



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

LUIZ JARBAS DE MESQUITA

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA VINCULAÇÃO DE 12% DA RECEITA
LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS PARA GASTOS COM
SAÚDE

Fortaleza-CE
Março/2012

LUIZ JARBAS DE MESQUITA

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA VINCULAÇÃO DE 12% DA RECEITA LÍQUIDA
DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS PARA GASTOS COM SAÚDE

Dissertação apresentada à Coordenação do
Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas
Públicas do Núcleo de Avaliação de Políticas
Públicas da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Fortaleza
Março/2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- M544a Mesquita, Luiz Jarbas de.
Avaliação da efetividade da vinculação de 12% da receita líquida de impostos e transferências para gastos com saúde / Luiz Jarbas de Mesquita. – 2012.
113 f. : il. color., enc. : 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Avaliação de políticas públicas.
Orientação: Prof. Dr Paulo César de Almeida.
- 1.Economia da saúde – Avaliação – Brasil – 2001-2009. 2.Transferências de recursos financeiros governamentais – Avaliação - Brasil – 2001-2009. 3.Despesa pública – Política governamental – Avaliação – Brasil – 2001-2009. 4.Brasil – Dotações e dispêndios – Avaliação – 2001-2009. 5.Política de saúde – Avaliação – Brasil – 2001-2009. I. Título.

CDD 336.390981

LUIZ JARBAS DE MESQUITA

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA VINCULAÇÃO DE 12% DA RECEITA LÍQUIDA
DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS PARA GASTOS COM SAÚDE

Dissertação apresentada à Coordenação do
Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas
Públicas do Núcleo de Avaliação de Políticas
Públicas da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre.


Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Aprovada em: 29 / 03 / 2012

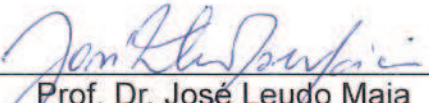
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof. Dr. Luiz Antonio Maciel de Paula
Universidade Federal do Ceará - UFC
Membro



Prof. Dr. José Leudo Maia
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Membro

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
APP	- Avaliação de Políticas Públicas
BID	- Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAFAZ	- Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais
CEPAL	- Comissão Econômica para a América Latina
CF	- Constituição Federal
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONFAZ	- Conselho Nacional de Política Fazendária
CPMF	- Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
DATASUS	- Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DDA	- Doença Diarreica Aguda
EC – 29	- Emenda Constitucional Nº 29
EUA	- Estados Unidos da América
FINEP	- Financiadora de Estudos e Projetos
FMI	- Fundo Monetário Internacional
GEFIN	- Grupo de Gestores Financeiros dos Estados
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	- Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
ISEB	- Instituto Superior de Estudos Brasileiros
MCT	- Ministério da Ciência e Tecnologia
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PCB	- Partido Comunista Brasileiro
RIPSA	- Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RLIT	- Receita Líquida de Impostos e Transferências
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SIA	- Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	- Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sic)
SISPACTO	- Aplicativo do Pacto pela Saúde
SPSS	- Statistical Package for Social Sciences
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
UFC	- Universidade Federal do Ceará

Este trabalho é dedicado a Ofélia Alencar de Mesquita, pretosa, minha MULHER, que comigo vive as poucas dores e muitas alegrias da existência, inclusive esta.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo;

Aos meus Pais, Vicente e Maria de Lourdes, colaboradores fiéis do primeiro;

aos filhos amados Vítor, Marta e Ana Luísa;

a todos os outros familiares (ainda presentes ou na glória), de um lado e de outro;

ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, muito mais do que um orientador;

à comunidade bofótica, pelas intermináveis manifestações de amizade sincera, especialmente ao meu amigo-irmão Maia;

aos colegas fazendários, em especial Cecília, Jurandir e Afrânio (grande alvinegro), pelo apoio e crença de que eu poderia;

a todos os professores e funcionários do MAPP; e

aos colegas da 5ª. Turma do MAPP, com quem tive a sorte de conviver e compartilhar muitas incertezas e alguns sucessos.

"Não é merecedor do favo de mel aquele que evita a colméia porque as abelhas têm ferrões."

William Shakespeare

RESUMO

No Brasil, a saúde pública é motivo de inúmeras críticas por parte da população e dos órgãos de imprensa, sendo que os responsáveis se queixam da falta de verbas para o setor. Uma das tentativas de debelar este problema veio com a vinculação de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT para gastos com saúde no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela Emenda Constitucional Nº 29. Este trabalho tem por objetivo verificar a efetividade desta política pública e responder se o cumprimento desta vinculação financeira corresponde a melhorias nos índices de saúde. A relevância do tema é definida pela própria Constituição Federal quando declara que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. A pesquisa, do tipo documental-quantitativa, foi realizada com a aplicação de métodos estatísticos sobre dados de gastos com saúde de seis estados selecionados, referentes ao período de 2001 a 2009, e sobre os índices de saúde selecionados para a pesquisa. As fontes são publicações de organismos oficiais na internet, e, com base na coleta, os dados receberam tratamento estatístico, utilizando-se para isto as ferramentas dos *softwares* SPSS, acrônimo de *Statistical Package for the Social Sciences* e *Microsoft Excel*, fazendo comparações entre os entes da Federação selecionados do ponto de vista dos gastos com saúde e procurando estabelecer as correlações entre estes gastos e a evolução dos índices de saúde, a fim de perceber os impactos da aplicação da Emenda Constitucional na melhoria, ou não, da saúde da população. Os resultados mostram que, em grande parte, pode-se considerar bom o grau de cumprimento da obrigatoriedade e que, apesar de uma melhora nos índices de saúde da população, esta não deve ser creditada somente à aplicação da Lei, demonstrando a importância da preocupação com a qualidade do gasto. Ao final, sugerem-se outras pesquisas que possam responder questões surgidas no decorrer da análise dos dados.

Palavras-Chave: Gastos com Saúde. Indicadores de Saúde. Efetividade. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The health public in Brazil has been aim of many criticism by the population and the press. The responsible persons complaint that the fund addressed to the sector is not sufficient. An attempt to solve this problem was to do a link of 12% of Taxes and Transfers Net Income – RLIT to be spent with health in states and Federal District, according to Constitutional Amendment nº 29. This paper has the aim to verify the effectiveness of this public policy and to answer if the implementation of this financial binding has corresponded to improvements in health indexes. The importance of this issue is defined by the Federal Constitution which defines that "health is everyone's right and duty of the state." The research, a quantitative documentation style, was accomplished by the application of statistical methods on health spending data in six selected states referring to the period 2001 to 2009, and over the health indicators chosen by the research. The sources are from an official organisms publications collected on the Internet, and, from this point, data were treated statistically by using SPSS software tools, an acronym for Statistical Package for Social Sciences and Microsoft Excel, doing comparisons among the entities of Federation selected from the point of view of health spending and seeking to establish correlations between these outgoings and the evolutions in health indexes in order to notice the Constitutional Amendment impacts on improving, or not, the population's health. The results showed that, in a large part, the obligation fulfillment degree can be considered good and that, In spite of the health indexes improvement, it mustn't be credited only to the law's application, showing the outgoings quality importance. At the end, it suggests further researches that can answer questions arised during the data analysis.

Keywords: Health Expenditures. Health Indicators. Effectiveness, Public Policy.

LISTA DE TABELAS

1 – Valores de %RLIT e Indicadores, de 2001 a 2009, para os Estados selecionados - Brasil	73
2 – Nº de observações, valores máximos, mínimos, média e desvio-padrão do %RLIT e indicadores para os Estados selecionados - Brasil.	75
3 - % RLIT Exigido e % RLIT Aplicado nos estados do Brasil, de 2001 a 2009.....	78
4 – Valores de r , p , B e N da relação %RLIT e os indicadores para os estados selecionados - Brasil, de 2001 a 2009.....	81
5 - %RLIT e Taxa de Mortalidade Infantil nos Estados Selecionados - Brasil, 2001-2008....	83
6 - %RLIT e Mortalidade proporcional por DDA em menores de 5 anos de idade nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009.....	86
7 - %RLIT e Tx internação por frat. de fêmur nos estados selecionados - Brasil, 2001 - 2009	88
8 - %RLIT e Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009.....	90
9 - %RLIT e Taxa de Incidência de Tuberculose nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009	92
10 - %RLIT e Taxa de mortalidade por diabetes melito nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009	95
11 - %RLIT e % Cobertura de Consultas de Pré-Natal (>6) nos Estados Selecionados - Brasil, 2001-2009.....	97
12 - %RLIT e Quantidade de Leitos Públicos por 10 Mil Habitantes nos Estados Selecionados - Brasil, 2001-2009	99
13 - %RLIT e Nº de consultas SUS por habitante nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009	101
14 - %RLIT e Tx de incidência de dengue nos estados selecionados - Brasil 2001-2009..	104

LISTA DE GRÁFICOS

1 - Evolução %RLIT e M. Infantil – Bahia.....	84
2 - Evolução %RLIT e M. Infantil – Ceará.....	84
3 - Evolução %RLIT e M. Infantil – Goiás.....	84
4 - Evolução %RLIT e M. Infantil - Pará.....	84
5 - Evolução %RLIT e M. Infantil - RG Sul.....	84
6 - Evolução %RLIT e M. Infantil - São Paulo.....	84
7 - %RLIT x Mortalidade Infantil.....	85
8 - Evolução %RLIT e Mortalidade DDA - Bahia.....	86
9 - Evolução %RLIT e Mortalidade DDA - Ceará.....	86
10 - Evolução %RLIT e Mortalidade DDA - Goiás.....	86
11 - Evolução %RLIT e Mortalidade DDA - Pará.....	86
12 - Evolução %RLIT e Mortalidade DDA - RG Sul.....	86
13 - Evolução %RLIT e Mortalidade DDA - São Paulo.....	86
15 - Evolução %RLIT e Tx de internação frat. fêmur - Bahia.....	88
16 - Evolução %RLIT e Tx de internação frat. fêmur - Ceará.....	88
17 - Evolução %RLIT e Tx de internação frat. fêmur - Goiás.....	88
18 - Evolução %RLIT e Tx de internação frat. fêmur - Pará.....	88
19 - Evolução %RLIT e Tx de internação frat. fêmur - RG Sul.....	88
20 - Evolução %RLIT e Tx de internação frat. fêmur - São Paulo.....	88
21 - %RLIT x Tx. de internação frat. fêmur.....	89
22 - Evolução %RLIT e Tx de mortalidade ap. circulatório Bahia.....	90
23 - Evolução %RLIT e Tx de mortalidade ap. circulatório Ceará.....	90
24 - Evolução %RLIT e Tx de mortalidade ap. circulatório Goiás.....	90
25 - Evolução %RLIT e Tx de mortalidade ap. circulatório Pará.....	90
26 - Evolução %RLIT e Tx de mortalidade ap. circulatório RG Sul.....	91
27 - Evolução %RLIT e Tx de mortalidade ap. circulatório São Paulo.....	91
28 - %RLIT x Tx. de mortalidade ap. circulatório.....	91

29 - Evolução %RLIT e Tx de incidência de tuberculose Bahia	92
30 - Evolução %RLIT e Tx de incidência de tuberculose Ceará.....	92
31 - Evolução %RLIT e Tx de incidência de tuberculose Goiás	93
32 - Evolução %RLIT e Tx de incidência de tuberculose Pará.....	93
33 - Evolução %RLIT e Tx de incidência de tuberculose RG Sul	93
34 - Evolução %RLIT e Tx de incidência de tuberculose São Paulo	93
35 - %RLIT x Tx. de incidência de tuberculose	94
36 - Evolução %RLIT e Tx de mort. por diabete melito Bahia	95
37 - Evolução %RLIT e Tx de mort. por diabete melito Ceará.....	95
38 - Evolução %RLIT e Tx de mort. por diabete melito Goiás.....	95
39 - Evolução %RLIT e Tx de mort. por diabete melito Pará.....	95
40 - Evolução %RLIT e Tx de mort. por diabete melito RG Sul.....	95
41 - Evolução %RLIT e Tx de mort. por diabete melito São Paulo.....	95
42 - %RLIT x Tx. de mort. por diabete melito.....	96
43 - Evolução %RLIT e % de cob.de consultas de pré-natal Bahia.....	97
44 - Evolução %RLIT e % de cob. de consultas de pré-natal Ceará	97
45 - Evolução %RLIT e % de cob. de consultas de pré-natal Goiás.....	97
46 - Evolução %RLIT e % de cob. de consultas de pré-natal Pará	97
47 - Evolução %RLIT e % de cob. de consultas de pré-natal RG Sul	97
48 - Evolução %RLIT e % de cob. de consultas de pré-natal São Paulo.....	97
49 - %RLIT x % Cobertura de consultas de pré-natal	98
50 - Evolução %RLIT e Leitos públicos por 10 mil habitantes Bahia.....	99
51 - Evolução %RLIT e Leitos públicos por 10 mil habitantes Ceará	99
52 - Evolução %RLIT e Leitos públicos por 10 mil habitantes Goiás.....	99
53 - Evolução %RLIT e Leitos públicos por 10 mil habitantes Pará.....	99
54 - Evolução %RLIT e Leitos públicos por 10 mil habitantes RG Sul.....	99
55 - Evolução %RLIT e Leitos públicos por 10 mil habitantes São Paulo.....	99
56 - %RLIT x Leitos públicos por 10 mil habitantes.....	100
57 - Evolução %RLIT e Consultas SUS por habitante Bahia.....	102

58 - Evolução %RLIT e Consultas SUS por habitante Ceará	102
59 - Evolução %RLIT e Consultas SUS por habitante Goiás	102
60 - Evolução %RLIT e Consultas SUS por habitante Pará	102
61 - Evolução %RLIT e Consultas SUS por habitante RG Sul	102
62 - Evolução %RLIT e Consultas SUS por habitante São Paulo	102
63 - %RLIT x Consultas SUS por habitante	103
64 - Evolução %RLIT e Taxa de incidência de dengue Bahia	104
65 - Evolução %RLIT e Taxa de incidência de dengue Ceará	104
66 - Evolução %RLIT e Taxa de incidência de dengue Goiás.....	104
67 - Evolução %RLIT e Taxa de incidência de dengue Pará.....	104
68 - Evolução %RLIT e Taxa de incidência de dengue RG Sul.....	104
69 - Evolução %RLIT e Taxa de incidência de dengue São Paulo.....	104
70 - %RLIT x Taxa de incidência de dengue.....	105

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualização	14
1.2. Objetivos.....	15
1.2.1 Objetivo Geral.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
1.2.3 Estrutura da Pesquisa.....	16
2 FORMAÇÃO DO BRASIL	19
2.1 Aspectos da Formação Social e Econômica do Brasil	19
2.2 Esboço Analítico do Estado Brasileiro Contemporâneo	33
3 POLÍTICAS PÚBLICAS	40
3.1 Definições de Política Pública	40
3.2 Intersetorialidade nas Políticas Públicas	42
3.3 Classificações das Políticas Públicas.....	44
3.4 Políticas Públicas de Saúde.....	46
4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - APP	48
4.1 Definições.....	48
4.2 Por que avaliar?.....	50
5 INDICADORES.....	52
5.1 Métrica, Medida e Indicadores	52
5.2 Conceitos.....	53
5.3 Indicadores de Saúde no Brasil	54
6 METODOLOGIA	58
6.1 Limitações da Pesquisa	58
6.2 Indicadores da Pesquisa.....	59
6.3 Tipo e Características de Abordagem da Pesquisa.....	70
6.4 Local e Período.....	72
6.5 Procedimentos de Análise	72
7 ANÁLISE DOS DADOS	73
7.1 Verificação do Cumprimento da EC- 29 por Parte dos Estados Brasileiros.....	77
7.2 Análise de Correlação, Significância e Regressão - %RLIT x Indicadores	81
7.3 Análise dos Indicadores.....	82
7.3.1 Análise do Indicador I1- Taxa de Mortalidade Infantil.....	83
7.3.2 Análise do Indicador I2 - Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade.....	85
7.3.3. Análise do Indicador I3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur.....	87

7.3.4 Análise do Indicador I4 - Tx de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório	89
7.3.5 Análise do Indicador I5 - Taxa de Incidência de Tuberculose.....	92
7.3.6 Análise do Indicador I6 - Taxa de Mortalidade por Diabete Melito.....	94
7.3.7 Análise do Indicador I7 - % Cobertura de Consultas de Pré-Natal (>6).....	96
7.3.8 Análise do Indicador I8 - Leitos Públicos por Mil Habitantes	98
7.3.9 Análise do Indicador I9 - Nº de Consultas SUS por Habitante.....	100
7.3.10 Análise do Indicador I10 - Taxa de Incidência de Dengue.....	103
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	108

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A saúde pública é motivo de inúmeras críticas por parte da população e dos órgãos de imprensa. Não raro, os responsáveis se queixam da falta de verbas para o setor. Entre as tentativas de debelar tal míngua de recursos, foi instituída a famosa Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF e criada a EC - 29 - Emenda Constitucional N° 29, de 13 de setembro de 2000, em virtude da qual os estados são hoje obrigados a vincular 12% da chamada Receita Líquida de Impostos e Transferências - RLIT para aplicação em ações e serviços públicos de saúde, tendo estes recursos se tornado uma das principais fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para os municípios, este percentual sobe para 15%. O Distrito Federal, que arrecada tanto impostos estaduais como municipais, tem que aplicar os mesmos percentuais de estados e municípios, dependendo do tipo de imposto que arrecadar. Até hoje, passados quase 12 anos da edição da Emenda Constitucional, as discussões sobre sua operacionalização, acerca de que tipos de gastos podem ser contados como dispêndios com saúde e tentativas de criar artifícios contábeis para diminuir a base de vinculação parecem objetivar fuga às determinações legais, mostrando dificuldades para sua completa implementação e, conseqüentemente, para o financiamento do SUS.

A saúde pública no Brasil é o objeto de estudo desta pesquisa. De pronto, é conveniente destacar duas questões. A primeira refere-se ao interesse que se tem acerca do tema e a segunda: é aceitável, do ponto de vista da ciência, a vinculação de recursos financeiros, estabelecida pela legislação, ser considerada uma política pública?

Em resposta à primeira indagação, pode-se dizer que, além de ser a saúde um tema que naturalmente interessa a todos, há dois pontos de contato que se tem com o assunto do estudo em foco: o fato de se ter atuado no mercado de planos de saúde privados de autogestão, ao dirigir a Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais - CAFAZ, entidade sem fins lucrativos, e, por isso, conhecer-se de perto a importância da qualidade do gasto para garantia da qualidade do atendimento aos usuários que pagam a conta, guardando, assim, similitude com o Sistema Único de Saúde - SUS.

Integra-se, ainda, o Grupo de Gestores Financeiros dos Estados – GEFIN, órgão de assessoramento do Conselho Nacional de Política Fazendária – CONFAZ, que é responsável, entre outras atividades, pela avaliação do impacto financeiro e fiscal de medidas como a regulamentação da EC - 29. As discussões ocorridas no âmbito do GEFIN aguçaram a curiosidade e a vontade de se ir além do interesse que tinham seus pares somente em fazer as contas para saber se os seus estados cumpriram ou não o percentual da vinculação. Era preciso estudar a efetividade da legislação.

A resposta positiva ao segundo questionamento pode ser dada mediante a análise das características comuns às políticas públicas e que também se encontram presentes no caso em foco, sem que sejam necessários grandes esforços de adequação: contexto histórico, marco legal, metas e objetivos, público-alvo, orçamento e avaliação. Portanto, afirma-se aqui que a vinculação constitucional de recursos para a saúde é, sim, política pública e, por isso mesmo, passível de avaliação.

A pergunta de base a que este trabalho tenta responder é: o aporte financeiro para gastos com ações e serviços públicos de saúde é garantia da melhoria das condições de saúde da população?

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar a efetividade da vinculação de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT para gastos com saúde determinada pela EC - 29. Em outras palavras, a pesquisa destina-se a, mediante indicadores e estados selecionados, avaliar a real melhoria da saúde da população. A maneira pela qual se fará esta avaliação está detalhadamente descrita no capítulo da metodologia.

1.2.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste ensino:

- verificar o cumprimento do percentual da Receita Líquida de Impostos e Transferências - RLIT para aplicação em ações e serviços públicos de saúde estabelecido pela EC - 29 em todos os estados brasileiros;
- estabelecer parâmetros de comparação cronológica nos estados selecionados para pesquisa, no que se refere à correlação entre seus gastos com saúde e a evolução dos seus indicadores de saúde. Em outras palavras, analisar, para um mesmo estado, a evolução temporal dos indicadores e sua possível correlação com o percentual da RLIT alocados para gastos com saúde; e
- estabelecer parâmetros de comparação entre os estados selecionados para verificar possíveis diferenças de resultados dos indicadores de saúde a serem analisados. Verificar se, por exemplo, há casos de um estado que tenha alocado um percentual da RLIT maior do que outro e, mesmo assim, tenha conseguido piores índices de saúde.

1.2.3 Estrutura da Pesquisa

Para perseguir estes objetivos, o trabalho foi organizado da forma a seguir descrita.

No capítulo 2, mostra-se um estudo da formação social e econômica do Brasil, seguido de uma análise do Estado brasileiro contemporâneo, a fim de entender que forças levaram o País a ser o que hoje é e as raízes da necessidade desta e de outras Políticas Públicas. O *leitmotiv* dessas análises é o desenvolvimento do capitalismo, com a demonstração de duas evidências: a histórica submissão do Brasil ao mundo hegemônico e a “competência” da classe dominante brasileira em mudar para não mudar.

O estudo das políticas públicas no Brasil, capítulo 3, começa de maneira mais geral, procurando vê-las como área do conhecimento e disciplina acadêmica, suas definições, objetivos, classificações, características, pontos comuns e sua interação com outros ramos do conhecimento. Depois é discutida a relação das políticas públicas no Brasil com o seu grande marco institucional que é a Constituição Federal de 1988.

Em continuação, discutem-se os aspectos pertinentes às políticas públicas de saúde no Brasil, entre as quais está a que é objeto desta pesquisa. São abordados os

conceitos de saúde, e procedendo-se também, a uma pequena reconstituição histórica dessas políticas.

O capítulo 4 trata da avaliação de políticas públicas, passando pela sua conceituação, definições, bem como pela necessidade de avaliar e o quê se precisa avaliar.

A gerência social das políticas públicas é revelada como decisiva para que as intenções dessas políticas se convertam em realidade na vida das pessoas, sendo a avaliação o principal instrumento para isto.

Os indicadores são o assunto do capítulo 5. Inicialmente, é feito um batimento entre os conceitos de métrica, medida e indicador, suas diferenças e interseções. São vistos vários conceitos de indicadores, estabelecidas suas características, e ainda a um apanhado de informações sobre indicadores de saúde no Brasil, que serão especificadas no capítulo seguinte para cada um dos escolhidos para análise nesta pesquisa.

O capítulo 6, da metodologia, traça o perfil da pesquisa, na qual o principal objetivo foi dar qualidade à investigação quantitativa, com a criteriosa escolha dos indicadores. São explicitadas as limitações do estudo, demonstrados tipo e características de abordagem, local e período.

Para os indicadores, é mostrada uma relação que contém, para cada um dos dez escolhidos e são indicados o conceito, o método de cálculo, a interpretação, os usos, as limitações, a fonte e a justificativa de escolha. É justificada, ainda, a escolha dos seis estados da federação para a análise pretendida.

Por fim, no capítulo 7, são exaustivamente evidenciados os resultados da pesquisa. Primeiramente, os dados de % da RLIT e de cada indicador dos estados selecionados foram expressos na Tabela 1, que serviu de entrada para o SPSS. Depois, já como saída do *software*, tem-se a Tabela 2, com a descrição dos valores máximos, mínimos, médias e desvios-padrão de cada variável. A seguir, é avaliado o cumprimento da disposição legal, desta feita, para todos os estados. Desde então, com o auxílio de numerosas tabelas e gráficos obtidos com o uso do Microsoft Excel, tem-se o estudo individualizado de cada um dos dez indicadores em que são avaliadas, na perspectiva da variação dos indicadores com a variação do tempo e do % da RLIT, a evolução temporal, a correlação, a significância e a regressão. Quando da discussão dos resultados, já são suscitadas questões e tiradas algumas conclusões que irão embasar as considerações finais que se seguem.

Nas considerações finais, são apresentadas as conclusões, sempre em contato íntimo com os objetivos da pesquisa, e a expectativa do impacto que o trabalho possa ter na continuação dos estudos sobre políticas públicas no Brasil e na melhoria das condições de vida e bem-estar do povo brasileiro.

2 FORMAÇÃO DO BRASIL

Qualquer aprofundamento que se pretenda minimamente sério a respeito de avaliação de políticas públicas no Brasil tem que levar em consideração a formação social e econômica do País, com o fito de compreender as razões que o levaram a experimentar as situações a serem enfrentadas com a adoção dessas próprias políticas públicas. Entender a formação política, econômica e social brasileira corresponde a analisá-la em conjunto com as forças que determinaram o desenvolvimento do capitalismo no mundo.

