduzir a [um] indicador sintético os 24 indicadores que foram selecionados. Dependendo de como se agregam os indicadores eles vão dar resultados finais diferentes"(FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

Em relação ao uso do Pro-Adess como base para o IDSUS, o Prof. Dr. Antônio

Ivo de Carvalho afirmou que a aplicação não condiz com o modelo lógico proposto pela Fundação Osvaldo Cruz, cuja opinião foi partilhada pelos professores doutores José Noronha³², à época da publicação dos resultados do IDSUS, o qual classificou o IDSUS como "[...] disparate metodológico com o objetivo de atender a fome do chamado 'ranqueamento', que frequenta com avidez uma parte da grande mídia brasileira tendo ainda profetizado que felizmente, o tempo e a realidade se encarregarão de sepultar na poeira tão funesta iniciativa", Célia Almeida³³, em 2012 e Alice Ugá que também questionam a iniciativa do Ministério da Saúde e sua metodologia.

[...] O próprio Pro-Adess é fruto de uma oposição da Fiocruz, da ENSP [Escola Nacional de Saúde Pública] do ICICT [Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz] a um ranqueamento feito pela OMS [Organização Mundial da Saúde] no início dos anos 2000. Foi criado um grupo aqui na Fiocruz que refez a metodologia e gerou uma crítica pesada ao ranqueamento da OMS, que acabou desistindo do ranking. O Pro-Adess, a metodologia da Fiocruz, foi elaborado a partir dessa crítica [...] O ICICT criou a metodologia de usar parâmetros de desempenho, não para ranquear [...] A metodologia do Pro-Adess para avaliação de desempenho de municípios serve para investigar e formular políticas para a superação das dificuldades em municípios singulares e não para compará-los (Prof. Dr. Antônio Ivo de Carvalho, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012)

Diz o Ministério que se baseou teoricamente no projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, projeto liderado pela Fiocruz e pela Abrasco. Ao contrário do que diz o Ministério, o Pro-Adess foi desenvolvido justamente para se opor à proposta de utilização de indicadores compostos ou agregados para hierarquizar países, que foi empregado pela Organização Mundial de Saúde para produzir seu malsinado Relatório Mundial de Saúde de 2000, rejeitado pelo Brasil e por toda a comunidade acadêmica séria, nacional e internacional, que se manifestou nos anos imediatamente seguintes à sua divulgação [...] A proposta central é de que a saúde é multidimensional e deve ser avaliada matricialmente e não somando variáveis de dimensões diferentes para chegar a um índice único. E, ainda pior, em corte transversal, sem levar em conta a evolução de cada uma das variáveis ao longo do tempo [...] O IDSUS soma mortalidade infantil com acesso, taxas de cesarianas, frequência de consultas pré-natais, com cobertura nominal de PSF e mais outros tantos, para chegar ao tal indicador único e classificar estados e municípios (Prof. Dr. José Noronha, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

É importante lembrar que nunca foi proposta do Pro-Adess, elaborado pela Fiocruz, esse tipo de indicador. Ao contrário, o Pro-Adess surge exatamente na esteira da discussão crítica à metodologia de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde proposta pela OMS (Prof. Dr. Célia Almeida, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

[...] O Ministério tomou como marco teórico o Pro-Adess, mas, na realidade, a equipe do Pro-Adess, desde o início dos anos 2000, criticou indicadores sintéticos (ou compostos) de desempenho de sistemas de saúde, que pouco dizem ao gestor sobre os problemas que afetam o SUS. O Ministério da Saúde tomou alguns

³² Diretor ad-hoc do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e médico do ICICT.

³³ Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS).

indicadores propostos pelo Pro-Adess para construir um indicador sintético de desempenho, que não corresponde exatamente a nossa proposta. Na nossa matriz analítica, nós contemplamos várias dimensões do desempenho, analisadas separadamente a partir de vários indicadores por nós propostos (Profa. Dra. Alice Ugá, FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

Nessa mesma linha, o pesquisador Valcler Rangel entende que a utilização de indicadores tão díspares envolvendo "[...] questões epidemiológicas, para prestação de serviços, para o acesso, etc. [...] [acaba] não ajudando muito na construção e na atualização de informações para o SUS" (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

No que se refere aos resultados, o Prof. Dr. Antônio Ivo de Carvalho explica que a metodologia desenvolvida pelo ICICT ao ser utilizada "[...] para comparar municípios gera distorções inevitáveis. É óbvio que o Rio de Janeiro não é a pior capital do País em termos de saúde pública, só para citar um exemplo e continua porque comparar um município que tem cinco mil habitantes e um que tem cinco milhões, obviamente, é um absurdo, porque gera distorções, porque os indicadores têm comportamentos diferentes, ou seja, o resultado do ranqueamento não condiz com a realidade". A opinião acerca da situação do município do Rio de Janeiro também é compartilhada pelo Prof. Dr. José Noronha ao afirmar que "[...] qualquer observador pouco atento rapidamente comprovará a falácia da classificação. Não é coisa séria [...]" (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012). E continua "[...] o resultado não podia ser outro. Atribui ao SUS uma nota medíocre desprovida de significado lógico, que logo foi embalada pela grande imprensa como prova contundente de seu fracasso [...]". A Profa. Dra. Lígia Bahia reforça que "[...] os resultados divulgados não deixam dúvidas sobre as inconsistências do indicador. Afirmar que o acesso e a efetividade do SUS são piores em cidades do sul [...] representa um aplainamento de contradições inaceitável".

No que se refere às necessidades de revisão nos processos de definição das variáveis, coleta de dados e metodologia de cálculo do IDSUS, o pesquisador Valcler Rangel destaca três aspectos relevantes neste sentido.

[...] O primeiro, o ranqueamento, que pode cometer injustiças, pois estamos falando de um sistema, de um conjunto de variáveis, e não apenas de um município isoladamente, por exemplo; segundo, a má utilização política desse tipo de resultado, principalmente em ano eleitoral, que pode jogar a discussão para o campo do debate superficial; e o terceiro aspecto, que é a parte mais profunda da questão, é achar que dessa forma vai mostrar se o sistema está bom ou ruim. Não dá para negar que esse indicador revela fragilidades do sistema, que precisam ser observadas para uma possível revisão junto à comunidade acadêmica, aos gestores, profissionais de saúde, sociedade [...] em relação à base teórica do indicador, ela vem passando por um processo de formulação muito grande dentro do Pro-Adess, desenvolvido pela Fiocruz, e isso precisa ser levado em consideração. Mas o sistema precisa dessa avaliação e também que ela se repita em outros momentos.

Questionado em duas oportunidades, por *e-mail*, acerca da continuidade da atualização dos dados do IDSUS, os responsáveis pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SUS) ofereceram respostas semelhantes, embora com níveis diferentes de detalhamento. Apesar da diligência nas respostas em ambas as situações, os responsáveis pelo DEMAS não souberam precisar a situação e/ou andamento do IDSUS.

Na primeira, em 23 de novembro de 2015, a resposta encaminhada pelo Coordenador Geral de Monitoramento e Avaliação, Afonso Teixeira dos Reis, reportou que "[...] o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS - está sendo avaliado pelo Ministério da Saúde, não tendo data prevista para novas divulgações".

O respondente encaminhou diversas informações sob a forma de *links* relacionados ao IDSUS (informações gerais, fichas completas dos indicadores, resultados dos indicadores), assim como explicações de como acessar e utilizar os dados e informações. "Salientamos que os indicadores símiles aos do IDSUS estão entre os Indicadores Municipais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, permitindo monitorar a evolução dos resultados [...]". Os *links* para esses dados também foram encaminhados, assim como detalhadas informações acerca de como proceder para levá-los e acessá-los.

O respondente também ressaltou "[...] a existência das Notas Técnicas [...] contendo maiores informações sobre os indicadores, assim como as datas de extração dos dados. Desses indicadores acima, 20 são similares aos indicadores do IDSUS". Na segunda, em 10 de abril de 2017, a resposta, sem assinatura e/ou identificação do respondente, resumiu-se a "[...] a edição que está no *site* foi a última versão publicada do IDSUS. Uma nova edição está sendo estudada pela atual gestão do Ministério da Saúde, mas ainda não se tem uma data definida uma data de lançamento".

Matchilk e Grillo (2016) noticiaram o abandono, por parte do Ministério da Saúde, da continuidade da atualização do IDSUS, em 14 de novembro de 2016. Em matéria que apresenta atores relacionados ao desenvolvimento e à desistência do uso daquele indicador como base para o processo de avaliação da eficácia do Sistema Único de Saúde, assim como cidadãos comuns do Rio Janeiro, profundamente afetado por crise econômica e em seus serviços mais básicos, os autores iniciam descrevendo que "[...] o que seria a primeira ação no Brasil para avaliar com método científico a qualidade de acesso da população ao SUS se transformou em mais um clássico fracasso da Administração Pública".

O texto aponta a reação dos prefeitos cujas gestões em saúde foram avaliadas com notas inferiores às esperadas como um fator provável para a decisão ministerial de abandonar a atualização do indicador, embora documentos oficiais e, até mesmo, o próprio sítio

eletrônico do Ministério da Saúde ainda façam referência explícita ao IDSUS como instrumento de avaliação do SUS, o que se pôde constatar objetivamente.

Em nota ao jornal O Globo, o Ministério da Saúde informou que o IDSUS não foi utilizado para qualquer ação de liberação ou restrição de recursos. O ex-ministro da saúde, Alexandre Padilha, foi notificado pela própria reportagem acerca da mudança de rumos em relação ao indicador integrado (ver trecho da reportagem destacado).