2.1 Aspectos da Formação Social e Econômica do Brasil

Esta parte do trabalho trama um tecido que representa o Brasil com suporte nas contribuições de alguns autores clássicos, identificando interseções e pensamentos complementares entre eles. São exploradas duas características que, se entende aqui, se completam e aparecem ao longo da jornada brasileira como Nação, quais sejam: a histórica dependência externa do Brasil e a “competência” de suas classes dominantes em mudar para não mudar.

Para embasar os pressupostos, os autores, escolhidos em razão da indiscutível qualidade de suas obras que as tornaram clássicas, são: Gilberto Freyre, com *Casa-Grande & Senzala* – Formação da Família Brasileira sob o Regime de Economia Patriarcal; Sérgio Buarque de Holanda, com *Raízes do Brasil*; Florestan Fernandes, com *A Revolução Burguesa no Brasil*; Raymundo Faoro, com *Os Donos do Poder: Formação do Patronato Brasileiro*; Guido Mantega, com *A Economia Política Brasileira*; e Durval Muniz de Albuquerque Jr., com *A Invenção do Nordeste e Outras Artes*. São citados outros autores que, de alguma maneira, puderam contribuir para a formulação pretendida. Ao final desta parte, são enumeradas algumas conclusões baseadas nas leituras referidas e na vivência que se tem a respeito do tema sob relatório.

As primeiras versões devem se voltar para a ascendência ibérica do Brasil. Para Holanda (1995), a tentativa de implantação da cultura europeia no Brasil é o fato dominante e mais rico em consequências para a formação nacional. Neste ponto, é importante refletir sobre o papel secundário que Portugal e Espanha tinham no cenário europeu, visto que eram territórios–pontes através dos quais a Europa se comunicava com os outros mundos.

Desde logo, nota-se a dependência ‘de nascença’ que teve o Brasil, já que seus colonizadores eram, eles próprios, uma periferia do mundo hegemônico.

Além disso, Holanda (1995) identifica uma característica marcante da sociedade brasileira – o personalismo – ao exprimir que os países vizinhos não souberam desenvolver a tal extremo essa cultura da personalidade, que constitui o traço mais decisivo da evolução da gente ibérica, para os quais toda hierarquia se funda, necessariamente, em privilégios. Ele diz que, ao examinar a psicologia dos ibéricos, não se pode esquecer sua notável repulsa a toda moral assente no valor do trabalho. Para eles o ócio vale mais do que o negócio.

Em verdade, somente após 1532, é que se pode dizer que a sociedade brasileira, ainda que parcamente incentivada pela Coroa que se interessava pela permanência dessas famílias na nova terra, se organizou econômica e civilmente, baseada na exportação, e tinha a casa-grande como centro dos dinamismos políticos e sociais.

A formação da sociedade brasileira, mediante um estudo do dia a dia da casa-grande, vista como uma projeção do próprio Brasil colonial, é a massa de trabalho de Gilberto Freyre (1966) em *Casa-Grande & Senzala*. Ele mostra que o Brasil nascente teve seu fundamento econômico numa monocultura açucareira que foi pano de fundo para o surgimento de uma sociedade agrária, mestiça, escravista e patriarcal. Freyre entende que nossos colonizadores, premidos pelo desejo de riqueza e prestígio, tiveram que enfrentar dificuldades para a colonização, advindas da própria natureza encontrada no Brasil. A “nobreza da terra” (os colonizadores que vieram ao Brasil) adquiriu poder e abriu espaços públicos por via de sua influência no Estado, mero coadjuvante por trás das famílias. O autor argumenta que aspectos positivos da colonização brasileira, como miscigenação e aculturação, se deram por objetivos mais econômicos do que civilizatórios.

Já Raymundo Faoro (2000) busca também entender a evolução histórica brasileira, mas com base na observação dos fenômenos relacionados aos chamados estamentos burocráticos. Seu foco, de certa forma análogo ao deste relatório de pesquisa, é mostrar que essa estrutura social e política, que resistiu a todas as transformações pelas quais a sociedade brasileira passou, sempre esteve a serviço do capitalismo politicamente orientado.

Faoro (IDEM) não considera o estamento burocrático uma classe propriamente, mas como uma comunidade que, embora sem forma definida, se instalava no poder, com seus membros agindo conscientes da pertença a um mesmo grupo, a uma casta elevada e qualificada para o exercício do poder. O patrimonialismo é o jeito como os “patrimonialistas”

conduzem a coisa pública como se particular, sua, fosse. Além disso, há o fato de que eles representam o governo de poucos que dirigem muitos e a eles impõem seus padrões de conduta, desprezando o conceito de predominância da maioria. É importante considerar que, para os ocupantes de cargos públicos, instruídos por esta cultura, não era tarefa simples fazer a distinção entre o público e o privado. Para este funcionário, dito patrimonial, as próprias funções e suas possíveis vantagens dizem respeito a interesses pessoais e não a interesses coletivos, como convém ao verdadeiro Estado, no qual se procuram a segurança das instituições e as garantias jurídicas dos cidadãos.

Do ponto de vista econômico, o espaço urbano não foi o *locus* de produção da sociedade que, certamente, teve raízes rurais. A grande propriedade rural tornou-se, dada a abundância de território fértil e não desbravado, a verdadeira unidade de produção. O problema a resolver era o da mão de obra. Depois das tentativas frustradas de utilização do índio – interessante notar que muitas das características atribuídas aos índios para explicar por que eles não se submeteram à escravidão, quais sejam sua preguiça, seu descompromisso, sua indisposição ao trabalho e sua inconstância, são, de fato, perfeitamente aplicáveis ao padrão de vida dos nobres – entendeu-se que a solução mais viável era a introdução de escravos africanos. Destaque-se a não existência, entre os portugueses, da consciência de superioridade da raça, fato que os nivela aos outros latinos e, mais ainda, aos muçulmanos africanos, e se explica por serem os portugueses um povo mestiço, o que favoreceu a miscigenação ocorrida no Brasil.

Freyre (1966) concorda com esse ponto de vista, quando, ao analisar a boa adaptabilidade dos portugueses em terras tropicais, estabelece uma diferença entre eles e os vizinhos europeus que é considerada chave: os portugueses não tinham consciência de uma superioridade racial, e não a tinham, segundo ele, por conta dos contatos que mantiveram com outros povos pela atividade mercantil que exerciam. A constatação de ser o português um povo miscível é entendida, ainda, pela sua indefinição entre a África e a Europa, visto que foram invadidos e dominados pelos mouros. Essa indefinição levou ao hibridismo português, se tornando contributo fundamental para a adaptação e colonização portuguesa do Brasil. Tendo sido conquistadores ao tempo das viagens ultramarinas, os portugueses mantiveram contatos com os povos conquistados, herdando partes de sua cultura. Freyre (IDEM) analisa essas relações como mais um fator de diferenciação dos portugueses em comparação com outros europeus.

O mesmo autor discute também a formação social brasileira com arrimo nos conceitos de cultura e de raça, pela mistura entre brancos, índios e negros. Ele advoga a ideia de que foi por meio das relações entre os primeiros colonizadores e as nativas que

teve início o povoamento da terra brasileira. Aponta que as atividades de ensino moral e religioso da Companhia de Jesus são a principal influência do colonizador português europeu. Ante o fato da chegada dos portugueses, os índios só tinham como opção o trabalho na agricultura, a fuga para as matas ou o engajamento nas missões dos jesuítas. Há de se ressaltar a sucumbência de muitos indígenas pelas doenças adquiridas pelo contato com os invasores.

A casa-grande foi o centro da formação social brasileira, tendo lá germinado os mais variados matizes da cultura brasileira. Como melhor representação disto pode ser reconhecido, em torno da casa-grande, um equilíbrio assimétrico entre os atores da cena brasileira – o negro e o branco – representando, respectivamente, o escravo e o senhor. Na casa-grande havia a convivência porque os serviços domésticos eram tarefa dos negros e a essa representação até a própria igreja católica, que ele considera como o cimento, o ponto de convergência dessa sociedade colonizadora, se submetia. As casas-grandes eram dotadas de capelas, os membros do clero moravam nas casas-grandes e até alguns foram senhores de engenho.

Para o autor, a base da sociedade brasileira foi produzida nas relações, quer de trabalho, quer sexuais, entre portugueses e africanos, com a sujeição destes últimos. Embora sendo este contato anterior à chegada dos negros no Brasil – ele já havia se iniciado no começo das viagens ultramarinas portuguesas – foi justamente aqui que ele se aprofundou e amalgamou cultural e racialmente a sociedade pátria.

O Autor pernambucano apresenta o negro também como colonizador, só que na lógica da escravidão. A sua submissão, sem a qual ele não sobreviveria, e as lembranças de sua cultura original e de suas tradições criaram, por assim dizer, um mundo só deles, subjacente ao dos brancos, mediante o qual se processou a sua influência na nossa sociedade. O móvel da colonização é conduzido principalmente pelos escravos domésticos que, com sua ligação próxima com a casa-grande, positivada pelo sexo, ora forçado, ora não, do senhor de engenho com as mucamas, do qual resultaram os mulatos, e pelos negrinhos, que eram como os brinquedos das crianças brancas e, com elas, viviam aos cuidados das mesmas escravas que, por sua vez, resignadamente atendiam aos caprichos da dona da casa para garantir a sobrevivência. Freyre ensina que a cultura brasileira – que se expressa na língua, na rotina, na religiosidade e nas relações de poder – foi formada com amparo dessa dialética entre poder branco e sobrevivência negra.

Mesmo reconhecendo todo o brilhantismo de Holanda, é importante abrir um espaço neste trabalho para uma crítica séria, que se baseia numa citação, entendida, salvo

melhor juízo, como deveras preconceituosa e que, talvez, tenha sido escrita porque nem um intelectual como ele tenha escapado da atmosfera racista de seu tempo:

Sinuosa até na violência, negadora de virtudes sociais, contemporizadora e narcotizante de qualquer energia realmente produtiva, a “moral das senzalas” veio a imperar na administração, na economia e nas crenças religiosas dos homens do tempo. (HOLANDA, 1995, 62).

A sociedade portuguesa vivera um curto período de nobreza, que se iniciou com a conquista de Ceuta. Por isso era natural para eles que os recursos aqui encontrados servissem para a manutenção da pesada Coroa. Isto se refletiu no Brasil, mormente na Bahia e em Pernambuco, em uma aristocracia agrária, representada pelos senhores de engenho, interessada em manter um *status* de nobreza. Em termos de administração, os portugueses não trouxeram para cá nada de novo senão a instituição de novos tributos para realizar a exploração dos recursos há pouco referidos, repetindo aqui um tipo de administração paquidérmico e ineficiente já praticado na Coroa. A extensão geográfica da Colônia e as dificuldades de comunicação davam margem a que, aqui e ali, pululassem insatisfações com a administração portuguesa que ora sofriam drásticas repressões, ora eram apenas monitoradas e controladas contemporizadamente.

A fotografia feita por Gilberto Freyre mostrou o cenário brasileiro e as relações sociais sob a influência de sua formação antropológico-cultural americana e, a partir de Pernambuco, onde nasceu. Seu estudo nos revela, pela via da exposição minuciosa da sociedade colonial, o contexto com origem no qual foram gestadas as contradições que fazem parte da atual (des)ordem social. Tem, talvez, como característica principal, depois de ter estudado os povos formadores da sociedade brasileira, a valorização da mestiçagem, antes dele depreciada e negada e, ainda, a contribuição do escravo africano, antes dele ignorada.

É inegável que a chegada do Brasil à condição de país independente fez eclodirem inúmeras transformações no seio da sociedade. Interessa estudar se estas transformações marcaram alguma mudança na relação de dependência do Brasil com o mundo hegemônico.

Retorna-se mais uma vez a Holanda (1995), quando constata que, pela primeira vez, os velhos padrões coloniais foram ameaçados em 1808, em razão da transferência forçada da Família Real para o Brasil e de todos os outros fatos que este deflagrou.

Holanda (IDEM) acentua que as conquistas políticas brasileiras sempre vieram de cima para baixo. Nota-se que os movimentos aparentemente reformadores não tiveram real participação popular, tendo sido derivados tanto de inspiração intelectual, se assim se pode dizer, quanto sentimental. A verdade é que a independência, as conquistas liberais que

teve o Brasil ao longo da sua história política se deram de maneira surpreendente, sendo que o povo, que delas não participou, chegou a recebê-las com displicência ou até hostilidade. Para ele, se o fim da escravatura decreta o final do ciclo agrário no Brasil, o quadro de poder formado a seguir responde adequadamente à nova composição social, e que este é um exemplo de que existem conexões entre estes fatos e outros ainda que configuram “uma revolução lenta, mas segura e concentrada, a única que, rigorosamente, temos experimentado em toda nossa vida nacional”. (HOLANDA, 1995, p.171). É a isto que se chama mudar para não mudar.

Tinha chegado a vez de as cidades – anteriormente apenas complementos do mundo rural – serem protagonistas na cena brasileira. Não só havia uma tendência de dilatação das cidades como, simultânea e articuladamente, uma restrição à influência do campo que, ao final deste processo, se apresentou como simples fonte abastecedora das cidades.

Faoro (2000), a respeito da vinda da Família Real para o Brasil e a posterior proclamação da Independência, comenta, com relação aos homens da época, que eles caíram numa espécie de roda-viva que chamou de “imperativos da argila”: quando estavam na opressão, ansiavam a liberdade; quando conquistavam a liberdade, obtinham o domínio; ao lutar pelo domínio, caíam na opressão. Comenta, ainda, em relação ao sistema político instaurado no Segundo Reinado, que este se fundava na tradição de quatro séculos, amalgamado por velhas ideias importadas e novas teorias assimiladas rapidamente sem o devido amadurecimento e ainda imitando tendências de modernização da Inglaterra e da França. Ou seja, mais uma vez, mudamos sem mudar.

Outro exemplo desta triste realidade histórica brasileira é relatado por Faoro (IDEM), ao acentuar que na república a novidade é o coronelismo que aumentou a capilaridade do sistema privatista, uma vez que os coronéis eram apenas parte de uma rede clientelista a serviço do estamento burocrático central, representando, desta forma, apenas sua desconcentração.

Ele entende, ainda, que houve grande mudança com a Revolução de 1930, porque, com Getúlio, houve troca rápida de um sistema estamental por outro, com a reorganização da estrutura patrimonialista. Ele diz: “Um poder se alevanta sobre as classes, sobre os partidos e facções, sobre o exército e o povo, com um líder que poucos vêem”. É desta maneira, que o Estado patrimonial-estamental se perpetua no Brasil, que continua dirigido por uma entidade cuja legitimidade não foi dada pela nação e “O poder – a soberania nominalmente popular – tem donos que não emanam da nação, da sociedade, da plebe ignara e pobre”. (2000, p380).

De um lado, o povo espera por um messias. Do outro, opostamente, o estamento burocrático segue enganando, mudando para não mudar. É precisamente este o nó do Brasil: os brasileiros não somente se prendem ao passado, mas frequentemente o reproduzem, não querendo ou não podendo, de fato, romper com ele.

E Faoro conclui:

[...] o fermento contido, a rasgadura evitada geraram uma civilização marcada pela veleidade, a fada que presidiu ao nascimento de certa personagem de Machado de Assis, claridade opaca, luz coada por um vidro fosco, figura vaga e transparente, trajada de névoas, toucada de reflexos, sem contornos, sombra que ambula entre as sombras, ser e não ser, ir e não ir, a indefinição das formas e da vontade criadora. Cobrindo-a, sobre o esqueleto de ar, a túnica rígida do passado inexaurível, pesado, sufocante. (FAORO, 2000, 380 e 381).

Merece destaque o que é considerado uma das principais contribuições ao entendimento do comportamento social do povo brasileiro que Holanda (1995) oferece:

[...] a contribuição brasileira para a civilização será de cordialidade – daremos ao mundo o “homem cordial”. A lhaneza no trato, a hospitalidade, a generosidade, virtudes tão gabadas por estrangeiros que nos visitam, representam, com efeito, um traço definido do caráter do brasileiro, na medida, ao menos, em que permanece ativa e fecunda a influência ancestral dos padrões de convívio humano, informados no meio rural e patriarcal. Seria engano supor que essas virtudes possam significar “boas maneiras”, civilidade. São antes de tudo expressões legítimas de um fundo emotivo extremamente rico e transbordante. (pp. 146 e 147).

Este conceito embute um sentido de que o convívio familiar, pessoal, tem precedência sobre qualquer outro para o brasileiro. Não que isto seja necessariamente bom ou mau na essência. É um caráter nacional. O perigo é que ultrapasse a fronteira da decência e, no trato público, descambe para o patrimonialismo. Holanda (1995, p155) assevera que a pessoa, nesse caso, “afirma-se ante seus semelhantes indiferente à lei geral, onde esta lei contrarie suas afinidades emotivas e atento apenas ao que o distingue dos demais, do resto do mundo.”

Como país, é característica do Brasil não querer ser conquistador e ser avesso a qualquer tipo de solução violenta. Queremos ser aquele povo mais manso, querido e bem-comportado do mundo, “o homem cordial”, clamamos sempre por princípios de moderação e racionalidade.

Holanda (IDEM), ao tratar da formação democrática brasileira, afirma ter sido ela, sempre, “um lamentável mal-entendido”. Ele considera que a classe de aristocratas rurais e semifeudais foi que a trouxe de fora e fez com que ela se acomodasse aos seus direitos e privilégios, os quais foram, na Europa, o principal motor da luta dos burgueses contra a aristocracia de lá. Os ideais da Revolução Francesa tiveram aqui uma interpretação

ajustada aos modelos patriarcais e coloniais e inspiraram mudanças mais de rito do que de fato. Ele reforça a tese de que o que acontece no Brasil é a mudança que não muda. A par disso, ensina ele, sabe-se por experiência que a pura e simples substituição dos detentores e representantes do poder é um “remédio aleatório”, quando esta substituição não é amparada ou determinada por transformações estruturais da sociedade.

E continua ressaltando que a democracia só se efetivará quando for vencida a “antítese liberalismo-caudilhismo” e quando se destruírem quaisquer formas de personalismo e aristocracia, sobre as quais ainda se apoia a nossa sociedade. Conclui, lamentando que “o aparente triunfo de um princípio jamais significou no Brasil – como de resto na América Latina – mais do que o triunfo de um personalismo sobre o outro”. (IDEM, p 183).

Florestan Fernandes (1976), ao procurar as bases do que se chamaria de revolução burguesa no Brasil, estabeleceu preliminarmente para seu estudo aquilo que chamou de “certas questões de alcance heurístico”. Em primeiro lugar, ele chamou a atenção para uma certa confusão nas noções do que seriam o “burguês” e a “burguesia”. Depois, questiona a existência de uma “Revolução Burguesa” entendida como fato histórico brasileiro. Por último, como aplicar estes conceitos com origem na história já realizada ou em realização na vida brasileira.

Fernandes alerta para dois procedimentos que considera “impróprios e extravagantes”:

Para alguns, o “burguês” e a “burguesia” teriam surgido e florescido com a implantação e a expansão da grande lavoura exportadora, como se o senhor de engenho pudesse preencher, de fato, os papéis e as funções sócio-econômicas dos agentes que controlavam, a partir da organização econômica da Metrópole e da economia mercantil européia, o fluxo de suas atividades sócio-econômicas. Para outros, ambos não teriam jamais existido no Brasil, como se depreende de uma paisagem em que não aparece nem o *Castelo* nem o *Burgo*, evidências que sugeririam, de imediato, ter nascido o Brasil (como os Estados Unidos e outras nações da América), fora e acima dos marcos histórico-culturais do mundo social europeu. (1976,16).

Na sua inteligência, o senhor de engenho não era centro de mercantilização da produção, atuava marginalmente e não pode ser considerado como precursor do moderno empresário. Sobrevinha, daí, o fato de que ele próprio era totalmente dependente das vontades da Coroa, que, por sua vez, dependia dos grupos financeiros europeus, e se contentava com os privilégios sociais que detinha. Esta dominação fazia com que os senhores de engenho não tivessem nenhum controle sobre as flutuações, que eram, isto sim, determinadas pelos agentes mencionados. Mais uma vez a figura da dependência externa.

Florestan defende o argumento de que não é lógico desconhecer a existência do “burguês” e da “burguesia” no Brasil. Em sua lição, o que aconteceu, de fato, foi estas entidades terem aparecido aqui mais tarde e de forma completamente diferente do que aconteceu na Europa, mas seguem tendências que assumem funções e destinos sociais semelhantes tanto para o modelo de personalidade quanto para o de formação social.

O burguês já surge, no Brasil, como uma entidade especializada, seja na figura do agente artesanal inserido na rede de mercantilização da produção interna, seja como negociante [...] A Independência, rompendo com o estatuto colonial, criou as condições de expansão da “burguesia” e, em particular, de valorização social crescente do “alto comércio”. (FERNANDES, 1976, 18).

Ele assinala que os “burgueses” não formavam exatamente uma classe; eram antes uma “congérie social” unida não em interesses de comunidade, mas pela maneira como queriam socializar certas utopias.

Entre os “burgueses” é que foi deflagrado o movimento que conduziria o antiescravismo e o abolicionismo no motor de uma revolução social dos “brancos” para os “brancos”. O que se procurava combater não era a escravidão em si mesma, porém a sua representação anômala para uma sociedade que não era mais colonial e precisava, de qualquer maneira, expandir o mercado interno.

Mesmo assim, mediada por “espírito revolucionário”, a “burguesia” abriu espaço para a possibilidade do estabelecimento de impérios econômicos e de surgimento de empreendedores que tinham sido totalmente inviáveis até pouco tempo. Basta ver o insucesso do Barão de Mauá, que ousou passear por estas trilhas sem a pavimentação necessária pouco antes.

Florestan responde à grande questão por ele mesmo proposta:

[...] existe ou não uma “Revolução Burguesa” no Brasil? [...] A questão estaria mal colocada, de fato, se se pretendesse que a história do Brasil teria de ser uma repetição deformada e anacrônica da história daqueles povos. Mas não se trata disso. Trata-se, ao contrário, de determinar como se processou a absorção de um padrão estrutural e dinâmico de organização da economia, da sociedade e da cultura. Sem a universalização do trabalho assalariado e a expansão da ordem social competitiva, como iríamos organizar uma economia de mercado de bases monetárias e capitalistas? É dessa perspectiva que o “burguês” e a “Revolução Burguesa” aparecem no horizonte da análise sociológica. (1976,20).

Em certo ponto, define o capitalismo como fluido:

Não é intrínseco ao capitalismo um único padrão de desenvolvimento, de caráter universal e invariável. Podem distinguir-se vários padrões de desenvolvimento capitalista, os quais correspondem aos vários tipos de capitalismo que se sucederam ou ocorreram simultaneamente na evolução histórica. Além disso, se se toma um mesmo padrão de desenvolvimento capitalista, pode-se verificar que ele é suscetível de utilizações variáveis, de acordo com os interesses estamentais ou de classes envolvidos pelo desenvolvimento capitalista em diversas situações histórico-sociais e as possibilidades que eles encontram de varar o plano das determinações estruturais e de se converterem em fatores da história. (FERNANDES, 1976,222).

Depois, analisa as características do capitalismo brasileiro, dizendo que,

Em nenhuma delas tivemos uma réplica ao desenvolvimento capitalista das Nações tidas como centrais e hegemônicas (quanto à irradiação e à difusão do capitalismo no mundo moderno). Ao contrário nas três situações sucessivas, o desenvolvimento capitalista apresenta os traços típicos que ele teria de assumir nas Nações tidas como periféricas e heteronômicas, fossem ou não de origem colonial. (FERNANDES, 1976,222).

As três fases a que ele se refere são descritas a seguir. A primeira delas é a da “Eclosão de um Mercado Capitalista Moderno”, podendo ser historicamente demarcada num tempo desde a Abertura dos Portos às Nações Amigas (1808) até a sexta década do século XIX, e se caracteriza pela crise estrutural irreversível do sistema de produção escravista. A segunda fase, “Formação e Expansão do Capitalismo Competitivo”, compreendida no período entre 1860 e 1950, “se caracteriza pela consolidação e disseminação desse mercado e por seu funcionamento como fator de diferenciação do sistema econômico.” Abarca o período de consolidação da economia urbano-comercial, retratando: o crescimento das cidades e a primeira transição industrial verdadeiramente importante. A Terceira, chamada “Irrupção do Capitalismo Monopolista”, caracteriza-se pela reorganização do mercado e do sistema de produção, mediante operações comerciais, financeiras e industriais da “grande corporação” (predominantemente estrangeira, mas também estatal ou mista).