Eu não sei o que aconteceu depois que eu saí. A segunda etapa deveria ter sido divulgada em 2014. É uma pena, lamentável. Vejo duas justificativas: a classe política não assumiu a cultura da avaliação; e uma possível crítica a imperfeições (do indicador de qualidade). Não é perfeito, mas tem de existir - afirmou Padilha que nega ação de estados e municípios para o fim do IDSUS: - Eles pactuaram junto com o ministério a criação do indicador (MALTCHICK; GRILLO, 2016).

Duas outras personagens apresentam suas opiniões na reportagem, as quais se posicionam de forma contrária, sendo o primeiro Nilo Bretas³⁴ e a segunda a Profa. Dra. Lígia Bahia³⁵ cujos depoimentos se transcrevem

Houve muita polêmica quando o IDSUS foi lançado. Ele não serve para ficar comparando, dando *ranking* ou nota. Serve para achar evidências do que pode ser melhorado. Essa é a questão. Em 2014, a gente começou a fazer uma discussão sobre a reformulação do IDSUS. Os formatos começaram a ser discutidos, mas... enfim... parou essa discussão e não deu... não houve continuidade (Nilo Bretas) (MALTCHICK; GRILLO, 2016).

É como se houvesse um pavor da avaliação. Mas, na saúde, a avaliação é uma ferramenta importantíssima para aprimorar e inovar. O IDSUS provocou desagrado político de tudo o que é lado. As prefeituras do PT não ficaram em primeiro lugar. O que teria sido importante seria a continuidade, a persistência (Profa. Dra. Lígia Bahia) (MALTCHICK; GRILLO, 2016).

Em relação à opinião da pesquisadora, é importante salientar que, tanto a Presidência da República, quanto a gestão do Ministério da Saúde não são ocupadas desde setembro de 2016 por quaisquer indivíduos ligados ao Partido dos Trabalhadores, ou seja, mesmo tendo ocorrido a interrupção sob o governo daquele partido, o atual mandatário e/ou seu ministro poderiam ter decidido pela reconstrução do IDSUS.

³⁴ Coordenador da Assessoria Técnica do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

³⁵ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

5.2 Análise da trajetória do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

Para fins deste trabalho, a análise da trajetória do Sistema Único de Saúde e de sua política de avaliação remontam à VIII Conferência Nacional de Saúde que pode ser considerada a grande arena de discussão (SECCHI, 2013) acerca das propostas para constituição do SUS. O impacto do momento político não pode ser desconsiderado da análise das mudanças institucionais (MARCH; OLSEN, 2008). No caso da discussão pela estruturação do que se tornaria o Sistema Único de Saúde, a situação política era favorável, dado o fim do Regime Militar no ano anterior e a falta de legitimidade do primeiro governo pós-ditadura em que o presidente eleito falecera pouco antes da posse e o vice-presidente, então, assumiu.

A ação dos atores envolvidos nas discussões ocorridas na VIII Conferência Nacional de Saúde gerou alterações institucionais que, em última instância, culminaram em reformas estruturais na saúde e, até mesmo, no sistema de proteção social, a partir da adoção de um amplo número de propostas. A instauração da Assembleia Constituinte, logo após as discussões, também pode ser considerada um fator importante para a inserção no texto constitucional do direito à saúde para todos os cidadãos, assim como a assunção do dever, pelo Estado, de garanti-la (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Em se tratando de mudanças de amplo espectro social, nos níveis decisórios mais elevados, quais sejam: o constitucional e o metaconstitucional, as alterações institucionais atendiam, de forma bastante ampla, aos interesses dos diversos atores envolvidos. Portanto, entende-se que houve bastante sinergia na atuação desse conjunto de atores (MCGINNIS, 2011, 2016). Por exemplo, os atores políticos pressionados pelos demais grupos de interesses no sentido de alterar a estrutura do sistema de saúde vigente baseado no modelo bismarckiano de contrapartida, instituições como a Abrasco e CEBES, trazendo para a discussão os conceitos mais modernos de saúde, inspirados nos modelos inglês e canadense de gestão em e da saúde. E, também, os representantes da sociedade civil que, em conjunto, perceberam, naquele momento de redemocratização, a oportunidade de alterar, não somente a forma de atendimento às necessidades de saúde da população, mas também os próprios orientadores da discussão e da prática da saúde pública.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no momento histórico propício em face da redemocratização do País, pode ser então, em função dessas características, ser considerada como a conjuntura crítica para as alterações institucionais que desencadearam a

implementação do Sistema Único de Saúde (PIERSON, 2004).

A universalidade, a integralidade e a equidade tornam-se as bases institucionais do, então, novo sistema de saúde que, por sua vez, implicam em rápido consumo de recursos (sejam financeiros, tecnológicos, gerenciais, humanos e infraestruturais), uma vez que parte considerável da população, anteriormente não contemplada pelas políticas de saúde pública, passou a integrar o conjunto de *policytakers* da nova política pública e usuários, em termos práticos, do novo sistema.

A municipalização das ações e dos serviços de saúde, das instâncias superiores (União e Estados) para os Municípios, ocorreu sem que as devidas mudanças estruturais e conjunturais, destacando-se aquelas referentes à transferência de recursos financeiros, fossem implementadas. Assim, surge o SUS, distribuindo responsabilidades aos Municípios sem oferecer-lhes as condições para a efetiva aplicação de seus princípios doutrinários e organizativos (MENDES, 2007).

A disputa institucional pelos escassos recursos financeiros constituir-se-á, ao longo da implementação do SUS, em um dos principais pontos de discordância determinando, em parte, inclusive, o aprofundamento das discussões e a consolidação do próprio sistema. As demandas e discussões em torno do processo de financiamento mínimo da saúde estão presentes em todas as conferências nacionais de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, desde a IX CNS. A dificuldade em se transformar as diretrizes relacionadas ao financiamento em legislação (desta forma, institucionalizando-se as propostas legitimadas pelos diversos atores que as discutiram e votaram) pode ser explicada pela capacidade de veto (PIERSON, 2004), neste caso, implícito e levado a termo a partir da dinâmica entre os atores políticos dos poderes Legislativo e Executivo, assim como a incapacidade dos demais atores em contornar tal situação a partir dos mecanismos institucionais existentes.

Não havendo fontes de financiamento previamente determinadas, o SUS iniciou seu funcionamento já em crise financeira o que, posteriormente, ainda se agravou pela profunda crise institucional desencadeada pelo processo de *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992).

Há ainda que se referenciar a natureza do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à sua conformação enquanto instituição organizadora e geradora de políticas públicas. Enquanto instituição manifesta-se a partir do seu conjunto de valores doutrinários e organizativos que, inclusive, se encontram previstos e fundamentados na legislação vigente (BRASIL, 1988; LEIS ns. 8080/1990 e 8142/1990).

A estrutura organizativa e decisória, assim como o modelo assistencial, do SUS,

que o sustenta, dirime dúvidas e norteia as ações, os programas e serviços de saúde, manifestando-se como resultado do processo de construção de uma agenda, não única, mas segmentada e fragmentada, típica de um processo de negociação por coalizão representativo de interesses de grupos específicos e, não, de uma efetiva coletividade manifestada, sobretudo, pelas relações de poder e de dominância no cenário das arenas de discussão em que as negociações se processavam. Isto pode ser percebido pelos impasses existentes, sobretudo, quando se pretendia discutir a reorganização institucional dos processos de transferência de recursos e de autonomia da União e dos Estados para os Municípios. O próprio modelo de tutela, inicialmente implantado, impediu a capilarização do processo decisório do SUS, embora os mecanismos institucionais como os conselhos de saúde, comissões bi- e tripartite e as conferências nacionais de saúde estivessem designadas para o fim de manter a retroalimentação do processo decisório a partir do conjunto de atores envolvidos e partes interessadas.

O estabelecimento de sistema de saúde fundamentado na universalidade e na integralidade sob uma perspectiva de direito do cidadão e dever do Estado, sem a existência de qualquer contrapartida financeira por parte de usuários e beneficiários, em ambiente de contingenciamento econômico, ampliou a pressão popular sobre o recém-criado Sistema Único de Saúde. As dificuldades financeiras e econômicas, ampliadas pelas medidas pouco ortodoxas de combate à inflação, assim como pela rápida abertura econômica do País ao capital, bens e produtos estrangeiros, e a crise política do início dos anos 1990 formaram a base para a formação da agenda em 1992, quando da realização da IX Conferência Nacional de Saúde.

Nesse contexto, os interesses dos atores passaram a divergir consideravelmente e resultados em mesmo nível de escala não foram mais percebidos, em termos de negociação de propostas, na IX Conferência Nacional de Saúde. As discussões caminharam na direção da atuação política de grupos específicos interessados em utilizar a arena de discussão em benefício de suas próprias agendas, sobretudo aquelas de cunho social e econômico, inclusive, com a manifestação colegiada pela saída do então presidente da República, o que, não permitiu a geração de propostas mais efetivas no sentido do fortalecimento do SUS. O foco na IX Conferência Nacional de Saúde estabeleceu-se pela consolidação do SUS enquanto política pública de Estado e iniciou-se a discussão pela regulamentação dos dispositivos legais que possibilitassem a garantia do adequada o financiamento das ações e dos programas de saúde, demanda esta que o Estado sistematicamente evitou implementar enquanto instituição, mas que ratificou como ator presente durante as discussões (CONFERÊNCIA NACIONAL

DE SAÚDE, 1992).

As políticas de avaliação foram superficialmente mencionadas e restringiam-se ao monitoramento e controle dos valores aplicados, mas sem a ênfase nos resultados obtidos e nos impactos observados. A estrutura do SUS ainda se encontrava em construção, e problemas de transferências de recursos e lacunas de atuação também eram percebidas, dificultando a consolidação de antigas agendas e a geração de novas, quando não, justamente, o oposto, a sobreposição de agendas anteriores por novas sem que aquelas tivessem sido concluídas, em uma manifestação de despreparo da gestão. A municipalização das ações, programas e serviços de saúde ocorreu apenas parcialmente, com a participação do Estado como coadjuvante organizador e executor de ações de apoio àqueles municípios sem os recursos necessários à sua efetivação, incluindo, financeiros, materiais e patrimoniais, humanos, tecnológicos e informacionais (MENDES, 2007). A expectativa de que a municipalização empoderaria os municípios não havia sido cumprida, conforme preconizado na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A avaliação não constituía assunto de interesse nas agendas dos atores. A população em geral, representada pelos delegados na conferência de saúde, não apresentava a compreensão acerca da importância dos processos de avaliação para os processos de formulação e implementação de políticas públicas e, por fim, os prestadores de serviços e profissionais caracterizam-na como mais um obstáculo à descentralização e à redução da burocracia. Assim, a avaliação manteve-se em posição marginal, uma vez que não era do interesse dos atores a sua instituição e a sua efetivação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992). Não havendo, então, posicionamento em termos de agenda, o processo de políticas públicas focou as etapas de formulação e implementação, relegando a avaliação à condição secundária por meio de ações pontuais e específicas, confundindo-se com mero monitoramento e, por vezes, controle (intervenção) (*UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME*, UNDP, 2009), mas não vinculadas à reformulação das políticas públicas e consequente melhoria do desempenho do sistema de saúde e dos resultados e impactos das ações e dos serviços de saúde.

Passados quatro anos desde a IX Conferência Nacional de Saúde, permaneciam os problemas de financiamento do SUS, a baixa resolutividade no atendimento e a constatação de que o modelo assistencial fundamentado em organizações básicas de saúde não atenderia as demandas a partir de novo perfil epidemiológico em que a prevalência era de doenças e agravos crônicos que foram os principais pontos discutidos naquela que pode ser considerada uma das conferências mais propositivas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1997).

Contudo, os retornos crescentes esperados permaneciam a distância e o autorreforço propiciado pela adequação das políticas públicas não se manifesta, ficando aos envolvidos nos processos de discussão e negociação a percepção de que o SUS é um sistema para o futuro, mas não para as condições atuais.

A discussão ampliada do SUS toma parte na XI Conferência Nacional de Saúde, quando, além do fortalecimento do SUS enquanto construção social e política nacional de saúde, também começa a tomar forma a discussão pela necessidade de estabelecimento de políticas (ações, programas, mecanismos e sistemas) capazes de influenciar a melhoria da qualidade da prestação de serviços realizada à sociedade. Entretanto, o conceito de avaliação da qualidade continua vago e confunde-se com a atuação dos conselhos e das instâncias de fiscalização, auditoria e controle não se oferecendo metas ou entendimento mais aprofundado acerca de como a política pública de avaliação pode ou deve ser formulada ou implementada, ficando tais processos a cargo do Ministério da Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Significativo avanço pode ser percebido nas discussões durante a XII Conferência Nacional de Saúde no que se refere à conformação de política de saúde pública, uma vez que esta ganha contornos de ação intersetorial. Os ganhos crescentes para a política pública de avaliação passam a ser considerados e percebidos no documento final do evento, relacionando-se à melhoria da situação de acesso e de resolutividade das ações e serviços de saúde, ampliação da rede de assistência à saúde e da proteção dela decorrente à saúde e ao seu gerenciamento (promoção, proteção e assistência passam a ser considerados como passíveis de avaliação. E, também, a aplicação do conceito ampliado de saúde a partir da compreensão dos impactos dos determinantes sociais, econômicos, culturais e infraestruturais da saúde que poderão permitir maior eficácia, eficiência e efetividade dos esforços públicos e participação mais objetiva da própria sociedade. Igualmente, adoção de práticas, modelos e *frameworks* baseados em evidências e no planejamento, implementação e avaliação de resultados em forma de ciclo contínuo de melhoramento do processo de políticas públicas. A proposta de política de avaliação permeia, de forma sistemática, os eixos definidos como prioritários (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

A partir das propostas discutidas na XII Conferência Nacional de Saúde, no espaço entre aquela e a XIII Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde publicou o Regulamento do SUS que, entre outras providências, estabeleceu o Pacto pela Saúde 2006, em suas três instâncias (Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão), reforçou a importância das instâncias consultivas e deliberativas do SUS nas três esferas de gestão e

definiu o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, cujas prerrogativas incluíam fomento e incentivo às ações de planejamento, implementação e avaliação das ações, programas e serviços de saúde no âmbito do SUS. As mudanças estruturais no SUS, a partir da publicação desse documento, foram profundas, inclusive, em função da revogação (de trechos) de dispositivos amplamente utilizados como fonte de referência para a tomada de decisões no escopo do sistema de saúde. O próprio modelo assistencial foi alterado com a inserção das portas de entrada, pontos de referência na estrutura de funcionamento do SUS.

A partir do Pacto pela Saúde 2006, a avaliação torna-se parte do processo de gestão das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS, tornando-se institucional, o que será ratificado pelos participantes da XIII Conferência Nacional de Saúde, um ano depois. Diretrizes foram estabelecidas e, para o devido acompanhamento e controle, indicadores de monitoramento e processos de avaliação e correção de trajetória também foram estabelecidos. O debate sobre avaliação, então, é reforçado nas arenas de discussão. Contudo, a própria política de avaliação proposta traz consigo os vícios dos processos hierarquizante da gestão do SUS, uma vez que atribui à União as responsabilidades pela definição das bases metodológicas dos processos de avaliação, assim como efetivar o controle, o monitoramento e a própria avaliação, ficando a cargo dos Estados ações acessórias e, aos Municípios, apenas, quando necessário e autorizado, a aplicação dos instrumentos de avaliação. Sendo a avaliação parte fundamental do processo de realimentação do processo de políticas públicas com vistas à melhoria dos níveis de capacidade de acesso e de efetividade do sistema de saúde, seria esperado que aos fosse concedida a autonomia para definição de seus próprios indicadores, padrões e metodologias de pesquisa, o que até poderia acontecer, mas cujos resultados não seriam considerados institucionais no que se refere à política nacional de avaliação tentada pelo Ministério da Saúde. Novamente, os *locus* das ações em que os processos de saúde ocorrem, ficaram à mercê das decisões institucionais dos gestores de mais alto nível na estrutura hierárquica do Sistema Único de Saúde.

A XIII Conferência Nacional de Saúde trouxe novas demandas para a discussão sobre a avaliação, pelo menos aparentemente, porque, à análise mais minuciosa, as propostas constituíam-se basicamente em reedições das deliberações ocorridas na conferência anterior, o que significava que a política de avaliação ainda não havia se efetivado institucionalmente. A principal diferença foi a construção de propostas mais bem elaboradas em que os fatores estruturantes e condicionantes, bem como os motivos e atores envolvidos já se encontram definidos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Pela primeira vez no Brasil, uma política de avaliação, precisamente definida, teve

continuidade, e a atualização dos dados do Pacto pela Saúde 2006 ocorreu, em 2009, gerando novo ciclo de avaliação para o período 2010-2011.

A XIV Conferência Nacional de Saúde retornou à simplicidade na enunciação das demandas discutidas durante o evento, tornando-as vagas e de difícil formulação e implementação em termos de políticas públicas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Embora, ao longo do processo histórico, as políticas de avaliação, nas arenas de discussão tenham alcançado níveis diferentes de relevância, sua institucionalização ocorreu em momentos singulares e específicos e, não, como resultado de um processo que visasse a sua perenidade. Em determinados aspectos, o termo avaliação encontra-se definido na declaração de intenções da agenda, mas não surte efeitos empíricos no que se refere à capacidade de influenciar a reestruturação do Sistema Único de Saúde nem enquanto política nem mesmo enquanto processo. Note-se que o conceito aqui discutido é de avaliação enquanto julgamento de valor e de mérito (PATTON, 1982) com efetividade de uso (ALKIN, 1980; ALKIN; COYLE, 1998; ALKIN; TAUT, 2003).

Notou-se, então, a despeito das fragilidades epistemológicas e metodológicas (importantes dada a complexidade do objeto em questão, suas especificidades e externalidades) (PATTON, 1980, 1982) do processo de construção do IDSUS, um processo de redução de sua importância e, sobretudo, da relevância do processo administrativo com efeitos ainda perceptíveis, dadas as ineficácia, a inépcia e a inefetividade dos esforços do Ministério da Saúde em explicar e/ou responder às críticas ao IDSUS, perdendo a oportunidade de fortalecer o processo de negociação em torno das iniciativas e da importância da avaliação enquanto política pública potencialmente alavancadora da qualidade e, não apenas, conjunto de processos burocráticos necessários ao cumprimento dos dispositivos legais vigentes. As limitações impostas pela metodologia, basicamente quantitativa, em tentar apresentar um quadro em formato de painel contrastavam frontalmente com a demanda da sociedade por explicações acerca dos fatores estruturantes e condicionais que pudessem explicar as dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde, o que pode ser considerado um dos fatores para a sua ineficácia e inefetividade (CANZIONERI, 2010; DESLANDES; GOMES, 2010; PATTON, 1980, 1982; TYLER, 1974).