Fernandes (1976), na mesma esteira que segue o pensamento aqui exposto, define que a *Indirect rule* pode ser traduzida como Governo Indireto, não é passageira, é estrutural e permanente, de enorme mutabilidade, dependendo da evolução do capitalismo das nações que exercem dominação imperialista. Traduz-se mais uma vez em dependência externa.

Ele (IDEM) aponta com clareza a ideia de que, se tomadas as motivações e os objetivos dos estamentos dominantes, na escravatura, ou da classe dominante, no trabalho dito livre, em nenhuma das três fases o desenvolvimento capitalista chegou a impor: 1º.) a ruptura com a associação dependente, em relação ao exterior (ou aos centros hegemônicos

de dominação imperialista); 2º.) a desagregação completa do *antigo regime* e de suas seqüelas ...; 3º.) a superação de estados relativos de subdesenvolvimento, inerentes à satelização imperialista da economia interna e à extrema concentração social e regional resultante da riqueza.

O desenvolvimento capitalista brasileiro, demonstra ele, comandado egoística e particularmente pelos estamentos ou pelas classes dominantes, foi compatível, quando não exigiu, com a continuidade da dominação imperialista externa, com a permanente exclusão de grande parte da população e com “dinamismos sócioeconômicos débeis e oscilantes, aparentemente insuficientes para alimentar a universalização efetiva (e não apenas legal) do trabalho livre, a integração nacional do mercado interno e do sistema de produção em bases genuinamente capitalistas, e a industrialização autônoma”.

Deste ponto de vista, a dependência e o subdesenvolvimento característicos do capitalismo brasileiro não foram somente impostos pelos imperialistas, mas foram, de certa forma, estratégias pelas quais os estamentos e classes dominantes o estabeleceram como realidade econômica e humana, ou, de outro modo, a transformação capitalista se deu com arrimo nos interesses dessas mesmas classes, conforme expresso há momentos.

Na análise de Mantega (1984), Celso Furtado se tornou um marco para o pensamento econômico brasileiro ao publicar *Formação Econômica do Brasil*, em 1959.

Desde a década de 1940, já havia embates polêmicos sobre que providências tomar para que o Brasil pudesse romper com este ciclo de dependência externa. Estes embates ganharam maior peso na década seguinte, entre o intervencionismo desenvolvimentista e o liberalismo econômico. Na sua inteligência, a corrente liberalista não trazia nenhuma novidade teórica, novidade esta que ficava, então, por conta dos desenvolvimentistas da Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL, que se tornou importante não só pela formulação de uma teoria do desenvolvimentismo, mas nas constantes notícias na imprensa especializada e na elaboração dos planos de governo que seriam levados a efeito na segunda metade dos anos 1950.

Essa corrente desenvolvimentista ganhou corpo e recebeu o apoio de parte da esquerda, inclusive do Partido Comunista Brasileiro, cujas teses também apontavam para a industrialização como prioridade naquele momento. A liderança ficou a cargo dos intelectuais do Instituto Superior de Estudos Brasileiros - ISEB, criado no Governo JK, derivado do chamado “Grupo de Itatiaia” e cuja missão era o debate dos problemas brasileiros e auxiliar na elaboração de programas de governo.

Foi gestado, então, o nacional-desenvolvimentismo, do qual derivam trabalhos de Celso Furtado e Ignácio Rangel. Ao primeiro devemos o arcabouço do “processo de substituição das importações”, cuidando da transição da economia baseada no café para uma assentada na indústria. Já a Rangel coube a ocupação com o caráter prematuramente oligopolista da economia brasileira. Da complementaridade entre os dois pensamentos, surgiu o primeiro modelo analítico da economia brasileira: o “Modelo de Substituição das Importações”.

O segundo modelo, chamado por Mantega de “Modelo Democrático-Burguês”, foi derivado do pensamento de intelectuais ligados ao Partido Comunista Brasileiro – PCB, que queriam uma abordagem mais marxista da realidade brasileira, e não diferia muito do primeiro, a não ser pela dominância das questões políticas em relação às técnicas.

Essa corrente desenvolvimentista, porém, começou a ser objeto de críticas, tanto de seus partidários como de novos intelectuais, em virtude da falta de resultados sociais das políticas aplicadas. As principais críticas vinham de um nome de peso dentro do PCB, Caio Prado Jr., que sustentava serem as relações de produção vigentes no campo uma agricultura capitalista e não feudal, como defendiam seus companheiros de Partido, oriunda do capital europeu e que nos reduzia, como sempre, aliás, a

[...] uma semicolônia fornecedora de produtos primários. Portanto, sob este ponto de vista não haveria revolução democrático-burguesa a ser realizada, conforme pregava o PCB, uma vez que o país já se encontrava em pleno capitalismo, se bem que ainda num estágio semicolonial e submetido ao jugo imperialista. (MANTEGA, 1984,15).

O terceiro modelo, que Mantega batizou de “Modelo de Subdesenvolvimento Capitalista”, foi formado pela aglutinação das teses do “subimperialismo brasileiro”, do “desenvolvimento do subdesenvolvimento”, do “capitalismo colonial” e da “superexploração da força de trabalho”. Tem concepção parecida com a de Trotsky, indicando que pelo desenvolvimento desigual e combinado do mundo capitalista, os países atrasados serão relegados à eterna condição de subdesenvolvimento. Isso conduziria o Brasil e outros países capitalistas atrasados a somente duas soluções possíveis: socialismo ou fascismo. Mantega (1984, p16) interpreta Theotônio dos Santos: “Somente a revolução socialista poderia implantar a democracia, estabelecer a soberania nacional e abrir as portas para o desenvolvimento das forças produtivas”.

Em oposição a essas ideias, surge, na segunda metade dos anos 1960, a “teoria da dependência” na defesa de que poderia haver, sim, um desenvolvimento capitalista

nesses países. Este não seria autônomo e nacional, mas dependente e associado ao capital estrangeiro.

O que se viu foi o triunfo, por assim dizer, de outra corrente de intelectuais, cujos principais são Roberto Campos e Mário Henrique Simonsen, que formatou o “Modelo Brasileiro de Desenvolvimento” adotado pela ditadura militar. Na verdade, o que houve foi uma adaptação da teoria neoclássica liberal ao imperativo de uma intervenção do Estado em uma economia capitalista frágil, que se faria pelo apoio à acumulação privada, pela implantação de estatais ou, mormente, pela regulação da força de trabalho, diminuindo salários e aumentando lucros de forma a garantir a maximização da acumulação capitalista em larga escala.

De maneira mais particularizada no Nordeste, Albuquerque Jr. (2009) traz intrigantes questionamentos:

Por que dizemos com exaltação e rancor que somos esquecidos, que somos menosprezados e vítimas da história do país? Que mecanismos de poder e saber nos incitam a colocarmo-nos sempre no lugar de vítimas, de colonizados, de miseráveis física e espiritualmente? Como, por meio de nossas práticas discursivas, reproduzimos um dispositivo de poder que nos reserva o lugar de pedintes lamurientos, produzimos e reproduzimos um saber em que sentimos prazer de dizer e mostrar que somos pobres coitados? Que masoquismo é esse que faz nos orgulharmos dessa discriminação, que faz aceitarmos felizes o lugar de derrotados, de vencidos? E, principalmente, o que leva uma classe dominante a se deleitar em afirmar sua impotência e se assumir como subordinada e dependente? (P. 31).

É como uma reprodução do que já se discutiu neste texto. Portugal colônia da Europa, Brasil colônia de Portugal e seria o Nordeste colônia do Centro-Sul. Para estas questões Albuquerque Jr. (2009) procura respostas e oferece uma série de argumentos que conduzem a se entender que o Nordeste, como apregoado hoje, é novo demais como região para que tenha essa tradição descrita no questionamento de há pouco. O livro, resultado da tese de doutorado do autor, é dividido em três partes.

Na primeira, Geografia em Ruínas, o autor, conferindo destaque às mudanças significativas ocorridas no Centro-Sul e no Norte durante o século XX, aborda a nova divisão regional. Por um lado, o Centro-Sul, sede da cultura, das finanças e da riqueza do País, com progressos em todas as áreas e, por outro, o Antigo Norte, que também se transforma, só que com a significação de submissão, de dependência e de cultura de pouca expressão, visto que sua riqueza cultural não era objeto de investimentos e atenção que eram destinados ao Sul.

Uma discussão sobre o espaço, embora com visões diferentes e depreciativas, dependendo do espaço, terá lugar depois da Primeira Grande Guerra. É que a situação política da Europa sempre teve repercussões intensas no País. A Guerra demarcou outra, em busca de espaços, entre os países europeus que saíram dela economicamente fortalecidos e os Estados Unidos, porque, com a expansão do capital industrial desses países, surgiu a necessidade de apropriação de mais espaços para sua dominação e escoamento da produção. Da mesma forma que a Europa capitalista e os Estados Unidos conquistaram espaços na periferia, incluindo o Brasil, deu-se a “invenção” do Nordeste para ser “conquistado” em relação ao Centro-Sul.

O autor analisa desta maneira a relação dos espaços Norte e Sul:

[...] seja na imprensa do Sul, seja nos trabalhos intelectuais que adotam os paradigmas naturalistas, seja no próprio discurso da seca, o Norte aparece como uma área inferior do país pelas próprias condições naturais, ainda que no discurso da seca essa deficiência de meio e de raça deveria ser compensada pela atuação do Estado, investindo na modernização da área, numa política de imigração, numa série de medidas para ‘solucionar’ o problema das secas. (ALBUQUERQUE JR, 2009, 75).

O capítulo é encerrado com a alusão de que os fatores clima e raça tanto explicam o desenvolvimento do Sul, notadamente São Paulo, como o atraso do Norte. Além disso, é neste pensamento que, entende o autor, o Nordeste substituiu o antigo Norte na divisão regional do País.

Na segunda parte, o autor, tendo em foco o regionalismo, cuida dos aspectos político e cultural e, desde então, “esquece” a antiga divisão do espaço entre Norte e Sul e cuida do Nordeste.

Com a predominância do cultural sobre o político, embora sem o esquecimento deste – até porque o texto mostra a mudança no discurso da classe dominante que ressalta as diferenças em comparação com o Sul, fortalecido, este discurso, pela seca e pela miséria – o autor processou a análise do espaço Nordeste. A abordagem cultural, mais profunda, preocupa-se em apresentar e entender as rupturas sociais do espaço nordestino.

A terceira e última parte é “Territórios da Revolta”, na qual analisa todo um ideário concebido por intelectuais e artistas que concordavam e até faziam parte de partidos de esquerda, naquilo que ele considera uma reconstrução do Nordeste. Então, na sua análise, as produções culturais do Nordeste, notadamente imagem e texto, eram elaboradas numa estratégia de denúncia da miséria e de injustiça social de sua população mais simples com o fito de ressuscitar revoltas populares e, com base nas “terríveis imagens do presente”, lançar o substrato para uma reconstituição futura da região.

A obra deve servir de alerta, inclusive e, talvez, principalmente, aos habitantes do espaço Nordeste, marginalizado pelos donos do poder, e inserida numa visão que seja resgatante e valorizadora do espaço e da cultura nordestinos. Ele assevera:

O Nordeste é uma produção imagético-discursiva formada a partir de uma sensibilidade cada vez mais específica, gestada historicamente, em relação a uma dada área do país. E é tal a consistência desta formulação discursiva e imagética que dificulta, até hoje, a produção de uma nova configuração de 'verdades' sobre este espaço. (ABUQUERQUE JR., 2009, 62).

Depois de toda essa contextualização, espera-se restar demonstrado que o Brasil é, e sempre foi, dependente dos países hegemônicos que nos ditam *indirect rules*, contando, tristemente, com a concordância, o beneplácito e a colaboração obsequiosa e servil da nossa classe dominante, que, navegando ao sabor das ondas de mudança vindas de fora, sempre encontram formas de mudar para não mudar, conforme discutido exaustivamente ao longo deste ensaio.

Não é pretensão trazer a resposta para a pergunta formulada por Florestan Fernandes a respeito da existência ou não de uma revolução burguesa no Brasil. Não resta, porém, dúvida. Sim, houve sim revolução burguesa, mas uma **revolução burguesa do Brasil**, adaptada pela fluidez do capitalismo às suas condições e totalmente diversa da acontecida na Europa.

2.2 Esboço Analítico do Estado Brasileiro Contemporâneo

Intenta-se, nesta parte, refletir sobre a formação do Estado brasileiro contemporâneo dentro de variadas linhas de análise que possam ajudar a entender este Estado tão complexo. Serão analisadas as configurações do País no contexto do fenômeno da mundialização do capital; as especificidades do Estado brasileiro no espaço latino-americano que esteve às voltas com a contradição de procurar, ao mesmo tempo, ser ajustador e democrático; a capacidade que hoje tem a cultura política de ampliar este Estado, construindo espaços públicos; enfim, será estabelecida uma rede de fatos e de condições determinantes que fizeram o Brasil como hoje o conhecemos.

A eleição da presidenta Dilma Roussef para chefe do Executivo do Brasil pode ser encarada como uma aprova da população brasileira a um modelo de governo contraditório, pois, se de um lado acariciou as elites, notadamente a financeira, pelo menos teve preocupações com as classes menos favorecidas mediante programas como o Bolsa-

Família, principalmente. E não somente isto. A participação da sociedade civil nas decisões que lhe dizem respeito, apesar de ainda muito incipiente, tem crescido, mostrando que o caminho é o certo, em que cabe discordância mais real apenas no que diz respeito à velocidade das mudanças que se pretende alcançar.

Como tudo, estes fatos são reflexos daquilo por que passou o Brasil, notadamente nos últimos 30 anos, quando o mundo foi alvo de intensas transformações. Houve uma crise do modelo fordista-keynesiano de produção, acompanhada da globalização, de que é ao mesmo tempo causa e efeito, e da crescente possibilidade que tem o dinheiro de fazer mais dinheiro, sem que para isso precise passar pela produção de bens reais. Esta “financeirização da riqueza” traz como uma de suas consequências mais danosas a precarização do trabalho, já que desloca capitais do processo produtivo, demandador de mão de obra por excelência, para a simples acumulação rentista, fazendo com que, cada vez mais, exista dinheiro, moeda, sem o seu correspondente real.

Também “colaboram” com a precarização do trabalho as mudanças tecnológicas, notadamente nas comunicações, na informática e na automação, não só pela possibilidade de flexibilização da produção, de modo que um mesmo produto possa ser fabricado com partes vindas de países tão distantes quanto se possa imaginar, mas, principalmente, pela substituição de “trabalho vivo” pelo trabalho de máquinas, ensejando desemprego. Uma consequência social perversa disso é a inculpação do desemprego imposta ao desempregado que, ao não estar capacitado, é como merecesse estar desempregado.

Uma das mais notáveis consequências destes fatos é que, com a proximidade, não geográfica, mas funcional, de todos os produtores, há uma tendência de que os mais fracos, ou menos fortes, das nações periféricas percam espaço para seus concorrentes das nações hegemônicas, haja vista que as barreiras protecionistas são objeto de pressões crescentes derivadas das facilidades de comunicação e transporte de produtos.

Outro fato marcante destes últimos tempos é a padronização da vida. Tudo é padronizado e descartável: a produção, o consumo, a gestão, os valores, os gostos, a cultura, tudo. Basta ver, por um simples exemplo, os *shopping centers* do mundo inteiro, da China ao Juazeiro do Norte. Tirando o tamanho e alguma ou outra firula arquitetônica, são todos iguais. As pessoas se vestem e se portam da mesma maneira, as lojas das praças de alimentação são as mesmas, as maneiras de exposição de mercadorias são muito parecidas etc. No dizer da Prof^a. Alba Maria Pinho de Carvalho,

[...] tudo é fugaz, é eminentemente passageiro, para ser aproveitado e “*jogado fora*”. É a descartabilidade das mercadorias, é a descartabilidade dos trabalhadores supérfluos, é a descartabilidade das pessoas, é a descartabilidade de sentimentos e afetos [...] (CARVALHO, 2010, 177).

Para o entendimento das reações do Brasil (como destaca Tânia Bacelar de Araújo (2000), é um dos maiores exemplos de adaptação ao capitalismo tendo-se tornado em poucos anos uma das maiores economias do mundo, a despeito de sua gritante desigualdade social) a estes fatos, é necessário recorrer à sua formação social.

A despeito de se reconhecer o brasileiro como povo ordeiro, de uma terra “tropical abençoada por Deus e bonita por natureza”, terra de democracia racial e outras frases adjetivas a seu respeito – que caracterizam, no entender de Marilena Chauí (2000), mito fundador e que, como tal, se harmoniza ao correr da história adquirindo novas roupagens da mesma coisa – é fato que, após o Descobrimento, o Brasil foi inserido no mundo dito civilizado como uma colônia a ser explorada, mormente pela Coroa portuguesa e pela Inglaterra. Sua formação social e econômica, conforme já mostrado, foi fundada no binômio latifúndio-escravidão, entremeado por uma carga imensa de patrimonialismo, caracterizado pela noção de que o Estado é mera continuação do privado, que até hoje marca muito do comportamento da classe dominante brasileira que procura bloquear a esfera pública das ações sociais.

As elites sempre foram muito competentes e se adaptaram aos movimentos nacionais e internacionais, de modo que sempre fossem dominantes. Talvez isto explique o fato notório de tantos brasileiros que falam do ex-presidente Lula quase com ódio e com uma carga de preconceito terrível, pelo fato de ele ter sido um retirante nordestino e ter chegado onde chegou, representando uma ameaça à histórica hegemonia das elites.

Ainda com referência à História, do ponto de vista das elites e de sua submissão ao estrangeiro hegemônico, pouco ou quase nada mudou com a Independência, com a Abolição da Escravatura e a Proclamação da República. São marcas profundas que explicam o complexo de inferioridade em relação aos Estados Unidos e à Europa, principalmente. Frequentemente, se aceita e se admira tudo o que vem de fora e se deixa por menos os valores, a cultura e a inteligência nacionais. Explicam também a tendência segregacionista quase geral das elites para quem não basta que esteja “bem de vida”, é forçoso que “os outros” estejam sempre “mal de vida” e quando, por um ato de magnanimidade distribuam suas dádivas aos “infelizes”, estes se achem seus devedores, configurando o que Ribeiro (1993, p.1) chama de **sociedade**, como se denominam as elites, em guerra contra o **social**, representado pelos sobrantes. É como se pudessem, e muitas vezes acontece, dispor da cidadania alheia como se dela fossem donos. É a cultura da

“cidadania concedida”, que lhes confisca até a noção de direito, filhote do mando e da subserviência, que se contrapõe à “cidadania conquistada”, gestada no seio da sociedade que se reconhece, agora sim, como detentora de direitos.

O enriquecimento do Brasil referido anteriormente ocorreu no século XX, quando passou rapidamente de um país rural e agrícola para urbano e industrial. Malgrado o Estado desenvolvimentista que se tornou, o País continuou conservador, apegado à propriedade. Como prova, está a dificuldade de realização de reformas agrárias mais profundas e a não adoção de um plano nacional de educação, por exemplo. Durante a evolução desta mudança, sucede talvez a principal transformação, no sentido econômico, representada por um fortalecimento do mercado interno amparado por um aumento das condições de base, nomeadamente transportes e comunicações.

Nesta época se formaram, ou melhor, se aprofundaram, as principais razões para que o desenvolvimento ficasse restrito a uma pequena parcela da população, causando uma distribuição de renda desigual, tanto social quanto geograficamente, com os grandes grupos mais fortes e concentrados no Sul e, principalmente, no Sudeste. Dos anos 1950 em diante, teve lugar uma ampliação da fronteira agrícola para o Norte e o Centro-Oeste, nas mesmas configurações do velho latifúndio, ao par de um ainda tímido movimento de espalhamento industrial, também sob o comando das elites. Tudo isto levava a que as próprias conquistas dos movimentos populares urbanos tivessem dificuldades de chegar ao campo. Ainda hoje, ao contrário, se nota a incrível facilidade de penetração que têm os políticos mais tradicionais, oligárquicos, na zona rural. Por tudo isso é que as grandes massas praticamente não tiveram acesso à sua parte do “bolo” que cresceu enormemente.

Como já discutido, modernamente, a criação de riqueza foi deslocada da área da produção para a financeira. A globalização é fato e a tecnologia está presente para, mais do que catalisar, tomar parte ativa e importante nos processos que determinam a configuração socioeconômica no mundo e no Brasil.

Marco analítico que se impõe para entender o Brasil e alguns “colegas” da América Latina (México, Argentina, Uruguai, Chile etc.) é a contraditoriedade entre um Estado ajustador (representado pela adesão ao Consenso de Washington) e, ao mesmo tempo, plenamente democrático. No caso brasileiro, quando do advento do Plano Real, os interesses externos mais uma vez se combinaram com os dos dirigentes locais, que, amparados pela queda da inflação e seus consequentes desdobramentos – mais poder de compra, crédito ampliado para acesso a bens duráveis, baixo preço da cesta básica pela queda dos preços da produção agrícola etc. – caem no gosto das camadas mais carentes.

Com a impossibilidade de crescimento, no entanto, por conta da adoção das políticas neoliberais e da crescente, e, entende-se, inevitável utilização de novas tecnologias na produção, o desemprego ia crescendo, ao mesmo tempo em que se exacerbava o fenômeno de financeirização do capital. Como resultado, o Estado brasileiro vai à falência e, num círculo vicioso, precisava cada vez mais de financiamento externo e se entregava ao então hegemônico mundo financeiro para se socorrer e aprofunda o problema da dívida externa.

O princípio básico de funcionamento da cartilha do Fundo Monetário Internacional - FMI é de que o Estado tem a chamada “sustentabilidade fiscal” quando produz *superavits* necessários para o pagamento somente dos juros da dívida – vemos aqui uma fórmula para que a dependência se eternize, uma vez que não há interesse no pagamento do principal desta mesma dívida. Pautando sua atuação com este fim, o Estado brasileiro não teve condições de cumprir as determinações da Constituição de 1988 na garantia de direitos importantes para seus cidadãos, como educação e saúde, só para citar dois, e o que vimos foi uma privatização deles. Da classe média para cima todos sofrem, mas pagam, e quem não pode, a maioria da população, simplesmente não tem. Ainda como resultado do fato de que os pobres não podem contar com o Estado, há a escalada da violência.

Neste momento vale a pena uma menção à Constituição Federal de 1988. Talvez a mais importante característica da Magna Carta seja a de, a exemplo de outras elaboradas no século XX, trazer em seu texto garantias de direitos sociais, que se dão, ou deveriam se dar, por meio das políticas públicas. Tal fato decorre de que tenha sido elaborada num momento de grande efervescência política, quando o País saía de uma ditadura militar, que breou as grandes reformas (agrária, urbana, educacional e dos direitos sociais) que já vinham sendo discutidas desde os anos 1950, e os movimentos sociais puderam se fazer ouvir.

Fala-se muito da década de 1980 como a “década perdida”, mas nela, mesmo porque a pobreza do povo alcançou níveis insuportáveis, houve um fortalecimento dos sindicatos e do associativismo comunitário, o surgimento do Partido dos Trabalhadores, o aparecimento das organizações não governamentais e a organização dos movimentos sociais que, no fim, pressionaram para que o seu texto fosse escrito como foi e pudessem ter lugar, no Brasil, discussões que nos remetem ao conceito gramsciano de Estado ampliado, aquele no qual o Estado é um espaço de conflitos em que a sociedade civil pode influir nas decisões públicas. Em outras palavras, o Estado é um misto de sociedade política

e sociedade civil. Então, cabe uma pergunta: como pode ser considerada perdida, do ponto de vista social, uma década que nos legou esta Constituição?

O problema é que cada governo quis usar a Constituição com uma interpretação própria. O governo FHC, que a criticou por ser muito detalhista e a acusava de amarrar o governo, fez aprovar um sem-número de emendas que eram até mais detalhistas do que o texto original, só que com objetivos diversos.

Apesar de todos estes ataques, a alma da Constituição Federal permanece inalterada, porque embute uma gama de direitos e de expectativas de direitos conquistados a duras penas pela sociedade organizada, que passaram para a “corrente sanguínea” do povo e que será impossível fazer voltar. Normativos como o Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, o próprio Código de Trânsito, o Código de Defesa do Consumidor etc. estão consolidados. Além disso, não obstante todas as críticas que merecem, os sistemas de educação, saúde e previdência hoje são mais universais do que nunca.

Cabe aqui tentar discutir uma “verdade”, imposta durante muito tempo, de que existem os dois espaços: o **estatal** e o **privado**. É muito mais correto se pensar que o Estado é, de fato, um espaço de luta entre o **público societário** e o **mercantil**. O mercantil defendendo os interesses do capital, mesmo dentro do Estado – como ocorre, por exemplo, na privatização da saúde e da educação – e o público societário brigando pela universalização de direitos e reconhecendo e respeitando igualdades e diferenças.

Interessante é notar a capacidade mimética do capitalismo, representado hoje pelos neoliberais. Não são eles que querem o Estado mínimo, a desregulamentação e a “mão invisível” do mercado a regular toda a vida econômica dos países? Pois bem, o que aconteceu durante a recente crise financeira – vale dizer, causada em grande parte pelo mercado imobiliário estadunidense ao vender papéis como se fossem imóveis, na lógica do dinheiro fazendo dinheiro – foi que, sem nenhum prurido ético, se socorreram do mesmo Estado que queriam ver fora de seus negócios. Sobre isto, anota Mézáros:

[...] o Estado moderno altamente burocratizado, com toda a complexidade do seu maquinário legal e político, surge da absoluta necessidade material da ordem sociometabólica do capital e depois, por sua vez – na forma de uma reciprocidade dialética – torna-se uma precondição essencial para a subsequente articulação de todo o conjunto. Isso significa que o Estado se afirma como pré-requisito indispensável para o funcionamento permanente do sistema do capital, em seu microcosmo e nas interações das unidades particulares de produção entre si, afetando intensamente tudo, desde os intercâmbios locais mais imediato até os de nível mais mediato e abrangente. (2002, p.107-108).

Tal significa dizer que o sistema do capital é dependente da intervenção do Estado. Então, e aqui há concordância com a Prof^a Alba Maria Pinho de Carvalho, em sua conferência inaugural da Turma 2010.2 de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará - UFC, o que de fato houve foi uma verdadeira “volta dos que nunca foram”.

Inegavelmente, o Brasil caminha no rumo de garantir direitos a toda sua população. O capital, no entanto, não está dormindo e, por isso, é necessário que todo o ordenamento jurídico, embasado pela CF, saia definitivamente do papel. Para isso, é fundamental a organização da sociedade em todos os seus matizes, é fundamental a ocupação de espaços nesta luta que tem lugar na arena do Estado, ao qual todos os movimentos sociais democráticos tornaram mais poroso e permeável, para que, das linhas de convergência de cada um dos grupos sociais que a formam, surja o País justo e plural ansiado por todos.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Feitos os necessários estudos sobre a formação histórica, econômica e sociocultural do Brasil e, mais de perto, sobre o Estado brasileiro na contemporaneidade, passa-se à discussão sobre as políticas públicas. Inicialmente, a abordagem é feita de maneira mais geral: suas características como área de conhecimento, suas definições, objetivos, classificações, características, pontos comuns e a sua interação com outras disciplinas. Depois é discutido, do ponto de vista desta disciplina, o grande marco institucional das políticas públicas no Brasil, qual seja, a Constituição Federal de 1988. Centrando mais o foco, serão estudadas as políticas públicas de saúde no Brasil, entre as quais se insere o tema central deste trabalho: a avaliação da efetividade da vinculação de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT dos Estados para gastos com saúde.

3.1 Definições de Política Pública

Política Pública como área de conhecimento e disciplina acadêmica surgiu nos EUA mediante o estudo direto da ação dos governos, sem preocupações de estabelecimento de relações com as teorias sobre o papel do Estado. O pressuposto analítico-base é que, nas democracias, tudo o que o governo faz ou deixa de fazer é passível de formulação científica e de análise por pesquisadores independentes. Seu objetivo, então, é o entendimento de como e por que os governos tomam determinadas atitudes.

Na compreensão de Souza (2006, p.24) não existe definição perfeita e acabada para o que seja política pública. Ela cita Mead (1995), para quem política pública é um campo de política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Continua com Lynn (1980): “um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.” Recorre ainda a Peters (1986): “política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos” e a Dye (1984), que sintetiza política pública como sendo “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Referindo-se a Laswell, diz que a definição mais conhecida é a dele: “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o

quê, por quê e que diferença faz”. No final desta parte, são trazidas as respostas a essas perguntas do ponto de vista da política pública em avaliação.

Neste ponto, impende se pensar que o “não fazer” também deve ser situado no âmbito da Ciência Política pública, porque não fazer é também uma atitude.

Souza então resume política pública como

[...] o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou (*sic*) analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados e mudanças no mundo real. (1996, p.26).

A crítica a essas definições pode ser feita em razão do fato de que se concentram somente no papel dos governos, ignorando as interações, conflituosas ou não, que ocorrem com os grupos sociais e com outras instituições e que influenciam no processo de tomada de decisão por parte dos governos sobre aquilo que deve ser ou não ser feito. É desejável ver retratado na definição o caminho a ser seguido para a trilha de amadurecimento da cidadania na sociedade civil: pedir, reivindicar, propor. Apesar da certeza de que os grupos sociais têm cada vez mais espaço nos países democráticos, há de se reconhecer também que os governos ainda gozam de certa autonomia. Por isso, qualquer debate sobre política pública deve responder sobre qual o papel que cabe aos governos na formulação, definição e implementação de políticas públicas. A esse respeito, Gohn ensina:

Uma das principais conclusões apresentadas na análise do protagonismo civil nas políticas sociais é: a participação da sociedade civil na esfera pública - via conselhos e outras formas institucionalizadas - não é para substituir o Estado, mas para lutar para que este cumpra seu dever: propiciar educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade, e para todos. (2004, p.20).

As definições que levam em conta a participação de forças do Estado ampliado se mostram como mais apropriadas.

Saravia (2006) opina:

[...] Com uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos para atingir os objetivos estabelecidos. (P.29).

Nesta linha, Boneti (2006, p.74) ensina: “Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil.”

Na perspectiva de Maria Ozanira da Silva (2001, p. 37-38),

Toda política pública é uma forma de regulação ou intervenção na sociedade. Articula diferentes sujeitos, que apresentam interesses e expectativas diversas. Constitui um conjunto de ações ou omissões do Estado decorrente de decisões e não decisões, constituídas por jogo de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos e sociais [...] Seu desenvolvimento se expressa por momentos articulados e, muitas vezes concomitantes e interdependentes, que comportam seqüências de ações em forma de respostas, mais ou menos institucionalizadas, a situações consideradas materializadas mediante programas, projetos e serviços.

Nesta definição, cumpre notar a preocupação da autora em considerar também como política pública a decisão de **não** fazer.

3.2 Intersetorialidade nas Políticas Públicas

Convém, agora, tratar de um assunto que desperta interesse nos que estudam políticas públicas. Trata-se da intersectorialidade (ou transectorialidade), que, no dizer de Inojosa (2001, p102), é uma expressão da transdisciplinaridade tal como estudada na academia. Interpretando Edgar Morin (1999), a autora diz que as disciplinas “fecharam-se em si mesmas. Construíram seus saberes de um modo bastante isolado e com a pretensão de esgotar as questões. E acabaram criando linguagens e corporações próprias.” Isto significa que cada uma olha o seu objeto de estudo de uma só perspectiva, ignorando as influências que as outras áreas do conhecimento possam ter sobre o mesmo assunto.

A área do conhecimento denominada Avaliação de Políticas Públicas se insere como parte das Ciências Sociais, porque, pelo menos por princípio, uma política pública deve servir para corrigir ou minimizar um problema social identificado. Por outro lado, também necessita de ferramentas das ciências ditas duras, como a Estatística, por exemplo, para explicitar seus resultados. Estes fatos já nos remetem ao conceito da transdisciplinaridade.

Diz-se, é que o paradigma reinante na comunidade científica, conforme mencionado há segundos, é que as disciplinas estão muito focadas em si mesmas,

ignorando as interações com os outros ramos do conhecimento, e, por isso, ensejam conhecimentos fragmentados e simplificadores da realidade que, absolutamente, não é simples. A transdisciplinaridade surge, então, como nova disciplina capaz de promover o diálogo entre diversas áreas, para que, bebendo das mais diversas fontes, se logre a integração dos saberes e a difusão de novas ideias que proporcionarão um conhecimento muito mais profundo da realidade.

Há quem discuta a diferença entre os termos interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, alegando que o primeiro é somente a junção de saberes isolados, postos lado a lado, sem, no entanto, romper fronteiras ou, pelo menos, torná-las difusas. Na segunda, ao contrário, há uma interação das disciplinas, no caso do conhecimento e, analogamente, entre os setores, no caso das políticas públicas, tal que acabaria por criar uma nova disciplina ou um novo setor. O exemplo que se costuma dar é o da Ecologia, que seria uma transdisciplina, porque se utiliza de várias outras, como a Biologia, a Química, a Física e a Meteorologia, porém é mais do que a mera junção das outras, pois novo conhecimento. Entende-se, neste passo, que, no ramo das políticas públicas, pouco importa o termo a ser usado, desde que haja a interação pretendida.

É muito clara a necessidade de contribuição das várias disciplinas ou dos diversos setores para a real melhoria de vida da população que, em última análise, é o que pretendem (ou deveriam pretender) as políticas públicas. De nada vale uma escola muito bem aparelhada se as crianças, clientes desta escola, não tiverem como a ela chegar, ou não estiverem bem alimentadas, ou estiverem sempre doentes, ou não tenham segurança para ir e vir e assim por diante. Da mesma forma, não se pode pretender que a cidade do Rio de Janeiro vença a guerra contra o tráfico de drogas somente com a repressão, sem ter, aliado a isso, um projeto de ocupação do vácuo de poder, que os governos deixaram acontecer, com oferta de escolas, postos de saúde, políticas de distribuição de renda etc.

O que interessa mais de perto neste texto é entender a necessidade de haver avaliações transdisciplinares das políticas públicas. Por um lado, verifica-se que, se diversos são os agentes interessados em cada política pública – governo, sindicatos, conselhos, comunidades, partidos políticos etc. – diversas deverão ser as perspectivas avaliativas dessa política.

De outra parte, uma política social, por si só, já requer a colaboração dos mais diversos ramos da ciência. Tome-se, por exemplo, uma política de vacinação. Precisa-se da Medicina para identificar a melhor vacina, da Farmacologia e da indústria química para garantir o melhor processo de fabricação dessa vacina, da Estatística e da Geografia para

que se conheçam as áreas que serão cobertas pelo programa, da Engenharia para estabelecer a logística de distribuição, da Economia e da Contabilidade para garantir recursos e o pagamento de fornecedores etc. Deste simples exemplo, já se pode concluir que a avaliação de uma política pública só se dará de forma ampla e construtiva se levar em conta as ópticas de cada uma das ciências envolvidas e, mais ainda, as avaliações fronteiriças entre as essas mesmas ciências, que são uma nova disciplina.

Se determinado processo avaliativo de uma política pública levar em consideração somente uma vertente de pensamento, mesmo que o método (aqui entendido apenas como o tecnicismo) esteja correto, ter-se-á apenas **uma** visão do problema. Se, ao contrário, a opção é juntar o maior número de contribuições, seja do ponto de vista dos agentes ou das áreas de conhecimento envolvidas, aí surgirão **várias** visões com procedência nas quais pode ser constituído um quadro mais completo, que fornecerá muito mais subsídios para a tomada de decisão sobre a continuação, mudanças ou própria extinção da política pública. Afinal de contas, essa possibilidade de interferência é a razão de ser do processo avaliativo de uma política pública.

3.3 Classificações das Políticas Públicas

Sobre a classificação das políticas públicas, diversos autores já propuseram formas de fazê-la. Neste trabalho, serão tratadas duas possibilidades de critérios de taxinomia classificação por serem mais úteis ao objetivo pretendido: tipo de política pública e esfera de atuação.

Existe certa concentração de opiniões quando esta classificação diz respeito ao tipo da política pública. Elas costumam ser divididas, conforme encontrado em Flexor e Leite (2007).

- Políticas distributivas – são decididas pelo governo desconsiderando a limitação dos recursos e geram resultados mais individuais que coletivos, quando privilegiam certos grupos ou regiões, escolhidas como beneficiárias, em detrimento do restante. São exemplos brasileiros o Crédito Rural e o Programa Equivalência-Produto.
- Políticas regulatórias – têm maior visibilidade pública e envolvem a burocracia governamental, os políticos e os grupos de interesse. No Brasil temos a

política de preços mínimos, de direitos compensatórios, a política tributária, a de comércio exterior e a que é avaliada neste trabalho.

- Políticas redistributivas – atingem um contingente maior de pessoas. Caracterizam-se por impor perdas imediatas a alguns grupos sociais ao mesmo tempo em que privilegiam outros. É o caso da reforma agrária e dos programas de transferência de renda.
- Políticas institucionais – lidam com procedimentos. São os conselhos municipais e estaduais e as estruturas administrativas das três esferas de governo.

Se o critério de classificação for a esfera de atuação das políticas, Flexor e Leite (2007, p.212) propõem o que está na sequência delineada.

- Políticas Macro – Dão conta da regulamentação de agregados macroeconômicos: Comerciais, Financeiras, Fiscais e Cambiais.
- Políticas regionais – Desenvolvimento, Pólos regionais, Sociais e Incentivos.
- Políticas setoriais – Agrícolas, Agrárias, Diferenciadas e Ambientais.

Das diversas definições e dos vários modelos teóricos sobre políticas públicas, pode-se extrair uma relação com uma série de elementos comuns.

- Por meio delas pode-se fazer a distinção entre o que os governos pretendem, ou dizem pretender, fazer e aquilo que realmente fazem.
- São abrangentes e não são limitadas por leis e regras, apesar de precisarem de marco legal para se estabelecerem.
- São derivadas de decisões e de ações intencionais, têm metas e objetivos a alcançar.
- Envolvem muitos sujeitos e níveis de decisão. Mesmo sendo realizadas pelos governos, não prescindem dos participantes informais.
- Embora busquem resultados já no curto prazo, são de longo prazo.
- Sobrevivem à sua decisão, proposição e implementação, comportando necessariamente avaliação.

- Devem ser políticas de Estado e não de governo.

3.4 Políticas Públicas de Saúde

Antes que se passe a discorrer acerca das políticas públicas de saúde, é necessária uma discussão a respeito do que é saúde. Primeiramente, é bom se entender que o próprio conceito de saúde, da mesma forma que o de doença, não é fechado e não encerra verdade única, sendo impactado pelas condições sociais, culturais, econômicas e políticas. Isto significa que, dependendo do local, do tempo, das convicções religiosas e da estrutura de poder vigente, o conceito varia até de pessoa para pessoa. Só para exemplificar, tanto o homossexualismo como a masturbação já foram considerados como doença.

Do Aurélio se extrai:

[...] saúde [Do lat. salute, 'salvação', 'conservação da vida'.] S. f. 1. Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são. 2. Força, robustez, vigor: 3. Disposição do organismo: 4. Disposição moral ou mental: 5. Voto ou saudação que se faz bebendo à saúde de alguém; brinde. (FERREIRA, 1988, p. 588).

Sobre o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde - OMS, Scliar (2007) escreve:

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz: "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. SCLiar (2007, p.36 e 37).

As críticas ao conceito da OMS vêm do fato de que o "completo bem-estar" seria uma desvinculação do real, um ideal que dificilmente se alcançaria. Este conceito, no entanto, pode trazer importantes desdobramentos. Saúde não quer dizer simplesmente ausência de doença. Ao se desvincular a saúde da doença, há grandes mudanças conceituais: a saúde não se limita apenas ao corpo. Inclui também a mente, as emoções, as relações sociais, a coletividade; Existe a necessidade do envolvimento de outros setores sociais e da própria economia para que as pessoas possam de fato ter saúde; A saúde de todos, além de ter um caráter individual, também envolve ações das estruturas sociais, incluindo necessariamente as políticas públicas.

Qual o questionamento em relação a esse entendimento?

Falar em completo bem-estar, englobando vários fatores da vida das pessoas, é muito mais um ideal do que uma possibilidade real. Será que é possível um completo bem-estar físico, mental e social? O que será que a palavra completo quer dizer?

Foi a Constituição, ao definir, no seu Art. 196, que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, que lançou as bases legais das políticas públicas de saúde no Brasil. É bom entender que não se desconhecem os trabalhos anteriores nem se pode dizer que não existiam políticas públicas de saúde. Exprime-se aqui é o fato de que a saúde, cuja responsabilidade era atribuída somente à União, passou a ser de todas as esferas de governo como dever constitucional. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é entendida nas suas formas preventiva e curativa. A CF incorporou a novidade da gestão participativa e tratou de definir comando e fundos financeiros únicos para União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

No fim desta parte, chega o momento de responder às perguntas a que Harold Laswell, citado por Souza (2006,24), se refere: “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.”

A primeira pergunta é facilmente respondida porque, pelo menos por princípio, o beneficiário de uma política pública tem que ser a sociedade ou parte dela. Focando o caso da saúde como objeto de política pública, responde-se à segunda pergunta com a determinação constitucional que incluiu a saúde entre os direitos fundamentais que têm de ser garantidos, não havendo dificuldade em convencer ninguém da importância da saúde para a população de um país, por óbvia que é. A terceira, sobre que diferença isto faz, remete ao objetivo principal desta pesquisa. Neste desiderato, segue-se um estudo sobre os conceitos, necessidade, características, classificações etc. de Avaliação de Políticas Públicas.

4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - APP

Kliksberg (1997) faz uma análise do que chamou “pensamento único”, pelo qual as anomalias sociais são resíduos necessários da modernização, o que era preciso. Traduzindo-se em palavras bem brasileiras, significa aumentar o bolo para depois dividi-lo, e coisas assim. Ele argumenta que este pensamento está-se desmanchando e que há, no plano internacional, um grande debate que questiona os seus fundamentos epistemológicos e seus argumentos centrais. Segundo o autor, “Começa a correr ‘ar fresco’ sobre todos os temas do combate à pobreza e do desenvolvimento.” Isto indica que mais que o desenvolvimento econômico implicar o desenvolvimento social, este implica aquele e que os dois processos são interdependentes. Kliksberg, em sua análise, até cita ninguém menos do que o grande especulador George Soros (1997), quando este acentua: “o interesse comum é alimentado pela busca sem inibições dos diversos tipos de interesse pessoal ... se não se reconhece que o interesse comum deve ter precedência sobre os interesses particulares, nosso atual sistema acabará por entrar em colapso.”

Com efeito, se revela crucial a gerência social de qualidade como decisiva para que as intenções das políticas públicas possam se converter em realidade na vida das pessoas. O instrumento, por excelência, para a consecução deste objetivo é a avaliação, tema central deste trabalho.

4.1 Definições

Chegando agora ao universo da avaliação propriamente dita, a primeira necessidade que se apresenta é a de sua conceituação. Em seu dicionário, Houaiss e Villar (2001, 353) definem avaliação, entre outras acepções, como “ ... 3. apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidade etc. de algo ...”.

Com interesse mais específico nos projetos sociais, Cohen e Franco (1993) dizem que avaliar é “... por um lado, a pretensão de comparar um padrão almejado ... com a realidade ... e, por outro, a preocupação em alcançar eficazmente os objetivos propostos.”

Ala-Harja e Helgason (2000, p.5) a definem como “... uma ferramenta que visa oferecer informações quanto aos resultados obtidos por organizações e programas.”

Sobre avaliação de políticas públicas, Melo (1998) adverte para a ideia de que “... não constitui um exercício formal ‘desinteressado’, à semelhança de um cálculo de custo-benefício.”. Neste sentido, Barreira (2002) argui que “A aferição estatística de resultados não permite captar a influência dessas variáveis contextuais e, portanto, não traz à tona elementos fundamentais para explicar a eficácia ou ineficácia de programas sociais.” Estas afirmações, muito valorosas, refletem uma preferência pela pesquisa qualitativa, em detrimento da quantitativa que também pode ajudar, e muito, na elucidação de problemáticas sociais.

Holanda (2006) recorre a autores como Worthen, Weiss, Vega e outros, bem como a entendimentos de organismos internacionais para formular seu conceito de avaliação, voltado para as políticas públicas:

Avaliação é um processo sistemático de levantamento e análise de dados sobre a forma de implementação (processo) e os resultados da execução de uma política, programa ou projeto, com base em um conjunto de indicadores ou padrões (explícitos ou implícitos) predefinidos, tendo em vista aferir o mérito, valor, importância, utilidade, relevância, sustentabilidade, nível de eficiência, eficácia e desempenho [ou efetividade] dessas intervenções, para obter informações que sejam críveis e úteis e que possam ser utilizadas na realimentação do processo de planejamento e no aperfeiçoamento da gestão governamental. (2006,83).

Este conceito mostra-se bastante porque embute, em um só parágrafo, o método, o objeto, os tipos, os parâmetros, os objetivos, os critérios e os requisitos de avaliação.

A conceituação de Holanda, ora exposta, determina, em sua última parte, que, ao avaliar uma política ou programa de Estado, o que se procura são as tais informações “críveis e úteis” para que o seu resultado, devidamente analisado, possa servir de base a uma possível reformulação de processos, de rumos e até mesmo de objetivos desta mesma política ou programa.

Barreira (2002) identifica os principais padrões que devem se estabelecer na avaliação de políticas públicas: a) Utilidade – a avaliação deve atender a necessidade dos usuários; b) Viabilidade – prudência e realismo devem balizar a realização de pesquisas avaliativas; c) Propriedade – ética e transparência, com olhar duplo para o bem-estar dos envolvidos na avaliação e sobre os afetados pelos resultados; e d) Precisão – a avaliação deverá revelar e comunicar o verdadeiro valor e mérito da política pública em avaliação, mediante a adequação das informações técnicas que os determinam.

É interessante notar que há certa confusão entre os conceitos de monitoramento e avaliação. Maciel de Paula (2001), citando Boulmetis e Dutwin, concorda com o argumento de que os dois são frequentemente confundidos e que ambos são processos combinados. Adverte, entretanto, sobre os focos de cada um. Monitoramento tem relação direta com o desenho e os destinatários do programa, enquanto a avaliação está centrada nos objetivos e na tomada de decisões. Holanda (IDEM) destaca um capítulo de seu trabalho ao assunto e argumenta que avaliação e monitoramento “são funções estreitamente interrelacionadas”, chegando mesmo a conceituar um monitoramento de avaliação (p.57).

4.2 Por quê avaliar?

Quanto à necessidade da avaliação, de maneira geral, tem-se benefícios advindos de sua implementação, que atingem tanto financiadores, que querem saber se seu recurso está sendo bem aproveitado, quanto dos servidores envolvidos, que podem aprender mais e mais com o processo avaliativo. Pode-se identificar novos públicos para novos programas e, principalmente, em vista dos resultados, é possível mesmo interferir no desenho da própria política pública em estudo, num mecanismo de retroalimentação configurado como o modo pelo qual índices e informações numéricas deixem de ser “duros” e passem a interferir na melhoria da condição de vida das pessoas.

Além disso, ante a comum escassez de recursos, notadamente num país como o Brasil, a necessidade de avaliação das políticas públicas em curso se exprime imperiosa. Quando se fala de eficiência, eficácia e efetividade, busca-se, de fato, a alocação ótima dos recursos públicos no que respeita à qualidade do gasto, à consecução dos objetivos imediatos dos programas e, principalmente, ao objetivo último de cada programa que deve ser o de resolver alguma anomalia social previamente identificada.

Ainda sobre o assunto, Ala-Harja e Helgason (2000, p.5) argumentam que a avaliação deve ser entendida como um mecanismo que permita melhorias no sistema de decisão para garantir melhores informações aos tomadores de decisão.

No caso da política em estudo, tanto o texto da Emenda Constitucional 29 quanto a sua regulamentação não mostram nenhuma preocupação com índices de saúde, mas somente com o seu financiamento. E se a EC - 29 não mostra efetividade, não seria o caso de propor transformações que a pudessem tornar efetiva?

No caso presente, impõe-se um estudo sobre os indicadores. Isto porque, por seu intermédio, a avaliação pretendida foi realizada.

5 INDICADORES

A famosa frase de Lord Kelvin (William Thomson, 1824-1907) diz muito da importância da medição das coisas, tirando seu flagrante foco na medição de fenômenos naturais palpáveis: “Se algo não pode ser medido, ele realmente não existe”. O cotidiano é um eterno medir. A todo instante são feitas medidas: peso, altura, quantidade de calorias a ingerir, velocidade do carro, quanto tempo se tem para chegar a algum lugar, enfim, exagerando pode-se dizer que a vida é uma sequência de medições.

5.1 Métrica, Medida e Indicadores

Para que seja propício realizar medições, são necessários, fundamentalmente, escalas e instrumentos adequados. Quando as medidas são referentes a coisas tangíveis (temperatura, comprimento, massa etc.), a situação é facilitada porque se dispõe de aparelhos (termômetros, fitas métricas ou aparelhos óticos e eletrônicos, balanças etc.) Há consenso, entretanto, na ideia de que, quando estas medições se referem a fenômenos sociais, a dificuldade aumenta e de que a definição do que medir é a primeira barreira a ser vencida. Passada esta etapa, há a necessidade de definir que instrumento deve ser utilizado com o fim de dar conta do que se tenciona medir.