Se essa demanda não foi identificada durante o processo de levantamento das intenções, ainda na área de discussão ou se o foi, mas foi descartada após o processo de negociação em benefício de uma visão mais linear do processo de explicação da saúde pública, restam as inadequações no processo de formulação e implementação do IDSUS

enquanto manifestação da política pública de avaliação em saúde pública e consequente desenvolvimento de instrumento de avaliação desprovido de eficácia e efetividade (ALKIN, 1975, 1980; PATTON, 1980; TYLER, 1974; VEDUNG, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi discutir a trajetória da implementação do IDSUS a partir da vertente Histórica da Teoria Neo-Institucional por meio da Dependência de Trajetória.

Há que se destacar a importância do Estado Brasileiro enquanto ator relevante no processo de reconstrução institucional e que reconheceu a legitimidade dos processos de discussão e negociação ocorridos no âmbito das conferências nacionais de saúde, assim como das comissões bipartite e tripartite e dos conselhos municipais, estaduais e federal de saúde.

A estrutura do Sistema Único de Saúde não permite flexibilizar o processo de avaliação, uma vez que os municípios, *locus* da implementação das políticas públicas, não tem autonomia funcional para o estabelecimento de mecanismos e instrumentos avaliativos conforme suas especificidades, sendo franqueados a esses apenas em condição complementar e após pactuação e homologação junto à gestão estadual. A uma análise mais aprofundada essa situação apresenta-se como discrepância de propósito, tendo-se em vista que, desde as primeiras discussões, ainda no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, a discussão encontra-se centrada na descentralização da gestão do sistema de saúde e no reforço da atuação dos municípios que, em última instância, são, inclusive por força da própria legislação vigente, responsáveis pelas ações e serviços de saúde.

Ainda, nesse contexto, há que se ressaltar que a avaliação, seja enquanto etapa do Processo de Políticas Públicas, seja enquanto política pública *per se* não tem alcançado a devida importância nas discussões realizadas nas conferências nacionais de saúde, o que chancela tacitamente as iniciativas do Ministério da Saúde as quais, conforme se demonstrou, foram descontínuas em realização até meados dos anos 2000 e perenes a partir desse período, com, entretanto, significativas alterações em suas diretrizes, em seus objetivos, índices e indicadores, o que implica maior dificuldade, ou mesmo, impossibilidade de se realizarem estudos e avaliações de espectro longitudinal.

O rápido crescimento do número de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, a partir do Pacto pela Saúde 2006, não significa necessariamente maior controle e melhoria do processo de avaliação, quando não muito pelo contrário. O que se observa, em outras áreas do conhecimento, é que, no afã de se resolver um determinado problema, o estabelecimento de conjunto excessivo de procedimentos de controle acaba por culminar com a elevação de outros custos, até então, acessórios, minimizando-se os impactos das medidas empreendidas.

Em verdade, a definição mais apurada de um conjunto com número razoável de indicadores e que possam, efetivamente, garantir o acompanhamento das ações e serviços de saúde, em termos de eficácia, eficiência e efetividade, apresenta-se como melhor estratégia para a devida institucionalização de processo de avaliação eficaz no cumprimento de seus objetivos primeiros. Tais objetivos envolvem o delineamento da estrutura e do funcionamento da política pública à qual se relaciona, eficientes no sentido de garantir, até o ponto em que isso não significar o sacrifício dos resultados e dos impactos das ações e serviços disponibilizados à população. E, também, da efetividade, compreendida como o conjunto de impactos da política pública sobre os indivíduos, assim como sobre a coletividade.

O processo de estruturação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde envolveu, conforme relato do próprio Ministro da Saúde Alexandre Padilha, à época da publicação de seus primeiros resultados, a negociação nas arenas de discussão mais apropriadas, sobretudo a Comissão Tripartite com a participação de diversas órgãos da gestão da Saúde e instituições de pesquisa em saúde e representativas da gestão em e amparadas por equipe técnica (BRASIL, 2012). Pela análise do processo de negociação, o IDSUS constituía-se em instrumento satisfatoriamente discutido e desenvolvido a partir da manifestação dos atores mais interessados. No entanto, tão logo os resultados foram publicados, as reações contrárias, tanto no escopo político por meio de e , quanto de organizações de pesquisa, em especial, da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e da Sociedade Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco), rapidamente foram divulgadas pela mídia no sentido de desqualificar o processo de construção do indicador, assim como seus resultados.

A dependência de trajetória no Sistema Único de Saúde pode ser percebida a partir da sua institucionalização enquanto política pública nascida no bojo do processo de negociação entre a sociedade e o Estado. Apesar das dificuldades para sua consolidação, os custos de seu abandono estariam relacionados à própria desorganização do sistema de saúde dado que a atuação das instâncias de formulação e implementação de ações, programas e serviços de saúde, além de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, permeiam a partir do conceito ampliado de saúde, um número significativo de políticas públicas, inclusive, em outras áreas de atuação do Estado como educação, saneamento básico e infraestrutura.

Conforme preconizado por Pierson (2004), a partir da institucionalização de determinada política pública em vigência por período de tempo considerável (como é o caso do SUS), os custos mudança de trajetória tornam-se cada vez mais proibitivos, embora mudanças radicais ainda possam, em situações extremas, ser realizadas. No caso do SUS, tais

inovações institucionais radicais poderiam incluir limitações para os seus princípios doutrinários, em especial, a universalidade, a integralidade e a equidade.

A trajetória do Índice de Desempenho do Sistema Único (IDSUS), enquanto política pública, é mais dificilmente percebida enquanto derivação de um processo de negociação entre os atores e resultado da conformação dessa política pública, sendo devida, principalmente, à iniciativa do Ministério da Saúde, mesmo nas arenas de discussão, muito, aparentemente, se devendo à atuação do gestor federal e menos a uma institucionalização do processo de avaliação. Entende-se que o IDSUS não gerou o autorreforço e os retornos crescentes necessários à sua institucionalização enquanto política pública, dados o nível e a contundência das críticas recebidas na imprensa especializada e dos especialistas investidos de representatividade das instituições historicamente participantes no processo de negociação nas arenas, como, por exemplo, a Fiocruz, o CEBES e a Abrasco, e, ainda, a sistemática desconstrução de sua importância pelos Estados e Municípios com resultados considerados insatisfatórios.

O caminho para a institucionalização do IDSUS deveria seguir na direção da discussão, correção de curso e adaptação de valores e condutas, aproveitando-se, inclusive, o fato de que, no início dos processos de institucionalização, os custos de abandono ou de mudanças institucionais radicais podem ser considerados baixos (PIERSON, 2004). Entretanto, a opção, até o presente momento, revela-se pela descontinuidade e pelo abandono da iniciativa e substituição pelo Rol de Diretrizes, Metas, Objetivos e Indicadores com finalidade e processo significativamente diferentes.

Evidentemente, este estudo não objetiva esgotar o assunto, dadas a sua importância e a sua complexidade, sendo esta, inclusive, uma restrição metodológica do próprio trabalho. As relações e interações entre os diferentes modelos, sejam diretas ou indiretas, objetivas ou subjetivas, de confirmação ou de refutação, de alinhamento ou de oposição não podem ser apresentadas de forma completa ou satisfatória em apenas um trabalho científico por maiores que tenham sido a dedicação em sua construção e o rigor metodológico adotado.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, Andrew. From Causes to Events: notes on Narrative Positivism. **Sociological Methods & Research**, v. 20, n. 4, p. 428-55, May 1992.

ALASZEWSKI, Andy. Uso de documentos na pesquisa em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. São Paulo: Roca, 2011.

ALEXANDER, E. R. Institutional transforming and planning: from institutionalization theory to institutional resign. **Planning Theory**, v.. 4, n. 3, p. 209-23, Nov, 2005.

ALKIN, Marvin C. Evaluation Reflections: valuation: who needs it? Who cares? **Studies in Education Evaluation**, v. 1, n. 3, p. 201-12, Winter, 1975.

_____. Naturalistic study of evaluation utilization. **New Directions for Program Evaluation**, n. 5, 1980.

_____; COYLE, Karin. thoughts on evaluation utilization, misutilization and non-tilization. **Studies in Educational Evaluation**, v. 14,p. 331-40, 1988.

_____; TAUT, Sandy M. Unbundling Evaluation Use. **Studies in Education Evaluation**, v. 29, p. 1-12, 2003.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O Que é Saúde ?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMORIM, Luana. Secretário Municipal de Saúde atribui 1º lugar no IDSUS a modelo de gestão. Notícias: Prefeitura Municipal de Vitória 02/03/2012. Disponível em:<<http://www.vitoria.es.gov.br/noticias/noticia-8022>>. Acesso em: 12 set. 2016.

AMORIM, Ricardo L. C.; CAMPOS, André Gambier; GARCIA, Ronaldo Coutinho (Eds). **Brasil: o estado de uma nação**, 2007. Brasília: IPEA, 2008.

ANDION, Carolina; SERVA, Maurício. A etnografia e os estudos organizacionais. *In*: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa da (Orgs). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**, 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

ANDREWS, Clinton J. Rationality in Policy Decision Making. *In*: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald J.; SIDNEY, Mara S. (Orgs). **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. New York: CPC Press, 2007.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ARGYROUS, George. Métodos estatísticos para Análise de Dados em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. São Paulo: Roca, 2011.

BELLUSCI, Silvia Meirelles. **Epidemiologia**. 8. ed. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2010.