Para Geisler (2000), os instrumentos de mensuração, sejam eles para medições tangíveis ou sociais, têm uma gama de características que determinam sua eficiência, dentre as quais se destacam:

a) precisão – é a característica pela qual um instrumento mostra valores idênticos se aplicado várias vezes ao mesmo fenômeno;

b) repetibilidade – característica de um instrumento mostrar valores muito similares quando aplicado repetidamente para medir um fenômeno e quando são as mesmas as condições de mensuração. Idêntica à anterior;

c) tolerância – medida da diferença aceitável entre a leitura do instrumento e o padrão médio, o estabelecido, ou o esperado;

d) sensibilidade – grau de alteração mostrada pelo instrumento quando de mudança de valores no fenômeno;

e) erro – medição não conforme feita pelo instrumento. É sistemático quando causado por problemas com o próprio instrumento e é corrigível. Quando não se pode detectar e atribuir a fonte do erro, é randômico; e

f) validação – avalia se a medição efetuada, de fato, traduz o que se propõe medir. Sua importância reside no fato de que é a vinculação entre o instrumento e fenômeno a ser medido;

Tanto no caso de pesquisas sociais como nos fenômenos naturais, é fundamental que o instrumento a ser utilizado tenha conformidade nessas características.

Geisler (2000) estabelece uma diferença entre métrica e medida. Medida é, simplesmente, uma quantidade, ou uma soma de valores, enquanto a métrica busca a resposta para três questões fundamentais: o que medir? como medir? e por que medir? A última pode ser traduzida como: o que se busca com essa mensuração?

Agora, outra questão se impõe: o que se entende por indicador? Para o autor ora citado, existe uma gradação: medida, indicador e métrica. Qual é, porém, o conceito de indicador?

5.2 Conceitos

Os autores e as agências de consultoria não divergem muito quanto ao conceito de indicador. A respeito, Martinez & Albornoz (1998) opinam:

Medida agregada e completa que permite descrever ou avaliar um fenômeno, sua natureza, estado e evolução; articula ou correlaciona variáveis e suas unidades de medida; é composta ou relativa. Os indicadores apresentam as seguintes características: Generalidade, correlacionamento entre variáveis distintas e de diferentes contextos, quantificabilidade, temporalidade e possibilidade de construir-se em componentes básicos de desenvolvimentos teóricos. As variáveis são os elementos que configuram ou caracterizam um fenômeno e normalmente são mensuráveis e se expressam em valores absolutos. As estatísticas são os resultados tabulados da medida de uma variável (ação, atributo, objeto) ainda que ocasionalmente se utilizem em um sentido amplo para desenhar os aspectos teóricos e metodológicos (operativos) de uma medição. (p.13).

Esta opinião é adotada pela FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos, empresa pública vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT que avalia e gerencia estudos e projetos e fornece consultoria. A mesma organização alberga, ainda, o conceito do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID (1997), segundo o qual indicador é especificação quantitativa e qualitativa para medir o atingimento de um objetivo. É a expressão numérica de um objetivo.

Com maior foco nos indicadores sociais, ressalte-se a contribuição de Jannuzzi (2006):

[...] uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para a pesquisa acadêmica) ou programático (para a formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. (p.15).

Desses conceitos ora reproduzidos, pode-se inferir que os indicadores se propõem medir quantidades ou verificar qualidades em relação a um determinado fenômeno sob estudo, com o fim de avaliar o alcance de objetivos e impactos. São, primordialmente, ferramenta de medição.

5.3 Indicadores de Saúde no Brasil

Nesta parte, cuida-se dos indicadores de saúde utilizados pelo Ministério da Saúde porque, além de serem muito parecidos com os mundialmente aceitos, parte deles é utilizada nesta pesquisa.

A base é um documento produzido, numa iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (2002), entidade que articula órgãos de governo, instituições de ensino e pesquisa, associações científicas e de classes, envolvidas na produção, análise e disseminação de informações atinentes às questões de saúde no País.

A obra citada é uma complementação da edição de 2001 de *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB*, editado anualmente, desde 1997, e tem por objetivo orientar os interessados no estudo das condições de saúde no Brasil na utilização de um

conjunto de indicadores constituídos com origem em bases de dados e pesquisas de âmbito nacional.

A obra faz interessante elo entre a validade e a confiabilidade dos dados a serem considerados em uma pesquisa sobre saúde, a sua utilização como ferramenta de decisão para políticas públicas:

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma antiga tradição em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços obtidos no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. (RIPSA, 2002,11).

Oferece, ainda, seu conceito sobre indicadores de saúde:

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. (RIPSA, 2002,11).

Os componentes usados na formulação de um indicador e a precisão das suas fontes de informação é que determinam a qualidade dele. A RIPSA (2002) indica algumas características desejáveis nos indicadores, de certa forma coerentes com os conceitos de Geisler (2000):

- sensibilidade – capacidade de medir alterações de determinado fenômeno;
- especificidade – o indicador deve medir exatamente o fenômeno que se pretende;
- validade – grau de excelência do indicador é uma mescla dos dois anteriores;
- confiabilidade – um indicador é confiável se, quando usado em condições idênticas, produz resultados idênticos;

- mensurabilidade – é a possibilidade que tem um indicador de poder ser medido. Esta característica pode parecer óbvia, mas não raramente se está diante de indicadores de medição difícil, seja pela indisponibilidade dos dados ou pela impossibilidade de consegui-los;
- relevância – o indicador deve referir-se a um fenômeno que seja prioritário em relação ao que se estuda. No caso das Políticas Públicas, notadamente as de saúde, elas devem medir algo que possa estabelecer diferença, algo que possa ser objeto de uma mudança da própria política ou da formulação de outra;
- boa relação custo-efetividade – os resultados que o indicador fornece devem justificar o investimento de tempo, recursos financeiros e humanos para consegui-los; e
- facilidade de análise e interpretação – deve ser de fácil leitura e compreensão por parte dos usuários, mormente quando estes atuam no controle social.

No caso dos indicadores de saúde, a padronização da medição e do cálculo é que garante a sua qualidade e a comparabilidade. Não é difícil entender que, se bem constituídos e manejados convenientemente, representam elementos fundamentais para a gestão e avaliação das condições de saúde em todos os aspectos. As evidências surgidas com a análise dos indicadores servem para determinar que grupos passam por maiores necessidades de investimento em saúde, que tipo de investimento deve ser feito, para identificar riscos de epidemias, determinar – dentro de cada fenômeno observado – as áreas mais críticas, para avaliar o alcance de metas, indicar que disciplinas deverão ser mais desenvolvidas pelos organismos de pesquisa científica etc.

A obra da RIPS (2002) contém uma esclarecedora lista de oito tópicos de qualificação dos indicadores que define:

- 1 conceito – características que definem o indicador e sua forma de expressão e, quando é o caso, agrega informações que facilitam a compreensão de seu conteúdo;
- 2 interpretação – qual é a informação obtida e qual é o seu significado;
- 3 usos – define qual a forma de utilização dos dados que deve ser considerada para as análises;

- 4 limitações – esclarece ao pesquisador quais as limitações no uso de cada indicador. São limitações tanto de conceito como referentes às fontes de dados;
- 5 fontes – revela as instituições responsáveis pela geração dos dados usados nos cálculos dos indicadores e pelos sistemas de comunicação a que correspondem;
- 6 método de cálculo – definição precisa das variáveis utilizadas e a maneira de inseri-las no cálculo;
- 7 categorias sugeridas para análise – que níveis de segregação podem melhorar a interpretação da informação e que estão, de fato, disponíveis, por exemplo, sexo e idade; e
- 8 dados estatísticos e comentários – são tabelas resumidas e comentadas que ilustram as aplicações dos indicadores com base em observação de estado real. Neste ponto cabe destacar o fato de que os dados estatísticos estão bastante desatualizados e não têm quase nenhuma serventia do ponto de vista da pesquisa científica. Por este motivo, não serão utilizados neste trabalho.

A correta escolha dos indicadores a serem usados em cada pesquisa e a observação rigorosa das potencialidades analíticas de cada um fazem com que aconteça o que pode ser chamado de qualificação da pesquisa quantitativa ou, em outras palavras, os indicadores deixam de ser apenas números frios, ou ainda um “exercício formal desinteressado”, para se tornarem importantes instrumentos de elucidação de um problema social.

No capítulo seguinte, da Metodologia, discorre-se sobre as limitações, tipos e características de abordagem da pesquisa. Tem-se, ainda, a definição do local e do período nela considerados, além da descrição de cada um dos indicadores tomados, bem como as razões de sua escolha.

6 METODOLOGIA

A pesquisa avaliativa da efetividade da EC - 29 se deu pela via da coleta de dados oficiais de gastos com saúde dos entes federados selecionados e os indicadores de saúde da sua população. O que se quis com esta avaliação foi verificar se o aporte financeiro aos órgãos de saúde é suficiente para garantir a melhoria da saúde da população. Não se trata de pretender propor a retirada de recursos da área da saúde, mas de demonstrar que, se o aporte financeiro é necessário, muito mais o é a qualidade do gasto. Da forma como se expressa hoje, se o governador de um estado hipotético resolver aplicar todo este recurso na compra de remédios para dor de cabeça, do ponto de vista da legislação atual, ele cumpre com a sua obrigação, o que não parece saudável.

6.1 Limitações da Pesquisa

Existem limitações de caráter geral inerentes à avaliação de políticas públicas que também estão presentes nesta. Não há garantia de que os resultados sirvam, de fato, para mudar alguma coisa. Além do mais, há de se ter cuidado redobrado para que os resultados não reflitam apenas números triviais que não atinjam o foco pretendido.

De maneira mais particular, há limitações no escopo desta pesquisa. Talvez a principal delas seja a dificuldade de o pesquisador em sozinho dar a ela o necessário caráter multidisciplinar. O que se procurou foi suprir esta deficiência com a aproximação das outras ciências envolvidas no tema.

Também serão considerados nesta investigação somente os gastos dos estados selecionados, ficando de fora os municípios, a União e as despesas próprias da população que também fariam parte do dispêndio total com saúde e que interferem no resultado dos indicadores.

Outro aspecto limitante importante é a dificuldade em definir o que é saúde em termos mensuráveis. Por isso, a escolha dos indicadores teve como fulcro o equilíbrio entre a representatividade deles e a facilidade de sua obtenção, a fim de evitar erros de interpretação dos resultados e de ser possível, de posse desses resultados, extraírem-se as corretas conclusões da pesquisa.

6.2 Indicadores da Pesquisa

A seguir, mostra-se a relação dos Indicadores usados para a consecução dos objetivos desta pesquisa. Numa adaptação das fichas de qualificação dos indicadores, presentes no endereço eletrônico www.ripsa.org.br, exibem-se o nome, conceituação, metodologia de cálculo, interpretação, usos, limitações e fontes de dados de cada um dos indicadores, complementando-se com a justificativa de sua escolha.

Foram escolhidos dez indicadores dentre as centenas disponíveis. Esta redução justifica-se por dois motivos: primeiro, a grande quantidade de indicadores, ao ser cruzada com o total de estados selecionados, tornaria por demais extensa a análise dos resultados, sem o devido aumento da qualidade daquilo indicado pela pesquisa; depois, entende-se que a representatividade dos indicadores tomados, complementada pela justificativa de sua escolha, fornece subsídios para uma interpretação adequada do que a investigação apontou.

I1. Coeficiente de Mortalidade Infantil
Conceito - Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<p style="text-align: center;">Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade</p> <p>Método de Cálculo: _____ x 1.000</p> <p style="text-align: center;">Número de nascidos de mães residentes</p>
<p>Interpretação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estima o risco de morte dos nascidos durante o seu primeiro ano de vida; • reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil; • expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade; • costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos.
<p>Usos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; • contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais; • subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.
<p>Limitações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode haver necessidade de informações adicionais sobre a composição do indicador, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal); • requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida; • envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
Fonte - Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos (Sinasc) e estimativas com base em métodos demográficos indiretos.
Justificativa – Indicador consagrado e mundialmente aceito.

I2. Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade

Conceito – Percentual dos óbitos por doença diarreica aguda em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por
doença diarreica aguda (*)

Método de Cálculo: _____ x 100

Número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por
causas definidas

(*) Os óbitos por doença diarreica aguda correspondem aos códigos A00 a A09 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 000-009 do capítulo I – Doenças infecciosas e parasitárias, da 9ª Revisão (CID-9).

Interpretação

- Mede a participação relativa dos óbitos atribuídos à doença diarreica aguda na mortalidade de menores de cinco anos de idade;
- reflete as condições socioeconômicas e de saneamento, bem como as ações de atenção à saúde da criança, principalmente a utilização de procedimentos básicos como a terapia de reidratação.

Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade de menores de cinco anos por doença diarreica aguda, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos;
- contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população;

Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste;
- apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas;
- requer informações adicionais sobre o risco de morte por doença diarreica aguda, pois o aumento (ou redução) proporcional de óbitos por essa causa pode decorrer de variações da frequência de outras causas no mesmo grupo etário.

Fonte – Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Justificativa – Possibilidade de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção básica à saúde na infância.

I3. Tx internação por fratura fêmur	
Conceito - Ocorrência de internações hospitalares por fratura do fêmur na população com 60 anos ou mais de idade, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período.	
Método de Cálculo:	$\frac{\text{Número de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência.}}{\text{Total da população com 60 anos ou mais, no mesmo período de tempo e local considerados no numerador}} \times 10.000$
Interpretação – Queda é evento-sentinela na saúde da pessoa idosa relacionada a fatores como visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicamentos etc. Este indicador estima o risco de ocorrência de fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, numa determinada população em intervalo de tempo determinado.	
Usos	
<ul style="list-style-type: none"> • Analisar as taxas de internações hospitalares por fratura do fêmur para desenvolver ações de prevenção; • avaliar o nível de atenção prestado aos fatores de risco. 	
Limitações	
<ul style="list-style-type: none"> • O número de internação hospitalar por fratura do fêmur é condicionado pela oferta de serviço e não necessariamente pela ocorrência do fato pretendido para estudo que é fratura de fêmur. Como provavelmente não há grande variação da oferta de serviço em um período de poucos anos, espera-se que as alterações observadas no numerador reflitam, mesmo que indiretamente, a ocorrência do fato estudado; • quanto ao denominador, nem todos os idosos podem ser considerados sob risco de internação hospitalar no sistema público, em razão daqueles usuários de serviços de saúde suplementar. 	
Fonte	
<p>Numerador: Lista de Morbidade CID-10: Fratura do fêmur (CID10 S72), encontrada na página eletrônica do DATASUS.</p> <p>Denominador: informações demográficas, DATASUS/IBGE.</p>	
Justificativa – Este indicador é o primeiro relacionado no pacto pela saúde – SISPACTO – na parte referente à saúde do idoso e pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência à saúde do idoso.	

I4. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório

Conceito - Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

Interpretação

- Estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública;
- retrata a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse;
- expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada;
- a taxa de mortalidade específica não padronizada por idade está sujeita à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas geográficas e para períodos distintos.

Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos;
- contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.

Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste;
- apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

Fonte - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.

Justificativa – Possibilidade de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças do aparelho circulatório, importante causa de mortalidade.

I5. Taxa de incidência de tuberculose
<p>Conceito – Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas – códigos A15 a A19 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de caso confirmado de tuberculose baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o País.</p>
<p>Método de Cálculo: $\frac{\text{Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$</p>
<p>Interpretação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado; • indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, que se transmite de um indivíduo a outro, principalmente a partir das formas pulmonares da doença; • taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG; • pode apresentar aumento da morbidade quando há associação entre tuberculose e infecção pelo HIV; • as taxas de incidência não padronizadas por idade estão sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas e para períodos distintos.
<p>Usos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tuberculose, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença; • contribuir para a orientação e avaliação das ações de controle de tuberculose; • subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose em áreas e populações de risco.
<p>Limitações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de tuberculose. Na média nacional, o sub-registro de casos é estimado em aproximadamente 30%; • o indicador não discrimina as formas clínicas de tuberculose que têm significados diferentes na dinâmica de transmissão da doença.
<p>Fonte - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – boletins de notificação semanal e Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.</p>
<p>Justificativa – Possibilita o planejamento e a avaliação das políticas públicas de combate à tuberculose, importante causa de mortalidade.</p>

I6. Taxa de mortalidade específica por diabetes melito
Conceito - Número de óbitos por diabetes melito, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de Cálculo: $\frac{\text{Número de óbitos de residentes por diabetes melito}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$
Interpretação <ul style="list-style-type: none"> • Estima o risco de morte por diabetes melito em qualquer de suas formas clínicas e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública; • reflete o envelhecimento na população. No Brasil, mais de 85% dos óbitos por diabetes ocorrem a partir dos 40 anos de idade, em ambos os sexos; • expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, pois as complicações agudas da diabetes (códigos E10.0 e E10.1) são causas evitáveis de óbito; em geral, as mortes por diabetes abaixo dos 40 anos de idade são consideradas evitáveis; • está associada à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em especial o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração; • a taxa de mortalidade específica não padronizada por idade está sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas geográficas e para períodos distintos.
Usos <ul style="list-style-type: none"> • Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por diabetes em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; • contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população; • subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes a diabetes melito.
Limitações <ul style="list-style-type: none"> • Requer a apuração da diabetes como causa associada ao óbito, com origem nas declarações originais. Essa informação é desconsiderada atualmente nas estatísticas nacionais de mortalidade, que se atêm à causa básica da morte; • requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste; • apresenta restrição de uso, sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
Fonte - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.
Justificativa – Indicador principal do controle da doença diabética.

17. % Cobertura de consultas de pré-natal (>6)
Conceito - Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos com mais de 6 (seis) consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<p style="text-align: center;">Número de nascidos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal</p> <p>Método de Cálculo: _____ X 100</p> <p style="text-align: center;">Número total de nascidos de mulheres residentes</p>
<p>Interpretação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mede a realização de consultas de pré-natal, com base em informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto; • e influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.
<p>Usos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; • contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil.
<p>Limitações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde, em função do agrupamento do número de consultas no formulário de Declaração de Nascido Vivo (Sic); • há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas; • desconsidera, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos; • a ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres; • a representatividade populacional do indicador pode estar comprometida, nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos; • há possibilidade de nascidos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos.
<p>Fonte Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</p>
<p>Justificativa - Possibilidade de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às condições de acesso e qualidade da assistência à saúde da mulher e pré-natal.</p>

I8. Leitos hospitalares públicos por mil habitantes
Conceito - Número de leitos hospitalares públicos existentes, por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de Cálculo: $\frac{\text{Média anual do número mensal de leitos hospitalares existentes}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$
Interpretação <ul style="list-style-type: none"> • Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica. Não inclui os leitos privados sem vínculo com o SUS; • é influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, desenvolvimento tecnológico, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas, a exemplo das de incentivo a cirurgias ambulatoriais, desospitalização na saúde mental e programas de internação domiciliar. Em geral, a concentração de leitos está associada ao maior poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições que atraem investimentos do setor privado de saúde.
Usos <ul style="list-style-type: none"> • Analisar variações geográficas e temporais da oferta de leitos hospitalares pelo SUS, segundo a esfera administrativa, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; • subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.
Limitações <ul style="list-style-type: none"> • Exclui os leitos em hospitais privados sem vínculo com o SUS, embora o indicador se refira à população total; • inclui a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, alterando a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente; • inexistem padrões nacionais ou internacionais validados para análises comparativas, pois o indicador expressa uma combinação de fatores inerentes a realidades regionais ou locais distintas; • até 2003, o indicador tinha como fonte os hospitais participantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); a partir de 2005, passa a ser utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esta mudança de fonte pode ter introduzido descontinuidades nos valores dos indicadores; • critérios administrativos, como a manutenção efetuada em 2002, eliminando do cadastro hospitais que não mais apresentavam Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), podem provocar quebras na série histórica do indicador; • até 2003, os hospitais com atividades de ensino e pesquisa eram classificados como “universitários”, independentemente de sua vinculação ou não a universidades, não discriminando se públicos ou privados. Com a implantação do CNES, esta categoria foi extinta, sendo os hospitais universitários reclassificados como públicos ou privados, também ensejando descontinuidade no indicador.
Fonte Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (até 2003), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (a partir de 2005) e base demográfica do IBGE.
Justificativa – Possibilidade de subsidiar tomada de decisão em relação a políticas públicas que digam respeito ao crescimento e descentralização da oferta de leitos públicos para a população.

I9. Número de consultas médicas (SUS) por habitante
Conceito – Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de Cálculo: $\frac{\text{Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}}$
Interpretação: <ul style="list-style-type: none"> • Mede a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica; • o conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas; • é influenciado por: (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) infraestrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.
Usos <ul style="list-style-type: none"> • Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das consultas médicas no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; • contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população; • subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médica de responsabilidade do SUS.
Limitações <ul style="list-style-type: none"> • Desconsidera as consultas médicas realizadas sem vínculo com o SUS, embora o denominador seja a população total; • é influenciado pela modalidade de remuneração (por procedimento realizado ou pelo total da população residente), resultando que o número de consultas apresentadas não expressa, necessariamente, o total de consultas realizadas no SUS; • inclui as consultas médicas realizadas em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador; • inclui todas as consultas, os acompanhamentos e os atendimentos individuais realizados por médicos, inclusive quando efetivados no cuidado multiprofissional.
Fonte Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.
Justificativa – Possibilidade de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médica de responsabilidade do SUS.

I10. Taxa de incidência de dengue
Conceito - Número de casos novos confirmados de dengue (clássico e febre hemorrágica da dengue – códigos A90-A91 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<p style="text-align: center;">Número de casos novos confirmados de dengue (todas as formas) em residentes</p> <p>Método de Cálculo: _____ x 100.000</p> <p style="text-align: center;">População total residente no período determinado</p>
<p>Interpretação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estima o risco de ocorrência de casos de dengue, em períodos endêmicos e epidêmicos, numa determinada população em intervalo de tempo determinado; • está relacionada à picada do mosquito <i>Aedes aegypti</i> infectado com o vírus da dengue (grupo dos flavivírus), dos sorotipos 1, 2, 3 ou 4; • estão associadas a condições socioambientais propícias à proliferação do <i>Aedes aegypti</i> e a insuficientes ações de controle vetorial; • as taxas de incidência não padronizadas por idade estão sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas e para períodos distintos.
<p>Usos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença; • contribui para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial do <i>Aedes aegypti</i>; • subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.
<p>Limitações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de dengue; • pode apresentar subnotificação em razão de dificuldades para identificar as formas clínicas leves e moderadas, que constituem a maioria dos casos de dengue. Em situações epidêmicas, esses casos tendem a ser confirmados apenas em base clínico-epidemiológica, o que impõe atenção na análise de séries temporais; • os dados utilizados neste indicador não estão desagregados por formas clínicas (dengue clássico e febre hemorrágica da dengue) nem por tipos de vírus circulantes.
<p>Fonte - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.</p>
<p>Justificativa – Trata-se de doença endêmica com forte incidência no Nordeste, notadamente na quadra invernal.</p>

6.3 Tipo e Características de Abordagem da Pesquisa

Considerados o escopo nacional e a facilidade da coleta e no tratamento de dados de gastos com saúde e dos índices, a pesquisa que se mostrou mais conveniente foi a do tipo documental-quantitativa, com dados secundários sendo extraídos de publicações oficiais e com a necessária identificação da fonte. Não foram aplicados questionários nem feito qualquer outro procedimento que envolvesse a participação de pessoas que não o próprio pesquisador. Se por um lado isto trouxe um desejável distanciamento metodológico, pelo menos na manipulação dos dados, de outra parte pode ter perdido a sensibilidade de um pretense pesquisado e os benefícios advindos do estabelecimento de um processo interativo com os beneficiários que, dessa forma, se teriam tornado copartícipes da avaliação.

Ala-Harja e Helgason (2000), ao analisarem o assunto da abordagem em relação à avaliação das políticas públicas, propõem três tipos principais, não mutuamente excludentes, cujas variáveis definidoras são a forma de ver a avaliação e a sua relação com a gestão de desempenho. Desta maneira, distinguem-se: a) Avaliação vista como função distinta e independente da gestão de desempenho, com regramento claro e próprio; b) Avaliação vista como função distinta, porém integrada à gestão de desempenho e c) Avaliação é integrada com a gestão de desempenho.

A primeira abordagem considera fundamental a independência da avaliação, mesmo dependendo da mensuração e de outras informações produzidas pela gestão de desempenho. O pensamento básico é de que a gestão de desempenho não se diferencia de qualquer outro processo passível de avaliação no âmbito das organizações. Uma ligação excessiva entre avaliação e gestão de desempenho causaria uma diminuição na capacidade avaliativa, limitando a possibilidade de apontamento de melhorias.