BÊRNI, Duílio de Ávila; ABEGG, Cláides; MARQUETTI, Adalmir. Como fazer levantamento de dados. *In*: BÊRNI, Duílio de Ávila; FERNANDEZ, Brena Paula Magno (Orgs). **Métodos e técnicas de pesquisa: modelando as ciências empresariais**. São Paulo: Saraiva, 2012.

BIRKLAND, Thomas A. **An Introduction to the Policy Process: theories, concepts, and models of public policy making**. 3. ed. New York: Sharpe, 2015.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1998.

BORTOLIN, Rafaela; SCOZ, Mariana. Atendimento do SUS fica acima da média no PR e m Curitiba: lançado ontem, o índice que mede o desempenho do sistema de saúde avaliou a qualidade do serviço médico público ofertado em municípios, estados e em âmbito nacional. *Gazeta do Povo*. 01/03/2012. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/atendimento-do-sus-fica-acima-da-media-no-pr-e-em-curitiba-6wxqxi3n1h23lhv441dch8u>> Acesso em: 25 nov. 2016.

BORUCH, Robert F.; PETROSINO, Anthony. Meta-Analysis, systematic reviews and research syntheses. *In*: WHOLEY, Joseph S.; HATRY, Harry P.; NEWCOMER, Kathryn E. (Eds). **Handbook of Practical Program Evaluation**. 2. ed. California: Jossey-Bass, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 2008.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de

setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm> Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Emenda Complementar n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/ec29.htm>. Acesso em: 20 set. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Censo 2010**. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 15 dez. 2011.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º. do art. 198 da Constituição Federal que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 03 jul. 2014.

BRASIL. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BRASIL. Lei n. 5.172, de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5172.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 set. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 24 set. 2015.

BRASIL. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir à parturiente o direito à presença de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministro de Estado da Saúde Alexandre Padilha explica o IDSUS. Publicado em 02 de março de 2012. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=J4ZwgUtG6Mw>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministro da Saúde avalia qualidade de atendimento do SUS - parte 1. Publicado em 01 de março de 2012. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=vkq6elF8xrE&t=1847s>>. Acesso: em 20 out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministro da Saúde avalia qualidade de atendimento do SUS - parte 2. Publicado em 01 de março de 2012. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=xTuufNK7gKI>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Apresentação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<http://idsus.saude.gov.br/documentos/Apresentacao_IDSUS.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:<http://idsus.saude.gov.br/documentos/IDSUS_Texto_Base_13-03-14.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS): Fichas Técnicas dos Indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<<http://idsus.saude.gov.br/assets/simplificadas.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 382/GM, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Disponível em:<www.saude.sc.gov.br/Eventos/encontro%20de%20regulacao/.../pt382%20PNASS.pdf>. Acesso em: 13 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 17 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.517, de 24 de julho de 2013. Institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1517_24_07_2013.html>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.669, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.840, de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e a Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3840_07_12_2010.html>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 3, de 30 de janeiro de 2012. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite.

Resolução n. 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais de saúde. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/Resolucoes-CIT-n---8-e-10.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação em Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação de Programação em Assistência. **Diretrizes para Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em:<<http://www.fag.edu.br/professores/jhonny/pol%EDticas%20de%20sa%FAde%20do%20sus/pol%EDticas%20de%20sa%FAde.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores:**

doenças crônicas não-transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. TV NBR. Índice de Desempenho do SUS avalia acesso e qualidade do serviço público de saúde no Brasil. NBR Entrevista. 03/05/2012. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=Qrk8HbNTXBY>>. Acesso em: 24 dez. 2016.

BROUSELLE, Astrid; LACHAINE, Jean; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. A Avaliação Econômica. *In*: BROUSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fioc, 2011.

CALHEIROS, Celso. Chamado de incompetente por Paes, ministro adota tom pacífico. Jornal do Brasil. 02/03/2012. Disponível em:<<http://www.jb.com.br/pais/noticias/2012/03/02/chamado-de-incompetente-por-paes-ministro-adota-tom-pacifico/>>. Acesso em: 13 set. 2016.

CALIXTO, Cacilda. Prefeitura contesta índices do SUS e afirma que a Saúde de Palmas é considerada referência. Assessoria de Comunicação - Prefeitura Municipal de Palmas. 20/03/2012. Disponível em:<<http://www.pmp.pr.gov.br/noticias.php?id=1032>>. Acesso em: 11 set. 2016.

CALNAN, Michael. Métodos de levantamento quantitativo na pesquisa em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Org.). **Pesquisa em Saúde**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. São Paulo: Roca, 2011.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. Benchmarking Canada's Health System: International Comparisons. Nov, 2013. Disponível em:<<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC2416>>. Acesso em: 11 set. 2015.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Canadian Public Health Association. 2010. Disponível em:<<http://www.cpha.ca/en/default.aspx>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

CANZONERI, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. Diretor do CEBES comenta sobre o IDSUS no Canal Saúde. Publicado em 04 de abril de 2012. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=IBNNmN9fMYs>>. Acesso em: 10 out. 2015.

CHAMPAGNE, François *et al.* A Análise dos feitos. *In:* BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a.

_____. A Análise Estratégica. *In:* BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fioc, 2011b

_____. A Análise Lógica. *In:* BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fioc, 2011c.

_____. A Apreciação Normativa. *In:* BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fioc, 2011d.

_____. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In:* BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011e.

_____. Utilizar a Avaliação. *In:* BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fioc, 2011f.

CHRISTIE; Christina A.; ALKIN, Marvin C. Evaluation Theory re-examined. **Studies in Educational Evaluation**, v. 34, p. 131-5, 2008.

COHEN, Michael D.; MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. A Garbage Can: Model of Organizational Choice. **Administrative Science Quarterly**, v. 17, n. 1, p. 1-25, Mar. 1972.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas das Iniquidades em Saúde no Brasil**. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde (17 a 21 de março de 1986). [s.d.], 1986. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Relatório Final da 9a. Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho (09 a 14 de agosto de 1992). Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 10 set.

2015.

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde: IX em Vídeo**. Brasília: IX CNS: Grupo Técnico de Comunicação Social, 2013. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=nFzyx8_WgAg>. Acesso em 10 abr. 2017

_____. Relatório Final da 10a. Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca (02 a 06 de setembro de 1996). Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Relatório Final da 11a. Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social (15 a 19 de dezembro de 2000). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Relatório Final da 12a. Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca (07 a 11 de dezembro de 2003). Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Relatório Final da 13a. Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Dualidade de Vida: políticas de Estado e desenvolvimento (14 a 18 de novembro de 2007). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Relatório Final da 14a. Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro (30 de novembro a 4 de dezembro de 2011). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **CONASS 25 ANOS**. Brasília: Conass, 2007.

_____. **SUS: Avanços e Desafios**. Brasília: Conass, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliar a Avaliação. *In*: BROUSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CURIEL, Enriqueta Valdez. Rádio ADO: avaliação qualitativa de uma intervenção radiofônica de educação-entretenimento no México. *In*: MERCADO, Francisco Javier; BOSI, Maria Lúcia Magalhães (Orgs). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**: enfoques emergentes. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010

DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e Políticas de Governo: o caso da saúde pública. *In*: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

DAVID, Paul A. Clio and the Economics of QWERTY. **The American Economic Review**, vol. 75, n. 2, p. 332-337, May, 1985.

DAVIS, Peter; SCOTT, Alastair. Métodos de Amostragem de Pesquisa em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. São Paulo: Roca, 2011.

DAHL, Robert. Polyarchal Democracy. *In*: DAHL, Robert A.; SHAPIRO, Ian; CHEIBUB, José Antonio. **The Democracy Sourcebook**. Cambridge: The Mit Press, 2003.

DeLEON, Peter. The Historical Roots of the Field. *In*: MORAN, Michael; REIN, Martins; GOODIN, Robert E. (Orgs). **The Oxford Handbook of Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

_____. MARTELL, Christine. The Policy Sciences: Past, Present and Future. *In*: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon. (Orgs). **Handbook of Public Policy**. London: SAGE, 2006.

_____. Una revisión del proceso de las políticas: de Lasswell a Sabatier. **Gestión y Política Pública**, v. 6, n. 1, p. 5-17, jul. 1997.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A Pesquisa Qualitativa nos Serviços de Saúde: notas teóricas. *In*: MERCADO, Francisco Javier; BOSI, Maria Lúcia Magalhães (Orgs). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde**: enfoques emergentes. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas: Princípios, Propósitos e Processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DIERMEIER, Daniel; KREHBIEL, Keith. Institutionalism as a Methodology. **Journal of Theoretical Politics**, v. 15, n. 2, p. 123-44, 2003.

DiMAGGIO, P.J.; POWELL, W.W. A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 74-89, abr./jun. 2005.

di IORIO, Colleen Konicki. **Measurement in Health Behaviour: Methods for research and education**. San Francisco: Jossey-Bass, 2005.

DOGAN, Mattei. Political Science and the Social Sciences. *In*: MORAN, Michael; REIN, Martins; GOODIN, Robert E. (Orgs). **The Oxford Handbook of Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

DRYZEK, John S.; DUNLEAVY, Patrick. **Theories of the Democratic State**. London, New York: Palgrave Macmillan, 2009.

DuBOIS, Carl-Ardy; CHAMPAGNE, François; BILODEAU, Henriette. Histórico da Avaliação. *In*: BROUSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DYE, Thomas R. **Understanding Public Policy**. 14. ed. New Jersey: Pearson, 2013.