A segunda aponta para menos independência, mas a considera como um dos instrumentos da gestão de desempenho que pode ser superior a outros, pois permitiria um estudo mais aprofundado do desempenho do que a sua gestão. Pode cobrir períodos mais longos e incorporar, por exemplo, a avaliação de impactos ou resultados e ainda tornar possível a análise mais detalhada de causas e efeitos, trazendo a discussão sobre o desempenho para um contexto mais apropriado. A avaliação, nesta óptica, poderia ser usada para propiciar a visão mais ampla do desempenho, em contraposição a outras abordagens consideradas mais fragmentadas. No caso, a avaliação é pensada como distinta

e independente como forma de garantir sua especialização e serve para, de modo seletivo e periódico, produzir informações que não constam de outros processos.

A última considera os benefícios da incorporação de métodos avaliativos como instrumentos da gestão de desempenho. Tem-se, pois, a avaliação como atividade permanente e integrada aos processos-chave de gerenciamento.

Holanda (2003) diz que o caso brasileiro de abordagem em relação à avaliação de políticas públicas revela grande variedade, podendo ser considerada ampla e diversificada, porém não consolidada. Ele assim considera por entender que as tentativas de avaliação de programas no Brasil se caracterizam pela dispersão e descontinuidade, levando a que raramente seus resultados e evidências sejam documentados e sistematizados. O autor entende que isto decorre do fato de que a prática de planejamento governamental no Brasil, embora dê ênfase ao processo de formulação e elaboração de planos e projetos, frequentemente não se faz o mesmo com as etapas de acompanhamento e avaliação.

Foi a Constituição Federal, ao definir as diretrizes para a formulação obrigatória dos Planos Plurianuais – PPA conjugados com uma programação orçamentária unificada, que deu à avaliação um caráter de exigência.

Com o fito de estabelecer alguma conexão entre abordagem e método e, desta forma, classificar esta pesquisa, empregar-se-á o esquema seguinte formulado por Pollitt (1996) *apud* Ala-Harja e Helgason (2000).

Avaliação Experimental	Incorpora idéias positivistas de aplicação da metodologia de ciências naturais à engenharia de programas públicos. Em projetos experimentais, grupos aleatoriamente selecionados aparentemente similares após a aplicação de um programa a um deles. A atribuição do efeito observado ao programa depende da premissa de que não há nenhuma outra causa concorrente para o resultado.
Avaliação pragmática	Centra-se, acima de tudo, na utilidade dos resultados da avaliação. A avaliação deve se orientar pelos objetivos e práticas dos tomadores de decisão. A exeqüibilidade política, o <i>timing</i> e o custo são aspectos importantes. Projetos semi-experimentais (em que se busca eliminar explicações alternativas para os resultados por outros meios que não a seleção aleatória), estudos de casos e vários métodos descritivos são geralmente usados como ferramentas de avaliação.
Avaliação econômica	Geralmente é conduzida de maneira ligeiramente isolada da avaliação geral. As ferramentas incluem análises de custo-benefício e avaliações de custo-eficiência. Introduzem informações quanto ao custo dos programas como um dos critérios de avaliação.
Avaliação naturalista	Rejeita tanto a avaliação experimental quanto a econômica, alegando que a sociedade se constrói socialmente e está em constante mudança por força da interação dos indivíduos. Assim, a avaliação não pode oferecer respostas corretas e objetivas, mas meramente agir como elemento facilitador para a produção de consenso entre os interessados. Os métodos aplicados, tais como etnografia, observação de participantes, estudos de caso etc., têm por objetivo descrever e esclarecer os valores e premissas dos interessados e dar apoio à negociação desses aspectos no processo avaliativo.

No caso da investigação em foco, a sua qualificação como uma pesquisa quantitativa a inclui num combinado da segunda com a terceira, com precedência desta sobre aquela. O esforço foi, porém, no sentido de que os resultados encontrados não sejam somente um “exercício formal ‘desinteressado’” conforme é referido no início deste trabalho, mas a busca de melhoria real nas condições de vida e saúde da população.

6.4 Local e Período

A pesquisa foi realizada com dados de seis estados do Brasil. A fim de prover maior representatividade, foram selecionados os estados mais populosos de cada região geográfica do País (Pará, Bahia, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás), sendo que, no caso de Nordeste, o Ceará foi incluído. A série temporal que serviu de base para a análise começa em 2001, um ano depois da edição da EC - 29, e termina em 2009, o último ano com dados definitivos disponíveis.

6.5 Procedimentos de Análise

Os dados foram analisados com a utilização das ferramentas do SPSS, acrônimo de Statistical Package for the Social Sciences e do Microsoft Excel, por meio de tabelas e gráficos quando, entre outras, foram feitas as análises de correlação, regressão e significância estatística.

Na análise de correlação da % RLIT com os indicadores, foi empregado o Coeficiente de Correlação Linear “r” de Pearson. Quando “r” apresenta um valor positivo, significa que o indicador se correlaciona de maneira diretamente proporcional ao percentual da RLIT; se “r” é negativo, o correlacionamento se dá de maneira inversamente proporcional.

O Coeficiente de Regressão “B” indica quanto o indicador aumentou (se “B” é positivo) ou diminuiu (se “B” é negativo) para cada unidade a mais da % RLIT.

O valor de “p” fornece a significância estatística da correlação. Nesta pesquisa, por ser um valor usual, são consideradas estatisticamente significativas as correlações que apresentam valores de “p” menores que 0,05.

7 ANÁLISE DOS DADOS

Recolhidos e organizados conforme a Tabela 1, os dados foram submetidos a tratamento estatístico, utilizando-se para isto as ferramentas do *software* SPSS, acrônimo de *Statistical Package for the Social Sciences*, que forneceu uma descrição numérica das variáveis do estudo em relação a seus valores máximos e mínimos, suas médias e desvios-padrão mostrada na Tabela 2.

Tabela 1 – Valores de %RLIT e Indicadores, de 2001 a 2009, para os Estados selecionados - Brasil

Estado	Ano	%RLIT	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10
Bahia	2001	8,40	35,40	5,50	8,80	103,70	55,39	18,00	33,25	0,74	2,05	212,64
Bahia	2002	9,41	33,40	5,40	10,63	106,10	47,02	18,80	33,13	0,74	2,13	582,26
Bahia	2003	10,38	31,60	6,00	10,87	102,60	51,03	19,10	33,83	0,85	2,12	315,30
Bahia	2004	12,15	29,90	4,60	10,89	103,40	49,16	19,70	32,86	0,88	2,06	34,13
Bahia	2005	12,15	28,50	5,00	10,51	99,60	48,11	18,90	32,41	0,91	2,01	129,44
Bahia	2006	12,17	27,30	4,90	12,26	129,70	44,11	23,70	35,30	0,86	2,06	49,00
Bahia	2007	12,63	26,30	3,20	11,59	126,00	41,25	25,00	35,96	0,92	2,06	68,22
Bahia	2008	12,77	23,30	3,80	10,73	124,30	38,09	26,50	37,88	0,91	2,31	235,49
Bahia	2009	13,89		2,80	11,14	125,80	39,86	27,60	39,65	0,90	2,24	650,30
Ceará	2001	7,54	35,00	8,70	11,08	110,10	46,91	17,80	28,51	0,57	2,07	451,71
Ceará	2002	8,18	32,80	9,50	13,17	109,30	46,94	16,20	33,09	0,57	2,16	257,04
Ceará	2003	8,74	30,80	6,40	12,47	111,10	50,46	16,40	38,82	0,62	2,21	429,55
Ceará	2004	12,70	28,90	5,70	13,35	113,80	48,33	15,00	40,91	0,76	2,14	50,08
Ceará	2005	11,97	27,10	4,80	14,83	113,80	49,37	16,20	38,51	0,89	2,16	335,90
Ceará	2006	14,21	25,60	5,50	13,94	148,20	43,11	19,80	43,60	0,87	2,17	346,33
Ceará	2007	12,14	24,40	4,20	14,85	146,00	42,00	19,60	47,92	0,88	1,99	414,14
Ceará	2008	14,36	19,10	3,60	13,22	156,90	43,15	23,00	50,78	0,88	2,27	576,48
Ceará	2009	15,80		2,30	17,50	156,50	45,44	25,40	52,54	0,88	2,26	85,81
Goiás	2001	12,39	20,70	3,30	20,35	131,00	19,79	13,90	55,97	0,95	2,34	210,42
Goiás	2002	8,12	20,00	2,60	21,60	138,20	19,46	15,70	56,32	0,92	2,53	421,60
Goiás	2003	10,12	19,30	2,10	21,76	141,00	19,49	15,50	59,11	0,99	2,29	161,50
Goiás	2004	12,46	18,60	2,60	23,69	146,00	16,97	16,20	60,88	0,93	2,12	106,07
Goiás	2005	12,05	18,00	2,90	22,49	137,60	16,39	15,70	62,47	0,86	2,30	335,40

(Cont.) Tabela 1 - Estado, Ano, %RLIT e Indicadores

Estado	Ano	%RLIT	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10
Goiás	2006	12,90	17,40	2,30	21,84	137,50	15,25	17,10	62,26	0,87	2,35	424,45
Goiás	2007	12,30	17,00	0,80	17,97	135,90	14,59	18,30	63,24	0,87	2,22	257,57
Goiás	2008	12,87	16,90	1,70	14,00	146,00	13,82	20,30	65,04	0,90	2,10	605,83
Goiás	2009	13,13		0,80	14,38	141,60	14,97	20,50	65,35	0,91	2,20	739,58
Pará	2001	8,88	28,00	4,80	8,65	68,60	47,76	11,00	28,38	0,52	1,36	264,13
Pará	2002	9,88	27,00	5,10	9,16	63,40	50,79	9,60	28,28	0,51	1,61	178,29
Pará	2003	10,31	26,10	3,80	9,14	69,40	51,86	9,80	29,69	0,55	1,59	148,35
Pará	2004	12,04	25,20	4,30	6,84	67,70	51,87	10,00	27,85	0,61	1,53	84,63
Pará	2005	12,41	24,40	5,30	6,80	69,20	49,90	10,00	27,14	0,67	1,72	118,35
Pará	2006	12,74	23,70	4,80	8,95	76,90	47,07	13,00	29,17	0,69	1,76	92,46
Pará	2007	12,61	23,10	4,10	6,11	84,60	45,78	14,30	29,21	0,71	1,78	199,50
Pará	2008	12,77	23,60	3,70	10,34	89,10	43,61	16,00	28,25	0,75	2,02	207,46
Pará	2009	12,44		3,70	11,28	92,30	48,53	18,70	30,92	0,77	2,25	95,03
RG do Sul	2001	6,59	15,80	2,50	16,15	213,30	40,91	23,10	54,06	0,23	2,11	0,63
RG do Sul	2002	5,62	15,60	2,30	21,28	210,10	44,06	25,00	57,15	0,23	2,18	4,24
RG do Sul	2003	4,32	16,00	1,90	19,81	205,40	45,34	25,20	59,81	0,19	2,10	0,54
RG do Sul	2004	5,20	15,20	1,70	20,52	206,90	45,14	26,40	62,84	0,36	1,95	0,21
RG do Sul	2005	4,80	13,70	1,70	20,54	197,80	42,23	28,20	65,31	0,52	2,16	0,39
RG do Sul	2006	5,40	13,10	1,40	19,85	197,80	39,61	26,90	69,01	0,50	2,07	0,64
RG do Sul	2007	5,80	12,80	0,90	17,51	207,80	41,51	29,00	70,98	0,50	2,24	3,84
RG do Sul	2008	6,53	12,80	1,00	19,82	208,00	42,50	29,40	71,64	0,53	2,19	1,19
RG do Sul	2009	7,24		1,20	20,42	212,70	47,00	30,10	71,70	0,55	2,55	0,49
São Paulo	2001	11,15	16,50	2,50	20,31	188,60	43,69	21,80	63,77	0,77	2,76	155,74
São Paulo	2002	11,76	15,30	2,30	21,92	185,50	42,75	21,30	65,91	0,75	2,91	117,50
São Paulo	2003	12,26	15,20	1,80	22,83	186,30	41,06	21,50	69,67	0,81	2,92	43,34
São Paulo	2004	13,74	14,50	1,70	23,42	187,10	38,52	20,90	73,04	0,73	2,89	7,86
São Paulo	2005	12,95	13,50	1,50	23,26	177,00	36,78	19,50	74,55	0,64	2,97	15,80
São Paulo	2006	12,80	13,40	1,40	24,87	181,90	37,62	21,60	75,01	0,63	3,00	150,24
São Paulo	2007	13,07	13,10	1,20	21,85	179,40	36,51	21,90	75,93	0,62	2,98	275,96
São Paulo	2008	13,46	12,60	0,90	22,96	186,70	37,50	22,80	77,10	0,64	3,21	27,99
São Paulo	2009	12,66		0,90	24,36	188,30	38,20	22,80	76,74	0,66	3,38	28,80

Fonte: Datasus

Tabela 2 – Nº de observações, valores máximos, mínimos, média e desvio-padrão do %RLIT e indicadores para os Estados selecionados - Brasil.

Estado	Var.	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
Bahia	%RLIT	9	8,40	13,89	11,55	1,772
	I1	8	23,30	35,40	29,46	3,948
	I2	9	2,80	6,00	4,58	1,089
	I3	9	8,80	12,26	10,82	0,935
	I4	9	99,60	129,70	113,47	12,507
	I5	9	38,09	55,39	46,00	5,650
	I6	9	18,00	27,60	21,92	3,758
	I7	9	32,41	39,65	34,92	2,502
	I8	9	0,74	0,92	0,86	0,070
	I9	9	2,01	2,31	2,12	0,099
	I10	9	34,13	650,30	252,98	226,662
Ceará	%RLIT	9	7,54	15,80	11,74	2,956
	I1	8	19,10	35,00	27,96	5,063
	I2	9	2,30	9,50	5,63	2,317
	I3	9	11,08	17,50	13,82	1,801
	I4	9	109,30	156,90	129,52	21,557
	I5	9	42,00	50,46	46,19	2,976
	I6	9	15,00	25,40	18,82	3,492
	I7	9	28,51	52,54	41,63	7,980
	I8	9	0,57	0,89	0,77	0,143
	I9	9	1,99	2,27	2,16	0,088
	I10	9	50,08	576,48	327,45	171,794
Goiás	%RLIT	9	8,12	13,13	11,82	1,643
	I1	8	16,90	20,70	18,49	1,415
	I2	9	0,80	3,30	2,12	0,877
	I3	9	14,00	23,69	19,79	3,540
	I4	9	131,00	146,00	139,42	4,817
	I5	9	13,82	19,79	16,75	2,317
	I6	9	13,90	20,50	17,02	2,256
	I7	9	55,97	65,35	61,18	3,437
	I8	9	0,86	0,99	0,91	0,042
	I9	9	2,10	2,53	2,27	0,132
	I10	9	106,07	739,58	362,49	209,093
Pará	%RLIT	9	8,88	12,77	11,56	1,469
	I1	8	23,10	28,00	25,14	1,761
	I2	9	3,70	5,30	4,40	0,618
	I3	9	6,11	11,28	8,58	1,713
	I4	9	63,40	92,30	75,69	10,508
	I5	9	43,61	51,87	48,57	2,822
	I6	9	9,60	18,70	12,49	3,252
	I7	9	27,14	30,92	28,77	1,117
	I8	9	0,51	0,77	0,64	0,098
	I9	9	1,36	2,25	1,74	0,267
	I10	9	84,63	264,13	154,24	62,276

Fonte: Datasus

(Cont.) Tabela 2 - Estatística descritiva dos valores coletados - SPSS

Estado	Var.	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
RGSul	%RLIT	9	4,32	7,24	5,72	0,930
	I1	8	12,80	16,00	14,38	1,409
	I2	9	0,90	2,50	1,62	0,554
	I3	9	16,15	21,28	19,54	1,643
	I4	9	197,80	213,30	206,64	5,636
	I5	9	39,61	47,00	43,14	2,396
	I6	9	23,10	30,10	27,03	2,335
	I7	9	54,06	71,70	64,72	6,644
	I8	9	0,19	0,55	0,40	0,149
	I9	9	1,95	2,55	2,17	0,165
	I10	9	0,21	4,24	1,35	1,550
São Paulo	%RLIT	9	11,15	13,74	12,65	0,816
	I1	8	12,60	16,50	14,26	1,334
	I2	9	0,90	2,50	1,58	0,563
	I3	9	20,31	24,87	22,86	1,375
	I4	9	177,00	188,60	184,53	4,125
	I5	9	36,51	43,69	39,18	2,650
	I6	9	19,50	22,80	21,57	1,000
	I7	9	63,77	77,10	72,41	4,864
	I8	9	0,62	0,81	0,69	0,071
	I9	9	2,76	3,38	3,00	0,185
	I10	9	7,86	275,96	91,47	90,339

Fonte: Datasus

Na análise da Tabela 2, é necessário salientar que o número de observações para o Indicador I1, Taxa de Mortalidade Infantil, é diferente dos demais, porque o último ano disponível, para todos os estados selecionados e em uma mesma base de dados, é 2008.

Com relação à variável independente, qual seja, a % RLIT, há uma média muito parecida (em torno de 12%) para os estados estudados, à exceção do Rio Grande do Sul que apresenta média de 5,72%, fato que será comentado adiante.

Tendo foco no Ceará, a Tabela 2 explicita a maior queda absoluta na Taxa de Mortalidade Infantil, saindo de um valor máximo de 35,00 em 2001 para o valor mínimo de 19,10 em 2009. Este fato está refletido também no desvio-padrão com valor de 2,956.

As análises pertinentes a cada indicador serão tratadas no decorrer do trabalho.

7.1 Verificação do Cumprimento da EC- 29 por Parte dos Estados Brasileiros

A Tabela 3 está organizada de sorte a mostrar rapidamente quais entre todos os Estados brasileiros aqueles que cumpriram e quais os que não cumpriram as determinações da EC-29. Vale salientar que os dados foram obtidos do DATASUS, que utilizava uma interpretação diferente, e bem mais restritiva, da dos Tribunais de Contas dos diversos estados, que, via de regra, aceitavam como gastos com saúde algo que o Ministério da Saúde não aceitava. Isto equivale a dizer que, se os dados de percentual da RLIT para gastos com saúde fossem os dos estados, as situações de não cumprimento seriam mais raras.


É necessária uma explicação para o fato de que, nos anos de 2001 a 2003 existem percentuais mínimos de aplicação diferentes e menores que 12% para alguns estados. A própria Emenda Constitucional trazia uma regra de transição estabelecendo que os estados que estivessem aplicando percentuais inferiores aos 12% deveriam elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação teria que ser de pelo menos sete por cento. Por essa razão, o Estado do Ceará, por exemplo, em 2001, esteve obrigado a aplicar não 12%, mas 8% de sua RLIT em ações e serviços públicos de saúde.


Tabela 3 - % RLIT Exigido e % RLIT Aplicado nos estados do Brasil, de 2001 a 2009

Estados	Ano									
	2001		2002		2003		2004		2005	
	% mín	% aplic	% mín	% aplic	% mín	% aplic	% mín	% aplic	% mín	% aplic
Rondônia	8,63	10,64	9,47	9,47	10,32	10,54	12,00	11,42	12,00	12,11
Acre	12,00	14,77	12,00	13,46	12,00	12,96	12,00	12,48	12,00	12,05
Amazonas	12,00	21,15	12,00	25,11	12,00	20,37	12,00	21,15	12,00	20,78
Roraima	11,61	14,92	11,71	10,14	11,80	13,26	12,00	11,53	12,00	12,77
Pará	8,26	8,88	9,20	9,88	10,13	10,31	12,00	12,04	12,00	12,41
Amapá	10,53	10,30	10,90	12,52	11,26	14,99	12,00	14,14	12,00	11,31
Tocantins	9,92	12,30	10,44	11,48	10,96	11,32	12,00	12,02	12,00	12,05
Maranhão	8,00	1,75	9,00	5,56	10,00	7,98	12,00	13,23	12,00	12,73
Piauí	8,00	8,90	9,00	6,07	10,00	7,48	12,00	11,62	12,00	12,64
Ceará	8,00	7,54	9,00	8,18	10,00	8,74	12,00	12,70	12,00	11,97
Rio Grande do Norte	12,00	11,53	12,00	13,30	12,00	14,58	12,00	12,02	12,00	12,63
Paraíba	8,00	12,81	9,00	10,52	10,00	10,62	12,00	9,59	12,00	10,32
Pernambuco	10,77	11,60	11,08	11,59	11,38	11,88	12,00	12,00	12,00	12,23
Alagoas	9,88	7,96	10,41	9,39	10,94	8,96	12,00	12,08	12,00	12,01
Sergipe	8,00	5,77	9,00	8,06	10,00	10,07	12,00	12,04	12,00	12,14
Bahia	9,19	8,40	9,89	9,41	10,60	10,38	12,00	12,15	12,00	12,15
Minas Gerais	8,00	6,88	9,00	6,36	10,00	10,20	12,00	12,16	12,00	12,33
Espírito Santo	12,00	12,23	12,00	12,91	12,00	12,65	12,00	12,23	12,00	12,05
Rio de Janeiro	8,58	5,01	9,44	6,28	10,29	10,85	12,00	11,92	12,00	11,92
São Paulo	10,06	11,15	10,55	11,76	11,03	12,26	12,00	13,74	12,00	12,95
Paraná	8,00	10,09	9,00	5,98	10,00	5,75	12,00	6,14	12,00	8,35
Santa Catarina	9,87	8,43	10,40	5,90	10,94	8,18	12,00	11,25	12,00	10,79
Rio Grande do Sul	8,00	6,59	9,00	5,62	10,00	4,32	12,00	5,20	12,00	4,80
Mato Grosso do Sul	9,50	6,81	10,13	9,22	10,75	8,61	12,00	12,14	12,00	12,57
Mato Grosso	8,00	6,33	9,00	7,72	10,00	9,09	12,00	11,01	12,00	11,19
Goiás	8,70	12,39	9,53	8,12	10,35	10,12	12,00	12,46	12,00	12,05

Fonte: Datasus

Legenda:

 Cumpriu a legislação

 Não cumpriu a legislação

(Cont.) Tabela 3 - Avaliação do cumprimento da EC-29

Estados	Ano							
	2006		2007		2008		2009	
	% mín	% aplic	% mín	% aplic	% mín	% aplic	% mín	% aplic
Rondônia	12,00	12,10	12,00	12,00	12,00	12,78	12,00	12,58
Acre	12,00	13,77	12,00	13,82	12,00	14,34	12,00	17,23
Amazonas	12,00	23,47	12,00	22,17	12,00	19,21	12,00	23,23
Roraima	12,00	13,22	12,00	13,64	12,00	14,95	12,00	12,32
Pará	12,00	12,74	12,00	12,61	12,00	12,77	12,00	12,44
Amapá	12,00	12,93	12,00	13,74	12,00	13,91	12,00	12,03
Tocantins	12,00	13,52	12,00	14,74	12,00	13,79	12,00	15,67
Maranhão	12,00	11,17	12,00	11,77	12,00	12,06	12,00	12,61
Piauí	12,00	13,48	12,00	13,71	12,00	12,16	12,00	10,06
Ceará	12,00	14,21	12,00	12,14	12,00	14,36	12,00	15,80
Rio Grande do Norte	12,00	14,43	12,00	17,53	12,00	16,52	12,00	16,34
Paraíba	12,00	12,91	12,00	12,72	12,00	12,49	12,00	16,03
Pernambuco	12,00	13,24	12,00	14,11	12,00	14,80	12,00	15,81
Alagoas	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,20	12,00	12,12
Sergipe	12,00	11,11	12,00	12,44	12,00	12,70	12,00	12,65
Bahia	12,00	12,17	12,00	12,63	12,00	12,77	12,00	13,89
Minas Gerais	12,00	13,20	12,00	13,30	12,00	12,19	12,00	14,67
Espírito Santo	12,00	10,43	12,00	9,88	12,00	10,24	12,00	11,80
Rio de Janeiro	12,00	10,37	12,00	10,92	12,00	12,63	12,00	12,15
São Paulo	12,00	12,80	12,00	13,07	12,00	13,46	12,00	12,66
Paraná	12,00	11,55	12,00	9,22	12,00	9,79	12,00	9,76
Santa Catarina	12,00	13,09	12,00	13,35	12,00	12,47	12,00	12,14
Rio Grande do Sul	12,00	5,40	12,00	5,80	12,00	6,53	12,00	7,24
Mato Grosso do Sul	12,00	12,25	12,00	13,46	12,00	12,98	12,00	14,78
Mato Grosso	12,00	11,07	12,00	11,90	12,00	11,24	12,00	11,66
Goiás	12,00	12,90	12,00	12,30	12,00	12,87	12,00	13,13

Fonte: Datasus

Legenda:



Cumpriu a legislação



Não cumpriu a legislação

A Tabela 3 é de fácil leitura e dela podem ser extraídas algumas informações.

São 26 estados acompanhados durante nove anos. Dos 234 resultados possíveis, os estados cumpriram a determinação legal em 156 ocasiões, ou 66,7% dos casos, sendo que a metade dos descumprimentos se deram nos três primeiros anos observados. Salta aos olhos a situação de dois estados que, no período estudado, nunca atingiram os percentuais mínimos exigidos: Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Inversamente, outros seis estados sempre atingiram: Acre, Amazonas, Pará, Tocantins, Pernambuco e São Paulo. Esse fato suscita uma interrogação: será mesmo que a situação

de saúde do Pará é melhor do que a do Rio Grande do Sul, por exemplo? A questão será retomada adiante.

Uma conclusão que se pode tirar é de que, mesmo que nem todos os estados tenham cumprido a legislação no período considerado, a diferença entre o exigido e o aplicado vem caindo, levando a crer que em pouco tempo todos estarão conformes com a exigência.

7.2 Análise de Correlação, Significância e Regressão - %RLIT x Indicadores

O SPSS, conforme mostrado na Tabela 4, forneceu também, para os estados selecionados, as medidas de relacionamento entre a Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT e os indicadores desta pesquisa, por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson, da significância estatística da correlação e do coeficiente de regressão.

Tabela 4 – Valores de **r**, **p**, **B** e **N** da relação %RLIT e os indicadores para os estados selecionados - Brasil, de 2001 a 2009.

Estado	r,p,N	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10
Bahia	r	-0,929	-0,807	0,673	0,624	-0,809	0,798	0,667	0,913	0,362	-0,085
	p	0,001	0,009	0,047	0,073	0,008	0,010	0,050	0,001	0,338	0,828
	B	-2,228	-0,496	0,355	4,404	-2,581	1,692	0,943	0,036	0,020	-10,896
	N	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Ceará	r	-0,886	-0,891	0,745	0,832	-0,512	0,690	0,891	0,900	0,413	-0,268
	p	0,003	0,001	0,021	0,005	0,159	0,040	0,001	0,001	0,270	0,485
	B	-1,657	-0,699	0,454	6,068	-0,515	0,815	2,406	0,044	0,012	-15,582
	N	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Goiás	r	-0,561	-0,277	-0,396	0,108	-0,688	0,458	0,671	-0,408	-0,723	0,230
	p	0,148	0,471	0,291	0,783	0,040	0,216	0,048	0,276	0,028	0,552
	B	-0,474	-0,148	-0,854	0,316	-0,971	0,629	1,404	-0,010	-0,058	29,283
	N	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Pará	r	-0,970	-0,287	-0,092	0,646	-0,413	0,553	0,083	0,902	0,690	-0,553
	p	0,000	0,454	0,814	0,060	0,269	0,123	0,832	0,001	0,040	0,123
	B	-1,116	-0,121	-0,107	4,624	-0,794	1,224	0,063	0,060	0,125	-23,448
	N	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9
RGSul	r	-0,253	-0,227	-0,296	0,678	0,058	0,310	0,286	0,348	0,653	0,059
	p	0,546	0,556	0,440	0,045	0,882	0,417	0,456	0,359	0,057	0,879
	B	-0,453	-0,135	-0,523	4,107	0,149	0,778	2,043	0,056	0,116	0,099
	N	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9
São Paulo	r	-0,808	-0,747	0,597	-0,292	-0,858	-0,042	0,846	-0,599	0,420	-0,306
	p	0,015	0,021	0,090	0,445	0,003	0,914	0,004	0,088	0,260	0,423
	B	-1,235	-0,515	1,007	-1,477	-2,786	-0,052	5,041	-0,052	0,095	-33,859
	N	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Fonte: Datasus

r - Coeficiente de correlação linear de Pearson

p - Significância estatística; há significância se $p < 0,05$. As células sombreadas têm valores sem significância estatística.

B - Coeficiente de regressão

N - Número de observações

Na Tabela 4, “r” traz o valor do coeficiente de correlação de Pearson. Quando “r” é negativo, significa dizer que o indicador se correlacionou de maneira inversamente proporcional com o % da RLIT; e se “r” é positivo, a correlação é diretamente proporcional. O valor de “p” indica a significância estatística da correlação. Para valores de $p < 0,05$, tem-se que correlação é estatisticamente significativa.

O valor de B (coeficiente de regressão) diz quanto o indicador aumentou, para valores positivos de B ou diminuiu, para valores negativos de B, para cada unidade incremental o % da RLIT. Analisando, por exemplo, a Bahia com foco no indicador I1, o valor de $B = -2,228$, significa que, para cada unidade a mais da % RLIT, a taxa decresceu de 2,228. Em outras palavras, B é coeficiente angular da reta de regressão.

As áreas sombreadas da Tabela 4 mostram casos em que não existe significância estatística da correlação. É fácil ver que, em nenhum dos indicadores, a correlação entre ele e a % RLIT tem significância para todos os estados selecionados. Mais: dos 60 valores possíveis, 35, ou 58,3%, não apresentam significância estatística. Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e São Paulo, respectivamente, apresentam significância somente para 3, 3, 1, 4 entre os dez indicadores. No caso do indicador 10, não existe significância para nenhum dos estados. Essa análise leva à conclusão de que existem fortes razões para não acreditar que o % da RLIT, sozinha, seja indutor da melhoria dos índices de saúde da população.

7.3 Análise dos Indicadores

Com o auxílio das ferramentas do *Microsoft Excel*, foram elaborados gráficos que mostram a evolução temporal do % RLIT e de cada um dos indicadores e o seu relacionamento. Com isto, foram feitas comparações entre os entes da Federação do ponto de vista dos gastos com saúde, procurando-se estabelecer as correlações entre estes gastos e a evolução dos índices de saúde, a fim de perceber os impactos da aplicação da lei na melhoria, ou não, da saúde da população.

A análise começa com uma referência à relação dos indicadores na qual se relembram resumidamente o conceito do indicador e sua interpretação, já referenciados.

Dependendo do indicador, a melhora, o que se espera de uma política pública como a que está sob análise, pode refletir um aumento ou uma diminuição do seu valor. A

EC - 29 parece basear-se no fato de que um aumento no % RLIT deveria corresponder a uma melhora nos indicadores de saúde da população. Na verdade, mesmo a manutenção de uma porcentagem mínima da Receita Líquida de Impostos e Transferências para gastos com ações e serviços públicos de saúde já deveria apontar para uma expectativa de melhora de seus indicadores, já que, em tempos de crescimento econômico como o que o Brasil experimenta, a RLIT é também crescente.

Na análise da evolução dos indicadores com o tempo, tem-se que, dos 60 resultados possíveis, 39 apontam para melhoras nos indicadores de saúde. Situação análoga aparece quando é analisada a relação dos indicadores com o % da RLIT, na qual 41 entre os 60 indicadores melhoram quando o % da RLIT cresce.

7.3.1 Análise do Indicador I1- Taxa de Mortalidade Infantil

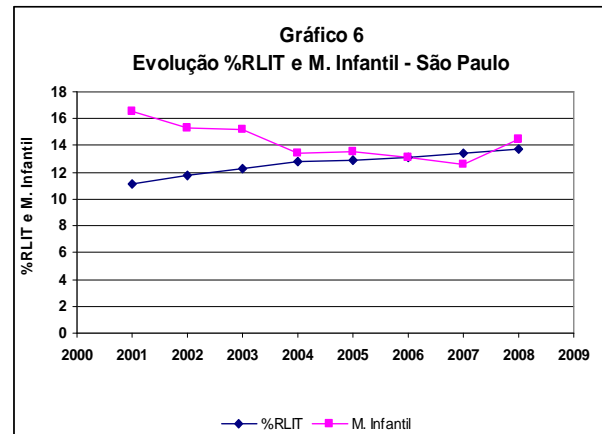
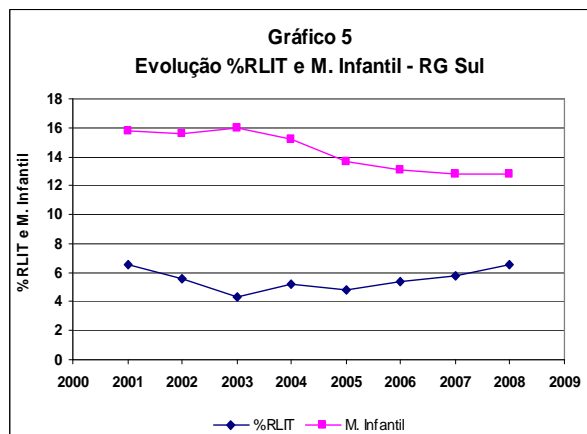
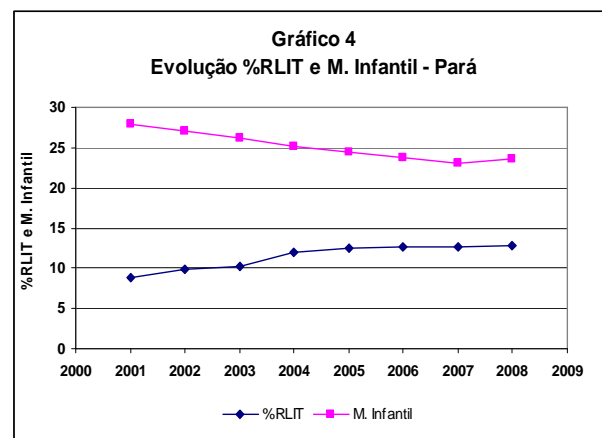
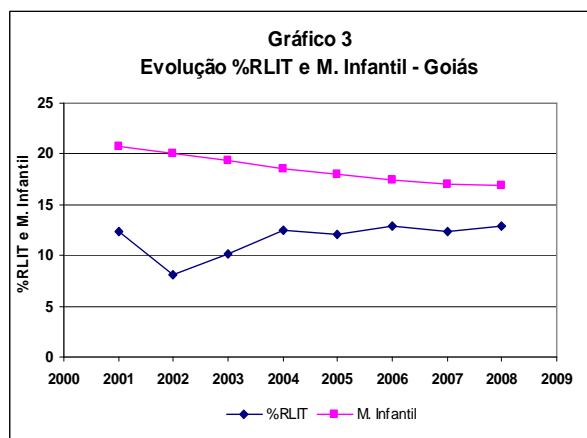
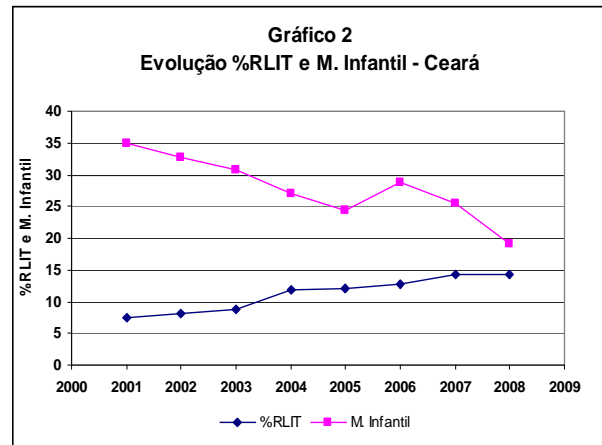
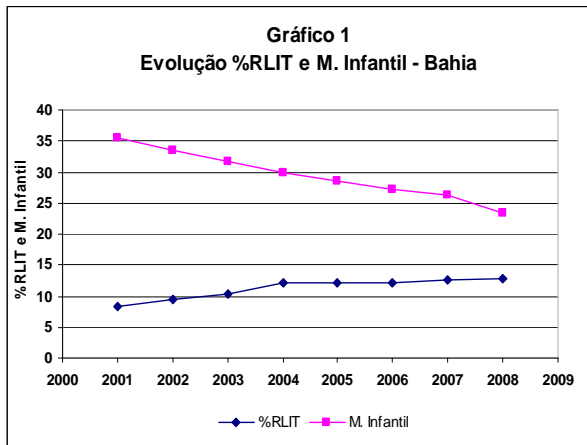
A Taxa de Mortalidade Infantil é o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, e estima o risco de morte dos nascidos durante o seu primeiro ano de vida.

Naturalmente, considera-se que este indicador melhora quando seus valores caem. De fato, a Tabela 5 e os gráficos de 1 a 6, mostram uma tendência de queda da mortalidade infantil e o crescimento do % RLIT em todos os estados, sendo que a queda é mais acentuada no Ceará e na Bahia, saindo de taxas de 35 e 35,4, em 2001, para 19,10 e 23,3, em 2009, respectivamente.

Tabela 5 - %RLIT e Taxa de Mortalidade Infantil nos Estados Seleccionados - Brasil, 2001-2008.

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	35,40	7,54	35,00	12,39	20,70	8,88	28,00	6,59	15,80	11,15	16,50
2002	9,41	33,40	8,18	32,80	8,12	20,00	9,88	27,00	5,62	15,60	11,76	15,30
2003	10,38	31,60	8,74	30,80	10,12	19,30	10,31	26,10	4,32	16,00	12,26	15,20
2004	12,15	29,90	11,97	27,10	12,46	18,60	12,04	25,20	5,20	15,20	12,80	13,40
2005	12,15	28,50	12,14	24,40	12,05	18,00	12,41	24,40	4,80	13,70	12,95	13,50
2006	12,17	27,30	12,70	28,90	12,90	17,40	12,74	23,70	5,40	13,10	13,07	13,10
2007	12,63	26,30	14,21	25,60	12,30	17,00	12,61	23,10	5,80	12,80	13,46	12,60
2008	12,77	23,30	14,36	19,10	12,87	16,90	12,77	23,60	6,53	12,80	13,74	14,50

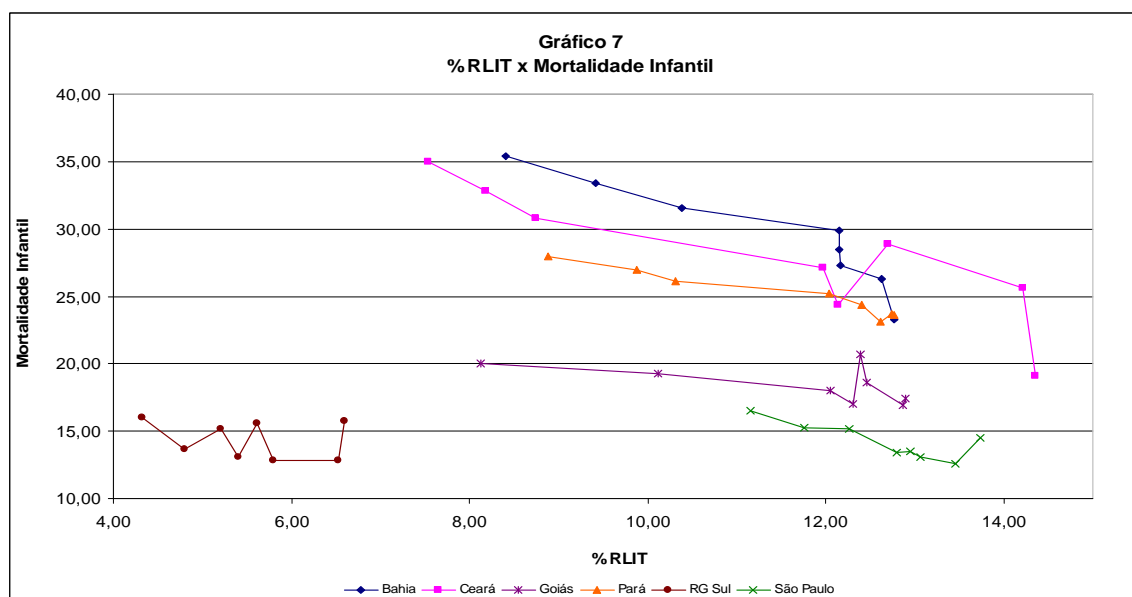
Fonte: Datasus



Seguindo a análise, o Gráfico 7, confirmando a Tabela 4, evidencia uma correlação sem significância estatística entre o % da RLIT e a mortalidade infantil para os Estados de Goiás e Rio Grande do Sul. Mais uma questão: por que o Rio Grande do Sul, que nunca cumpriu o percentual exigido pela EC-29 e que aplicou, em média, 5,72% da RLIT tem, para o indicador estudado, valores melhores do que os do Ceará, que aplicou, em média, 11,74% da RLIT, e muito parecidos com os de São Paulo, que aplicou, em média, 12,65% da RLIT?

Também entre os outros estados, como explicar que valores tão parecidos do % RLIT levem a resultados tão díspares na Taxa de Mortalidade Infantil?

São mais indícios de que o % da RLIT não explica, sozinha, as variações dos indicadores de saúde.



7.3.2 Análise do Indicador I2 - Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade

A mortalidade proporcional por doença diarreica aguda (DDA) em menores de cinco anos de idade é o percentual dos óbitos por DDA, em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Este indicador mede a participação relativa dos óbitos atribuídos à DDA na mortalidade de menores de cinco anos de idade.

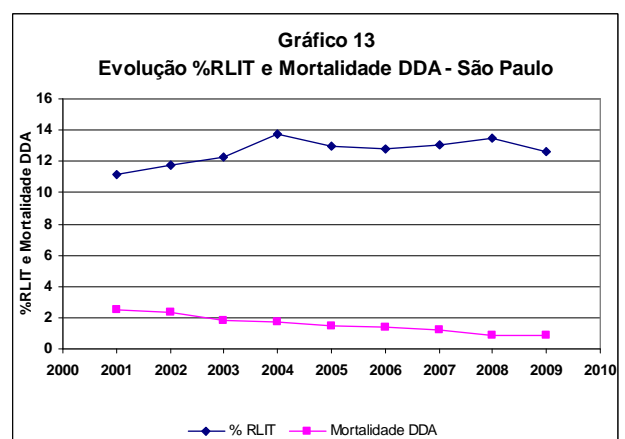
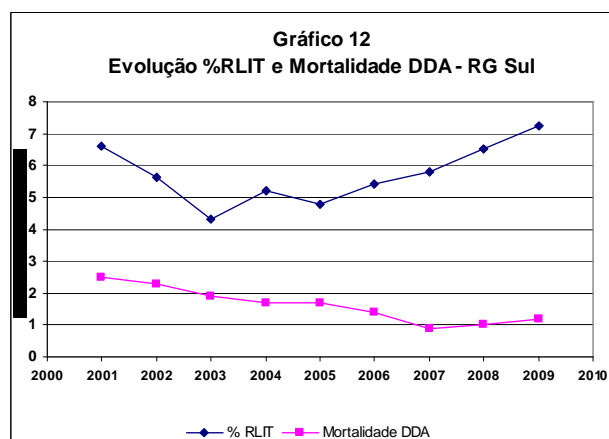
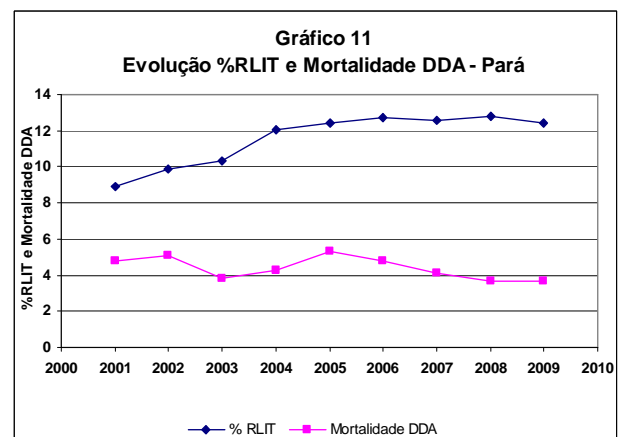
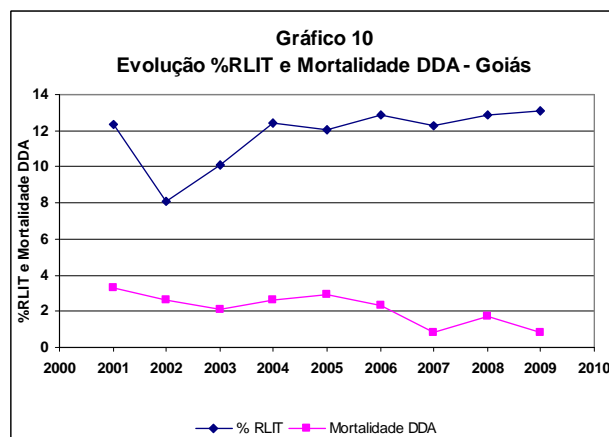
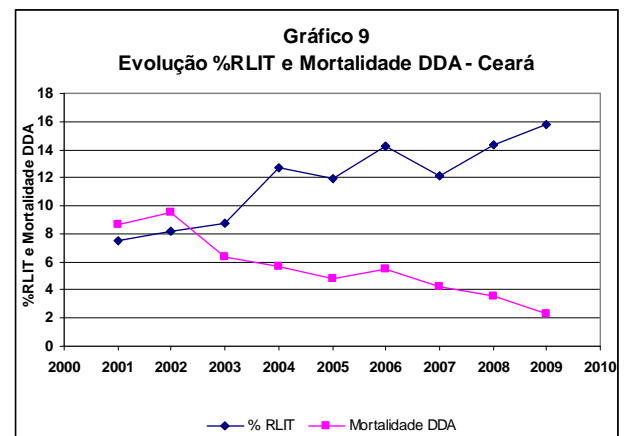
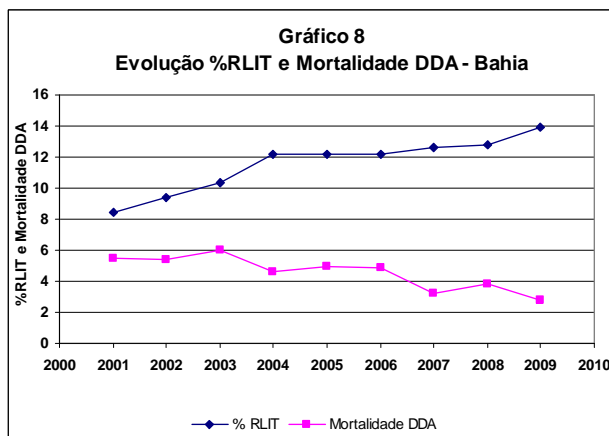
Como a mortalidade por diarreia é, em geral, evitável considera-se, à semelhança da mortalidade infantil, que a melhoria do índice se dá quando seus valores caem, evidenciando um maior cuidado com as condições sanitárias, com a reidratação e com a saúde da criança.

A Tabela 6 e os Gráficos de 8 a 13, da mesma forma que para o indicador anterior, evidenciam queda da mortalidade proporcional por DDA e crescimento da % RLIT em todos os estados. O Ceará, mais uma vez, merece destaque, tendo conseguido baixar seus valores de 8,70 em 2001 para 2,30 em 2009.

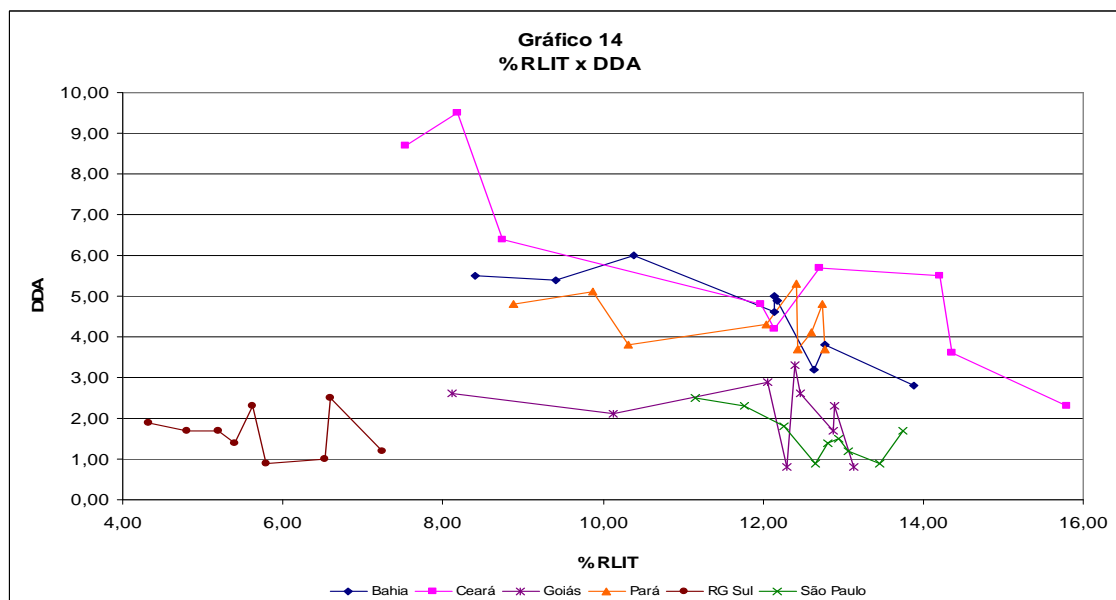
Tabela 6 - %RLIT e Mortalidade proporcional por DDA em menores de 5 anos de idade nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009.