EASTON, David. An Approach to the Analysis of Political Systems. **World Politics**, v. 9, n. 3, p. 383-400, Apr. 1957.

EGGERTSSON, Thráinn. The Old Theory of Economic Policy and the New Institutionalism. **World Development**, v. 25, n. 8, p. 1.187-203, 1997.

ESCOBAR, Eulália Maria Aparecida. Aspectos Conceituais da Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde. *In*: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow *et al.* (Orgs). **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Ícone, 2011.

ETZIONI, Amitai. Mixed Scanning: "Third" Approach to Decision-Making. **Public Administration Review**, v. 27, n. 5, p. 385-92, Dec. 1967.

_____. Mixed Scanning Revisited. **Public Administration Review**, v. 46, n. 1, p. 8-14, Jan. Feb. 1986.

FARAND, Lambert. A Análise da Produção. *In*: BROUSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

FARIA, Marcília Medrado. Movimentos Populares e o Surgimento do SUS no Estado de São Paulo. *In*: FARIA Marcília Medrado; JATENE, Adib Domingos (Org). **Saúde e os Movimentos Sociais: O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 1995.

FERTMAN, Carl I.; ALLENSWORTH, Diane D.; AULD, M. Elaine. What Are Health Promotion Programs. *In*: FERTMAN, Carl I.; ALLENSWORTH, Diane D. (Eds). **Health Promotion Programs: from Theory to Practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

FLIGSTEIN, N. The structural transformation of american industry: an industrial account of the causes of diversification in the largest firms, 1919-1979. *In*: POWELL, W.W.; DiMAGGIO, P.J. (Eds). **The institutionalism in organizational analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991,p. 331-6.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (Fiocruz). ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (ENSP). Divulgação do Índice de Desempenho do SUS repercute na academia. Disponível em:<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29669>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

_____. INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.

GARMAN, Sebastian. Trends and transitions: the sociopolitical context of public health. *In*: SCRIVEN, Angela; GARMAN, Sebastian. (Orgs). **Public Health: social context and action**. New York: McGraw-Hill Education, 2007.

GODOY, Arilda Schmidt. Estudo de caso qualitativo. *In*: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa da (Orgs). 2. ed. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos** São Paulo: Saraiva, 2010.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n. 2, p. 1409-1419, 2009.

GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Mensuração em Saúde Pública. *In*: ROCHA, Aristides Almeida; CÉSAR, Chester Luiz Galvão (Ed). **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

GREEN, Judith. Uso de grupos de discussão na Pesquisa em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. São Paulo: Roca, 2011.

GREEN, Mick; COLLINS, Shane. Policy, Politics, and Path Dependency: Sport Development in Australia and Finland. **Sport Management Review**, n. 11, p. 225-251, 2008.

GREENER, Ian. The potential of Path Dependence in Political Studies. **Politics**. v. 25, n. 1, p. 62-72, 2005.

GREINER, John. Trained observer ratings. *In*: WHOLEY, Joseph S.; HATRY, Harry P.; NEWCOMER, Kathryn E. (Eds.) **Handbook of Practical Program Evaluation**. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Epistemological and Methodological Cases of Naturalistic Inquiry. **Educational Communication and Technology Journal**. v. 30, n. 4, p. 233-52, Winter 1986.

HAIR JÚNIOR, Joseph F. *et al.* **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

_____. **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do Neo-Institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 193-224, 2003.

HAMMOND, Allen *et al.* **Environmental Indicators**: a systematic approach to measuring and reporting on environmental policy performance in the context of sustainable development. Washington, DC: World Resources Institute, 1995.

HARRIS, Muriel J. **Evaluating Public and Community Health Programs**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

HILL, Michael. **The Public Policy Process**. 4. ed. Essex: Pearson Education, 2005.

HEIDEMANN, Francisco G. Do Sonho do Progresso às Políticas de Desenvolvimento. *In*: _____; SALM, José Francisco (Orgs). **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014.

_____; SALM, José Francisco. Parte II - Modelos para Análise de Decisões Político-Administrativas. *In*: _____; _____ (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014.

HERRING, Ronald J. Persistent Poverty and Path Dependency – Agrarian Reform: Lessons from the United States and India. **IDS Bulletin**, vol. 30, n. 2, 1999.

HODGSON, Geoffrey M. What Are Institutions? **Journal of Economic Issues**, v. 40, n. 1, p. 1-25, Mar., 2006.

HOFFERBERT, Richard I.; CINGRANELLI, David Louis. Public Policy and Administration: Comparative Policy Analysis. *In*: GOODIN, Robert E.; KLINGERMAN, Hans-Dieter (ed.) **A New Handbook of Political Science**. London: Oxford Press, 1998.

HOUSE, Ruth Schuyler; ARARAL JUNIOR, Eduardo. The Institutional Analysis and Development Framework. *In*: ARARAJ Jr. *et al.* (Eds). **Routledge Handbook of Public Policy**. New York: Routledge, 2013.

HOWLETT, Michael. Process Sequencing Policy Dynamics: Beyond Homeostasis and Path Dependency. **Journal of Public Policy**, vol. 29, n. 3, p. 241-262, Dec., 2009.

HOWLETT, Michael; RAYNER, Jeremy. Understanding the historical turn in the policy sciences: critique of stochastic, narrative, path dependence and process-sequencing models of policy-making over time. **Policy Sciences**. v. 39, n. 1, p. 1-18, 2006.

HUGHES, David. Observação Participante na Pesquisa em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. São Paulo: Roca, 2011.

HUNTER, David. Public Health: historical context and current agenda. *In*: SCRIVEN, Angela; GARMAN, Sebastian. **Public Health: social context and action**. New York: McGraw-Hill Education, 2007.

IMMERGUT, Ellen. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 30, fev. 1996.

_____. Institutional constraints on policy. *In*: GOODIN. R.E.; REIN, M.; MORAN. M. (Eds). **The Oxford handbook of Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

_____. The theoretical core of the New Institutionalism. **Politics and Society**, v. 26, n. 1, p. 5-34, 1998.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. 4. ed. Campinas: Alínea, 2009a.

_____. **Indicadores Socioeconômicos na Gestão Pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009b.

JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. Program Evaluation Standards Statements, 2011. <Disponível em: <<http://www.jcsee.org/program-evaluation-standards-statements>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

JONES, Bryan D.; BOUSHEY, Graeme; WORKMAN, Samuel. Behavioral rationality and the policy processes: toward a New Model of Organizational Information Processing. *In*: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon. (Org). **Handbook of Public Policy**. London: SAGE, 2006.

JONES, Kathryn. Revisão Bibliográfica na Área de Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. São Paulo: Roca, 2011.

KATZ, Mitchell H. **Evaluating Clinical and Public Health Interventions**: a practical guide to study design and statistics. New York: Cambridge University Press, 2010.

KAY, Adrian. A critique of the Use of path Dependence in Policy Studies. **Public Administration**. v. 83, n. 3, p. 553-71, 2005.

KINGDON, John W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2. ed. Essex: Pearson, 2014.

LANGBEIN, Laura; FELBINGER, Claire. **Public Program Evaluation**: a statistical guide. New York: Sharpe, 2006.

LASSWELL, Harold Dwight. **A re-view of Policy Sciences**. [s.d]. Elsevier, 1971.

_____. **Politics**: who gets what, when, how. New York: Peter Smith, 1950.

LEE, Raymond M. **Métodos Não Interferentes em Pesquisa Social**. Lisboa: Gradiva, 2003.

LEFREVE, Fernando; LEFREVE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de Saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEWITH, George; LITTLE, Paul. Experimentos controlados aleatoriamente. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. São Paulo: Roca, 2011.

LINDBLOM, Charles E. The Science of "muddling through". **Public Administration Review**, v. 19. n. 2, p. 79-88, Spring, 1959.

LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, Egon E. Research, Evaluation, and Policy Analysis: heuristics for disciplined inquiry. **Policy Studies Review**, v. 5, n. 3, p. 546-65, 1986.

LOUREIRO, Maria Rita; TEIXEIRA, Marco Antônio Carvalho; MORAES, Tiago Cacique. Democratização e Reforma do Estado: o desenvolvimento institucional dos tribunais de contas no Brasil recente. **Revista de Administração Pública**, vol. 43, n. 4., p. 739-792, jul./ago., 2009.

LOW, Jacqueline. Entrevistas não estruturadas e Pesquisa em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. São Paulo: Roca, 2011.

LOWI, Theodore J. American Business, Public Policy, Case-studies and Political Theory. **World Politics**, v. 16, p. 677-715, 1964.

MACKE, Janaina. A Pesquisa-Ação como Estratégia de Pesquisa Participativa. *In*: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa da (Orgs). 2. ed. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos São Paulo: Saraiva, 2010.

MACHADO, Paulo Henrique Battaglin. Epidemiologia: uma abordagem reflexiva. *In*: MACHADO, Paulo Henrique Battaglin; LEANDRO, José Augusto; MICHALISZYN, Mário Sérgio. **Saúde Coletiva**: um campo em construção. Curitiba: Editora IBPEX, 2006.

MAHONEY, James. Path Dependence in Historical Sociology. **Theory and Society**, vol. 59, p. 507-548, 2000.

MAJONE, Giandomenico; WILDASKY, Aaron. Implementation as Evolution. *In*: THEODOULOU, Stella Z.; CAHN, Mathew A. (Orgs). **Public Policy: the essential readings**. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2012.

MALTCHICK, Roberto; GRILLO, Márcio. Após reação de prefeitos, indicador para qualidade do SUS é abandonado: concebido em 2011 e deixado de lado em 2014, IDSUS foi alvo de resistência política. O Globo. 14/11/2016. Disponível em:<<http://oglobo.globo.com/brasil/apos-reacao-de-prefeitos-indicador-para-qualidade-do-sus-abandonado-20463391>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. Neo-Institucionalismo: fatores organizacionais na vida política. **Revista Sociol. Política**, v. 16, n. 31, p. 121-42, nov. 2008.

MÁRIO, Pueri do Carmo. Análise discriminante. *In*: CORRAR, Luiz J.; PAULO, Edilson; DIAS FILHO, José Maria (Orgs). **Análise Multivariada: para os cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia**. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al.* (Org). **O Choque de Gestão na Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais: 2009.

MATTOS, Pedro Lincoln C. L. de. Análise de entrevistas não estruturadas: da formalização à pragmática da linguagem. *In*: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa da (Orgs). 2. ed. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos** São Paulo: Saraiva, 2010.

McGINNIS, Michael D. An Introduction to IAD Framework and the Language of the Ostrom Workshop: a simple guide to a complex Framework. **Policy Studies Journal**,v. 39, n. 1, 2011.

_____. **How to Use the IAD Framework**. Disponível em <<http://php.indiana.edu/~mcginnis/howtouseIAD.pdf>>. 25 Aug. 2012. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **Updated guide to IAD and the language of the Ostrom workshop: a simplified overview of a complex Framework for the Analysis of institutions and their development**.

Version 2g. June, 2016. Disponível em: <http://pages.iu.edu/~mcginnis/iad_guide.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____; ALIGICA, Paul Dragos. Institutional Analysis and Political Economy. *In*: ARARAJ Jr. *et al.* (Eds). **Routledge Handbook of Public Policy**. New York: Routledge, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Editora Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

MENDES, Marina Ferreira de Medeiros *et al.* Avaliabilidade ou ré-Avaliação de um Programa. *In*: SAMICO, Isabella *et al.* (Orgs) **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

MERCADO, Francisco Javier; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Avaliação Não-Tradicional de Programas de Saúde: anotações introdutórias. *In*: MERCADO, Francisco Javier; BOSI, Maria Lúcia Magalhães (Orgs). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MEYER, Wolfgang. Measuring; indicators - scales - indices - interpretations. *In*: STOCKMANN, Reinhard. (Org.) **A Practitioner Handbook of Evaluation**. Cheltenham (UK): Edward Elgar 2011a.

_____. Data collection: surveys - observations - non-reactive procedures. *In*: STOCKMANN, Reinhard (Org.). **A Practitioner Handbook of Evaluation**. Cheltenham (UK): Edward Elgar, 2011b

MILTON JÚNIOR. Índice avaliará desempenho do Sistema Único de Saúde: participantes da Comissão Intergestora Tripartite conheceram o novo método de avaliação que terá por referência o acesso e a qualidade dos serviços. **Agência Saúde**. 27/10/2011. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/818-indice-avaliara-desempenho-do-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

MINTROM, Michael; WILLIAMS, Claire. Public Policy debate and the rise of Policy Analysis. *In*: ARARAJ Jr. *et al.* (Eds). **Routledge Handbook of Public Policy**. New York: Routledge, 2013.

MURTA, Genilda Ferreira (Org). **Dicionário Brasileiro de Saúde**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

NARVAI, Paulo Capel; SÃO PEDRO, Paulo Frazão. Práticas de Saúde Pública. *In*: ROCHA, Aristides Almeida; CÉSAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

NELSON, Barbara J. Public Policy and Administration: An Overview. *In*: GOODIN, Robert E.; KLINGERMANN, Hans-Dieter (Eds). **A New Handbook of Political Science**. London: Oxford Press, 1998.

NEWCOMER, Kathryn E.; WIRTZ, Philip W. Using statistics in Evaluation. *In*: WHOLEY, Joseph S.; HATRY, Harry P.; NEWCOMER, Kathryn E. (Eds). **Handbook of Practical Program Evaluation**. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

OLIVEIRA, Mirian; FREITAS, Henrique. Focus group: instrumentalizando o seu planejamento. *In*: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa da (Orgs). 2. ed. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos** São Paulo: Saraiva, 2010.

OLIVEIRA, Lilian Ribeiro de; PASSADOR, Cláudia Souza. The brazilian unified national Health system: proposal of a cost-effectiveness evaluation model. *Brazilian Administration Review*. v. 13, n. 2, p. 1-20, 25 jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-76922016000200302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2016.

ORTEGA, José Luis; INFANTE, Claudia; PALACIOS, Esther Tavera. A duplicação de Serviços como expressão de insatisfação dos pacientes. *In*: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Orgs). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

ORRÚ, M.; BIGGART, N.W.; HAMILTON, G.G. Organizational isomorphism in East Asia. *In*: POWELL, W.W.; DiMAGGIO, P.J. (Eds). **The institutionalism in organizational analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991, p. 361-89

OSTROM, Elinor. Background on Institutional Analysis and Development Framework. **The Policies Studies Journal**. vol. 39, n. 1, p. 7-27, 2011.

_____. Institutional Rational Choice: an assessment of the Institutional Analysis and Development Framework. *In*: SABATIER, Paul A. (Org). **Theories of Policy Process**. 2nd. ed. Cambridge: Westview Press, 2007.

_____; HESS, Charlotte. A Framework for Analysing the Knowledge Commons. In: HESS, Charlotte; OSTROM, Elinor (Eds). **Understanding Knowledge as a Commons: from theory to practice**. Cambridge: The MIT Press, 2007.

PACHECO, Gabriela. Irritado com pesquisa do SUS, prefeito do Rio chama Ministro da Saúde de irresponsável. R7 Notícias. 01/03/2012. Disponível em:<<http://noticias.r7.com/saude/noticias/irritado-com-pesquisa-do-sus-prefeito-do-rio-chama-ministro-da-saude-de-irresponsavel-20120301.html>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

PAGE, Edward C. The Origins of Policy. *In*: MORAN, Michael; REIN, Martins; GOODIN, Robert E. (Orgs). **The Oxford Handbook of Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

PAGE, Scott E. Path Dependence. **Quartely Journal of Political Science**, v.1, n. 1, p. 85-115, Jan. 2006.

PARK, Sang-Chul; LEE, Seon-Keun. The National and Regional Innovation Systems in Finland: from the Path Dependency to the Path Creation Approach. **AI & Soc**, n. 19, p. 180-195, 2005.

PATTON, Michael Quinn. Making Methods Choices. **Evaluation and Program Planning**, v. 3, p. 219-28, 1980.

_____. Integrating Evaluation into a Program for Increased Utility and Cost-Effectiveness. **New Directions for Program Evaluation** San Francisco, n. 39: Fall, 1988.

_____. Qualitative Methods and Approaches: What Are They? **New Directions for Institutional Research: Qualitative Methods for Institutional Research**, San Francisco, n. 34 March, 1982.

_____. **Utilization-Focused Evaluation**. 3.ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1997.

PAULINO, Ivan; BEDIN, Livia Perasol; PAULINO, Livia Valle. **Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Ícone, 2009.

PEREIRA, William César Castilho. Movimento Institucionalista: principais abordagens. **Estudos e Pesquisas em Sociologia**, Rio Janeiro, v. 7, n. 1, p. 10-19, abr., 2007.

PERES, Paulo Sérgio. Comportamento ou instituições? A evolução Histórica do Neo-Institucionalismo da Ciência Política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 68, p. 53-71, out., 2008.

PETERS, B. Guy. **Institutional Theory in Political Science: The New Institutionalism**. New York: PINTER, 1999.

PETERS, B. Guy. Political Institutions, Old and New. *In*: GOODIN, Robert E.; KLINGERMAN, Hans-Dieter (Eds) **A New Handbook of Political Science**. London: Oxford Press, 1998.

PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon; KING, Desmond S. The Politics of Path Dependence: Political Conflict in Historical Institutionalism. **The Journal of Politics**, v. 67, n. 4, p. 1.275-1300, Nov., 2005.

PIERRE, Robert G. St. Using Randomized Experiments. *In*: WHOLEY, Joseph S.; HATRY, Harry P.; NEWCOMER, Kathryn E. (Eds). **Handbook of Practical Program Evaluation**. 2nd. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

PIERSON, Paul. **Dismantling the Welfare State: Reagan, Thatcher, and the Politics of retrenchment**. London: Cambridge University Press, 1994.

_____. **Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis**. Princeton (New Jersey): Princeton University Press, 2004.

POHLMANN, Marcelo Coletto. Análise de Conglomerados. *In*: CORRAR, Luiz J.; PAULO, Edilson; DIAS FILHO, José Maria (Orgs). **Análise Multivariada: para os cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia**. São Paulo: Atlas, 2011.

PORTUGAL. Agência Portuguesa do Ambiente. **Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (SIDS)**. Proposta para um sistema de indicadores de desenvolvimento sustentável. 2000. Disponível em < <http://www.iambiente.pt/sids/sids.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

PRATES, Marco. As 100 cidades brasileiras com a melhor saúde pública: apenas 6 estados concentram as 100 cidades que oferecem o melhor atendimento à sua saúde no Sistema Único de Saúde. Veja. 03/01/2013. Disponível em:<<http://exame.abril.com.br/brasil/as-100-cidades-brasileiras-com-a-melhor-saude-publica/>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

QUEIROZ, Roosevelt Brasil. **Formação e estágio de Políticas Públicas**. 2. ed. rev. atual. e ampl. Curitiba: Ibpx, 2009.

RAAK, Arno van; PAULUS, Aggie. The Emergence of Multidisciplinary Teams for Interagency Service Delivery in Europe: Is Historical Institutionalism Wrong? **Health Care Analysis**, v. 16, n. 4, p. 342-52, Dec., 2007.

REINHARDT, Charles S.; MARK, Melvin M. Quasi-Experimentation. *In*: WHOLEY, Joseph S.; HATRY, Harry P.; NEWCOMER, Kathryn E. (Eds). **Handbook of Practical Program Evaluation**. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

REIS, Afonso Teixeira dos; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; SELLERA, Paulo Eduardo. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S.l.], v. 6, n. 2, Aug., 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/543>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

REISMAN, David. **Health Care and Public Policy**. Cheltenham (UK): Edward Elgar, 2007.

RICHARDSON, Jeff; WILDMAN, John; ROBERTSON, Iain K. A Critique of the World Health Organization's evaluation of health system performance. **Health Economics**, v. 12, n. 5, p. 355-66, May, 2003.

ROOTMAN, Irving et. al. A Framework for Health Promotion Evaluation. *In*: ROOTMAN, Irving *et al.* (Eds). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Denmark: WHO Regional Publications (92), 2001.

ROYSE, David; THYER, Bruce A.; PADGETT, Deborah K. **Program Evaluation: An Introduction**. Wadsworth: Cengage Learning, 2010.

SADOVNIK, Alan R. Qualitative Research and Public Choice. *In*: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald J.; SIDNEY, Mara S. (Orgs). **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods**. New York: CPC Press, 2007.

SAKS, Mike; ALLSOP, Judith. Introdução - Pesquisa na Área de Saúde: Aspectos Contextuais. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. São Paulo: Roca, 2011.

SALES, Priscilla. Nota da saúde em Franca é pior que a média do Brasil. GCN.NET.BR. 03/03/2012. Disponível em:<<http://gcn.net.br/noticias/162844/franca/2012/03/N0TA-DA->

SAUDE-EM-FRANCA-E-PIOR-QUE-A-MEDIA-D0-BRASIL-162844>. Acesso em: 23 dez. 2016.

SANTOS, Álvaro da Silva. Gestão em Atenção Primária à Saúde e Enfermagem: Reflexão e Conceitos Importantes. *In*: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria R. Camargo de (Orgs). **A Enfermagem na Gestão em Atenção Primária à Saúde**. Barueri, SP: Manole, 2007.

SCRIVEN, Angela. Public Health: an overview of social context and action. *In*: SCRIVEN, Angela; GARMAN, Sebastian (Orgs). **Public Health: social context and action**. New York: McGraw-Hill Education, 2007.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SENGE, Konstanze. The 'New Institutionalism' in Organization Theory: bringing society and culture back in. **The American Sociologist**, v. 44, n. 1, p. 76-95, Mar., 2013.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes Constitucionais**. São Paulo: Verbatim, 2009.

SHIKIDA, Pery Francisco Assis; PEROSA, Bruno Benzaquen. Álcool Combustível no Brasil e *Path Dependence*. **Revista de Economia e Sociedade Rural**, vol. 50, n. 2, Brasília, p. 243-262, 2012.

SILVEIRA, Cláudia Hausman. Algumas considerações a respeito das Políticas de Saúde no Brasil. *In*: MACHADO, Paulo Henrique Battaglin; LEANDRO, José Augusto; MICHALISZYN, Mário Sérgio (Orgs). **Saúde Coletiva: um campo em construção**. Curitiba: IBPEX, 2006.

SIMON, Herbert A. A Behavioral Model of Rational Choice. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 69, n. 1, p. 99-118, Feb. 1955.

SIRIWARDENA, A. Niroshan. Métodos Experimentais na Pesquisa em Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. São Paulo: Roca, 2011.

SMITH, Sarah *et al.* **Health Care Evaluation**. Berkshire (UK): Open University Press (McGraw-Hill), 2005.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, jul./dez., 2006.

SOUZA, Ana Cristina A. de; COSTA, Nilson do Rosário. Política de Saneamento Básico no Brasil: discussão de uma trajetória. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 3, p. 615-634, jul-set, 2016.

STAKE, Robert E. Program Evaluation, Particularly Responsive Evaluation. *In*: MADAUS, George F.; SCRIVEN, Michael S.; STUFFLEBEAM, Daniel L. (Orgs). **Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation**. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1993.

_____. The Case Study Method in Social Inquiry. *In*: MADAUS, George F.; SCRIVEN, Michael S.; STUFFLEBEAM, Daniel L. (Orgs). **Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation**. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1992.

STEINMO, Sven. What is Historical Institutionalism? *In*: DELLA PORTA, Donatella; KEATING, Michael (Eds). **Approachs in the Social Sciences**. Cambridge UK: Cambridge University Press, 2008.

STOCKMANN, Reinhard. An Introduction to Evaluation. *In*: STOCKMANN, Reinhard. **A Practitioner Handbook of Evaluation**. Cheltenham (UK): Edward Elgar , 2011.

STUFFLEBEAM, Daniel L.; SHINKFIELD, Anthony J. **Systematic Evaluation: Self-Instructional Guide to Theory and Practice**. Norwell: Kluwer Academic, 1988.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. Avaliação de Serviços e Programas de Saúde para a Tomada de Decisão. *In*: ROCHA, Aristides Almeida; CÉSAR, Chester Luiz Galvão (Eds). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

THE WORLD BANK. World Bank Operations Evaluation Departament. **Monitoring and Evaluation: some tools, methods and approaches**. Washington: [s.e.], 2002.

THELEN, Kathleen. Historical Institutionalism in Comparative Politics. **Annu. Rev. Polit. Sci**, vol. [s.d.], n. 2, p. 369-404, 1999.

THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. Historical Institutionalism in Comparative Politics. *In*: STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONGSTRETH, Frank. **Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis**. London: Cambridge University Press, 1992.

THE WORLD BANK. Independent Evaluation Group. The Canadian M&E System: Lessons Learned from 30 Years of Development. Washington, DC. Nov., 2010. Disponível em <www.worldbank.org/ieg/ecd>. Acesso em: 15 dez. 2016.

THÉRET, Bruno. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 225-54, 2003.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. **Métodos Estruturalistas**: pesquisa em ciências da gestão. São Paulo: Atlas, 2008.

TRIBUNA DO NORTE. **IDSUS não reflete a realidade**. 06/03/2012. Disponível em <<http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/idsus-nao-reflete-realidade/213991>>. Acesso em: 10 set. 2015.

TRITTER, Jonathan. Métodos Mistos e Pesquisa Multidisciplinar em Cuidados com Saúde. *In*: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. São Paulo: Roca, 2011.

TYLER, Ralph W. A Rationale for Program Evaluation. *In*: MADAUS, George F.; SCRIVEN, Michael S.; STUFFLEBEAM, Daniel L. (Orgs). **Evaluation Models**: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1974.

TYLER, Ralph W. Utilizing Research in Curriculum Development. **Theory into Practice** (Evaluation and Program Development), v. 13, n. 1, p. 5-10, Feb. 1974.

UGÁ, Maria Alícia D.; PORTO, Silvia Marta. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

UENO, Helene Mariko; NATAL, Délsio. Fundamentos de Epidemiologia. *In*: ROCHA, Aristides Almeida; CÉSAR, Chester Luiz Galvão (Ed.). **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

UNITED KINGDOM. National Health System: **NHK Choices: your health, your choices**. Disponível em <<http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>>. Acesso em: 20 set. 2016.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Handbook of Planning, Monitoring and Evaluation for Development Results**. New York: UNDP Press, 2009.

UNITED STATES. GENERAL ACCOUNTING OFFICE. Program Evaluation and Methodology Division. **Content Analysis: a Methodology for Structuring and Analyzing Written Material.** [s.l, s.v, s.n, s.p.], Sept. 1996.

VEDUNG, Evert. Six Models of Evaluation. *In: ARARAL Jr. et al. (Ed.). **Routledge Handbook of Public Policy.*** New York: Routledge, 2013.

VIACAVA, Francisco et al . Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 711-24, set. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ., 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>.

WATERMAN, Heather. Pesquisa-Ação e Saúde. *In: SAKS, Mike; ALLSOP, Judith (Orgs). **Pesquisa em Saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos.*** São Paulo: Roca, 2011.

WATERS, Bruce. Historical Narrative. ***Southern Journal of Philosophy***, p. 206-17, 1967.

WEBER, Max. Gabriel Cohn (Org.) Florestan Fernandes (Coord). ***Sociologia***. 7. ed. São Paulo: Ática, 1999.

WEBER, Max. ***Burocracia***. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1946.

WHITFORD, Andy. The Public Choice Perspective. *In: ARARAJ Jr. et al. (Eds). **Routledge Handbook of Public Policy.*** New York: Routledge, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Equity, social determinants and public health programs.*** Geneva: WHO Press, 2010.

_____. Health Promotion Glossary. Genebra: WHO, 1998. Disponível em:<<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

_____. Social Determinant of Health. Disponível em:<http://www.who.int/social_determinants/en/> Acesso em: 01 out. 2015.

_____. ***The World Health Report 2000: health systems: improving performance.*** Geneva: [s.e.], 2000.

_____. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAN AMERICAN SANITARY BUREAU. **Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2001.

YANOW, Dvora. Qualitative-Interpretative Methods in Policy Research. *In*: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald J.; SIDNEY, Mara S. (Orgs). **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods**. New York: CPC Press, 2007.

YIN, Robert S. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.