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
Ano	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	5,50	7,54	8,70	12,39	3,30	8,88	4,80	6,59	2,50	11,15	2,50
2002	9,41	5,40	8,18	9,50	8,12	2,60	9,88	5,10	5,62	2,30	11,76	2,30
2003	10,38	6,00	8,74	6,40	10,12	2,10	10,31	3,80	4,32	1,90	12,26	1,80
2004	12,15	4,60	12,70	5,70	12,46	2,60	12,04	4,30	5,20	1,70	13,74	1,70
2005	12,15	5,00	11,97	4,80	12,05	2,90	12,41	5,30	4,80	1,70	12,95	1,50
2006	12,17	4,90	14,21	5,50	12,90	2,30	12,74	4,80	5,40	1,40	12,80	1,40
2007	12,63	3,20	12,14	4,20	12,30	0,80	12,61	4,10	5,80	0,90	13,07	1,20
2008	12,77	3,80	14,36	3,60	12,87	1,70	12,77	3,70	6,53	1,00	13,46	0,90
2009	13,89	2,80	15,80	2,30	13,13	0,80	12,44	3,70	7,24	1,20	12,66	0,90

Fonte: Datasus



A análise do Gráfico 14 confirma a Tabela 4, quando evidencia a falta de significância da correlação entre o % da RLIT e a mortalidade proporcional por DDA para os Estados de Goiás, Pará e Rio Grande do Sul. As questões e a conclusão sobre os números do Rio Grande do Sul, Ceará e São Paulo, sugeridas há pouco para a Taxa de Mortalidade Infantil, se repetem para a mortalidade proporcional por DDA.



7.3.3. Análise do Indicador I3 – Taxa de Internação por Fratura de Fêmur

A Taxa de Internação por Fratura de Fêmur, importante indicador de atenção à saúde do idoso, é a razão entre a ocorrência de internações hospitalares por fratura do fêmur na população com 60 anos ou mais de idade, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período, e o total da população com 60 anos ou mais, no mesmo local e período.

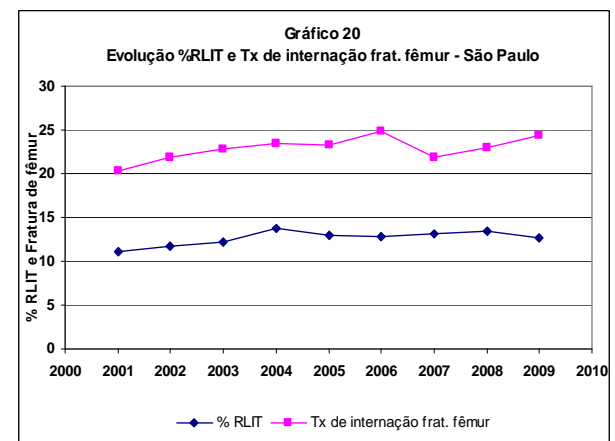
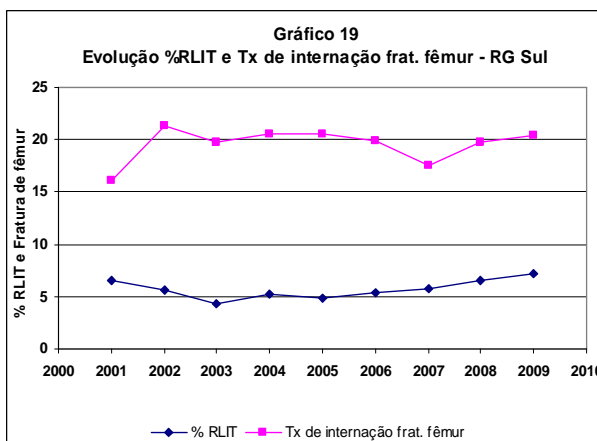
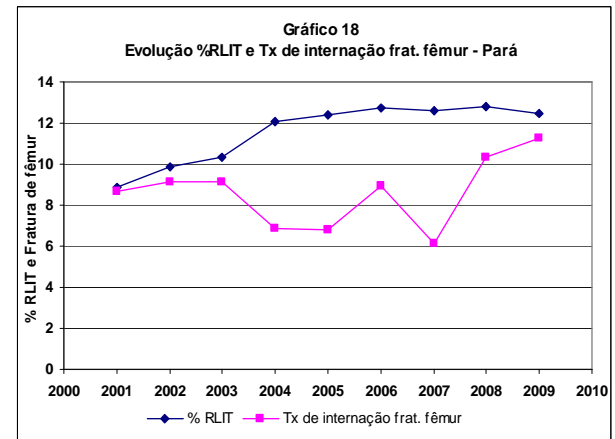
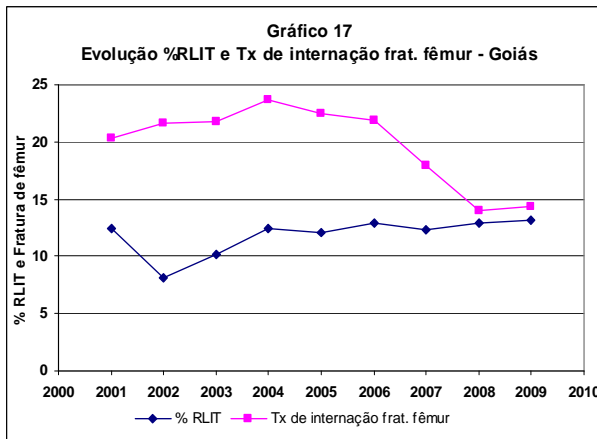
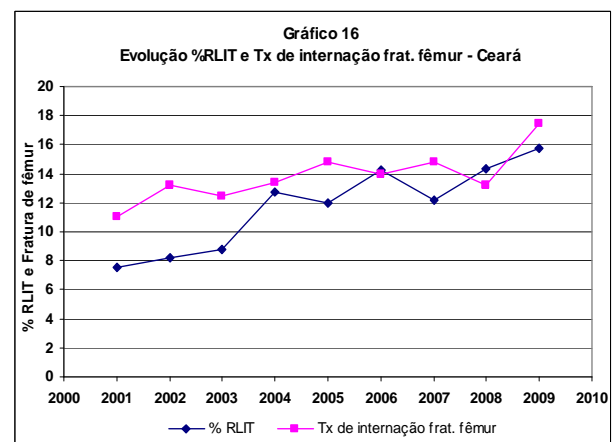
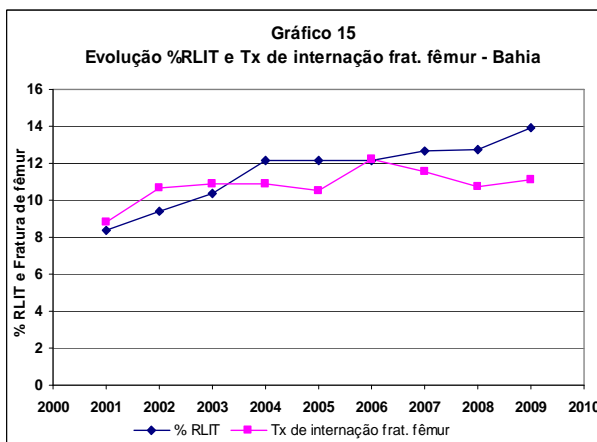
Conforme já citado, a queda é evento-sentinel na saúde da pessoa idosa relacionada a fatores como visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicamentos etc. Este indicador estima o risco de ocorrência de fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, numa determinada população em intervalo de tempo determinado. Portanto, este indicador é tanto melhor quanto menor é o seu valor.

A Tabela 7 e os Gráficos de 15 a 20 mostram a evolução temporal do % RLIT e da taxa de internação por fratura de fêmur. Conforme constatado, em todos os estados, o % da RLIT tem tendência de crescimento. Para este indicador, o que se vê é, fora o Estado de Goiás, para o qual os valores diminuem com o tempo, uma tendência de aumento.

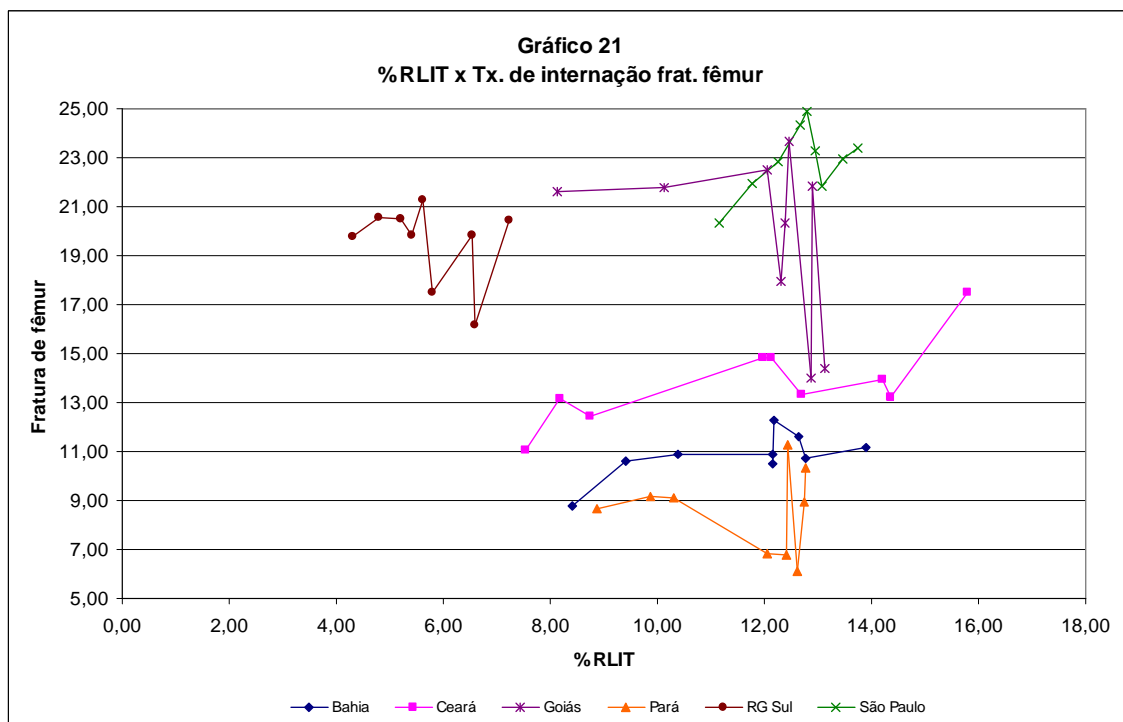
Tabela 7 - %RLIT e Tx internação por frat. de fêmur nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
Ano	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	8,80	7,54	11,08	12,39	20,35	8,88	8,65	6,59	16,15	11,15	20,31
2002	9,41	10,63	8,18	13,17	8,12	21,60	9,88	9,16	5,62	21,28	11,76	21,92
2003	10,38	10,87	8,74	12,47	10,12	21,76	10,31	9,14	4,32	19,81	12,26	22,83
2004	12,15	10,89	12,70	13,35	12,46	23,69	12,04	6,84	5,20	20,52	13,74	23,42
2005	12,15	10,51	11,97	14,83	12,05	22,49	12,41	6,80	4,80	20,54	12,95	23,26
2006	12,17	12,26	14,21	13,94	12,90	21,84	12,74	8,95	5,40	19,85	12,80	24,87
2007	12,63	11,59	12,14	14,85	12,30	17,97	12,61	6,11	5,80	17,51	13,07	21,85
2008	12,77	10,73	14,36	13,22	12,87	14,00	12,77	10,34	6,53	19,82	13,46	22,96
2009	13,89	11,14	15,80	17,50	13,13	14,38	12,44	11,28	7,24	20,42	12,66	24,36

Fonte: Datasus



Quando se analisa a variação do indicador em função do % RLIT, explicitada no Gráfico 21, vê-se que, em três estados (Ceará, Bahia e São Paulo), a variação é diretamente proporcional, ou seja, os números destes estados dizem que, quando aumentou o % da RLIT, a Taxa de Internação por Fratura de Fêmur também aumentou, contrariamente à expectativa. Note-se que a Tabela 4 já revelava que existia correlação estatisticamente significativa somente para os Estados da Bahia e do Ceará. Portanto, também para este indicador, chega-se à conclusão de que o % da RLIT, sozinho, não pode ser a única variável a ser considerada.



7.3.4 Análise do Indicador I4 - Tx de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório

A Taxa de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório é representada pelo número de óbitos causados por estas doenças, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Para este indicador, o que se considera melhoria é uma queda nos seus valores. A fim de se conseguir melhor visualização. Para a elaboração dos gráficos os valores do indicador foram divididos por dez.

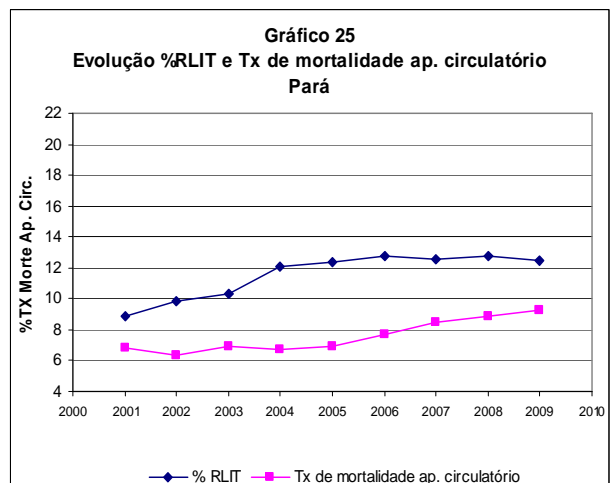
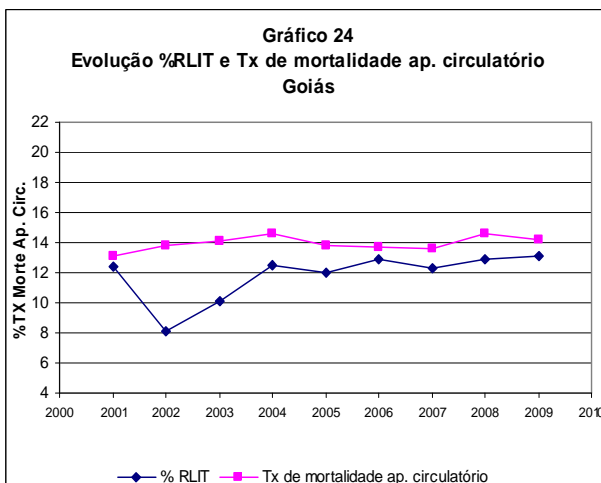
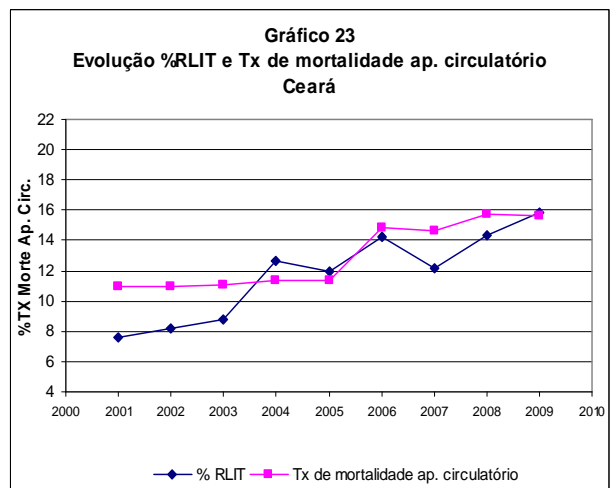
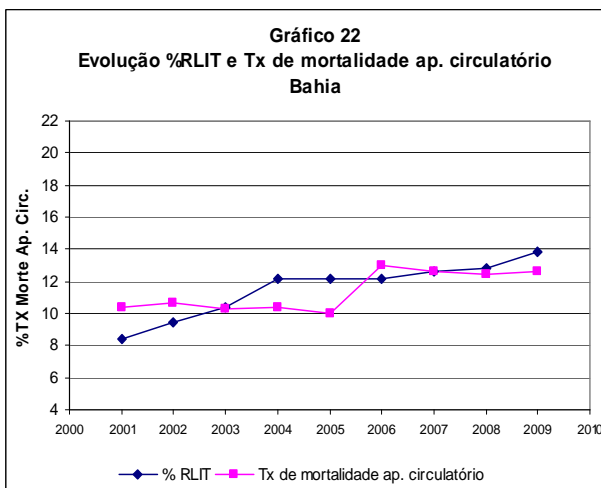
A Tabela 8 e os Gráficos de 22 a 27 trazem a evolução temporal deste indicador que, a exemplo do anterior, mostra, paradoxalmente ao crescimento do % RLIT, que as mortes causadas por doenças do aparelho circulatório não vêm diminuindo. Ao contrário, em quatro Estados (Bahia, Ceará, Goiás e Pará) aumenta, enquanto se mantêm praticamente no mesmo patamar no Rio Grande do Sul e em São Paulo.

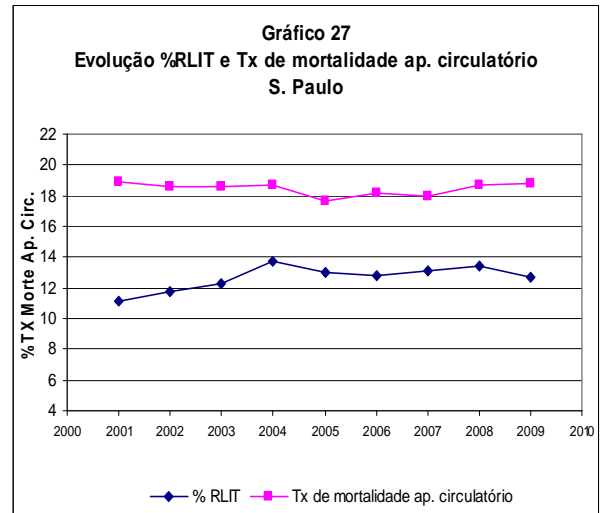
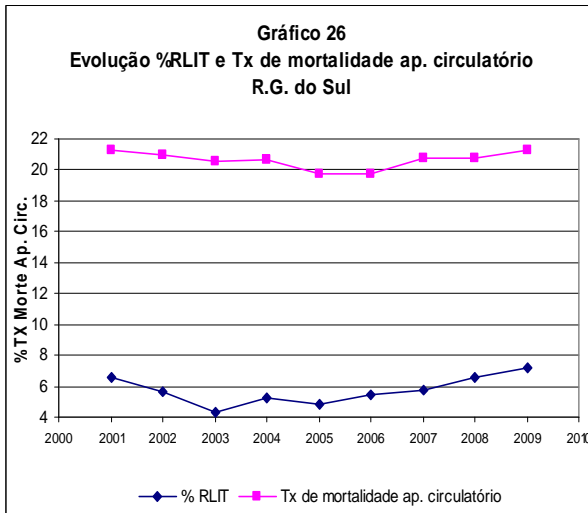
Tabela 8 - %RLIT e Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	10,37	7,54	11,01	12,39	13,1	8,88	6,86	6,59	21,33	11,15	18,86
2002	9,41	10,61	8,18	10,93	8,12	13,82	9,88	6,34	5,62	21,01	11,76	18,55
2003	10,38	10,26	8,74	11,11	10,12	14,1	10,31	6,94	4,32	20,54	12,26	18,63
2004	12,15	10,34	12,70	11,38	12,46	14,6	12,04	6,77	5,20	20,69	13,74	18,71
2005	12,15	9,96	11,97	11,38	12,05	13,76	12,41	6,92	4,80	19,78	12,95	17,7
2006	12,17	12,97	14,21	14,82	12,90	13,75	12,74	7,69	5,40	19,78	12,80	18,19
2007	12,63	12,6	12,14	14,6	12,30	13,59	12,61	8,46	5,80	20,78	13,07	17,94
2008	12,77	12,43	14,36	15,69	12,87	14,6	12,77	8,91	6,53	20,8	13,46	18,67
2009	13,89	12,58	15,80	15,65	13,13	14,16	12,44	9,23	7,24	21,27	12,66	18,83

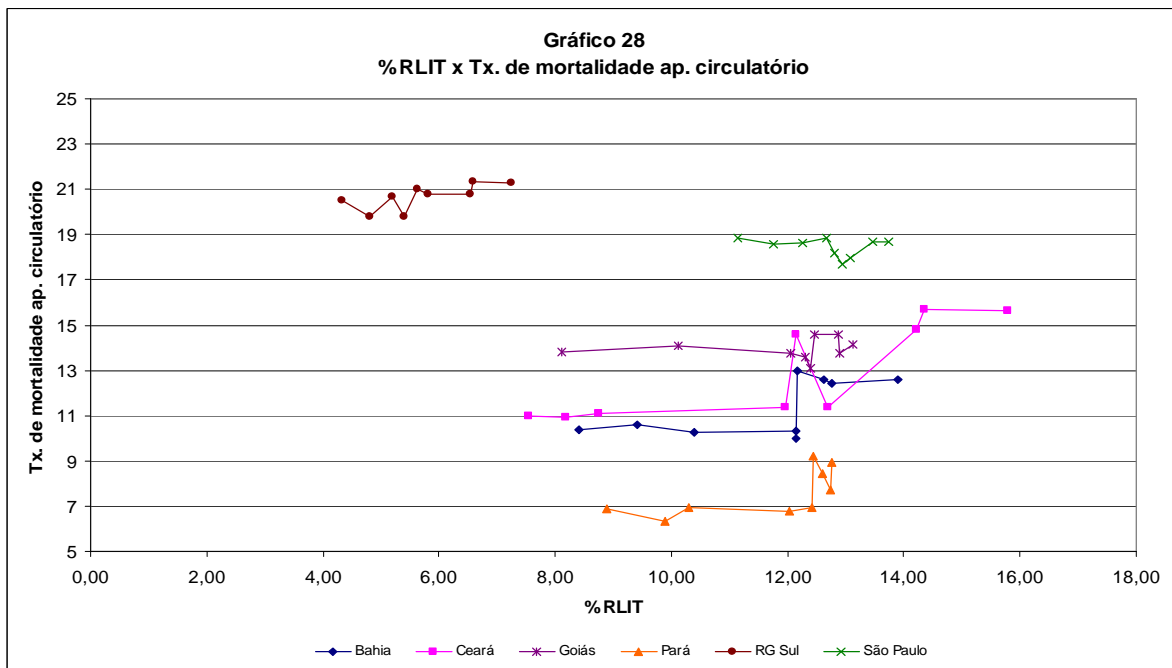
Fonte: Datasus

Obs. Os valores do indicador estão divididos por dez somente para efeito de melhor visualização nos gráficos





Embora, também para este indicador, a Tabela 4 já mostrasse significância estatística da variação da % RLIT com a sua variação para dois estados (Ceará e Rio Grande do Sul) entre os seis selecionados, a construção do Gráfico 28 traz à tona interessantes questões, de certa forma, análogas às já formuladas.



Por exemplo: por que São Paulo e Pará apresentam valores tão desiguais para % RLIT muito parecidas? Pode-se aqui aventurar respostas, remetendo às diferenças do estilo de vida entre as populações dos dois estados, ou à poluição, ou ao estresse etc. Uma coisa, no entanto, parece certa: não é o % da RLIT que explica estas diferenças. Somente o caso do Rio Grande do Sul parece guardar alguma relação com o esperado, porque tem os piores índices e foi o que menos aplicou da RLIT em saúde.

7.3.5 Análise do Indicador I5 - Taxa de Incidência de Tuberculose

A Taxa de Incidência de Tuberculose é o número confirmado de novos casos de todas as formas de tuberculose por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado.

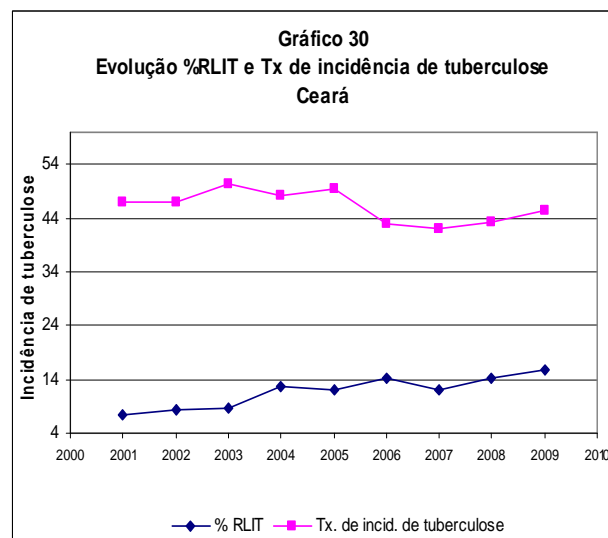
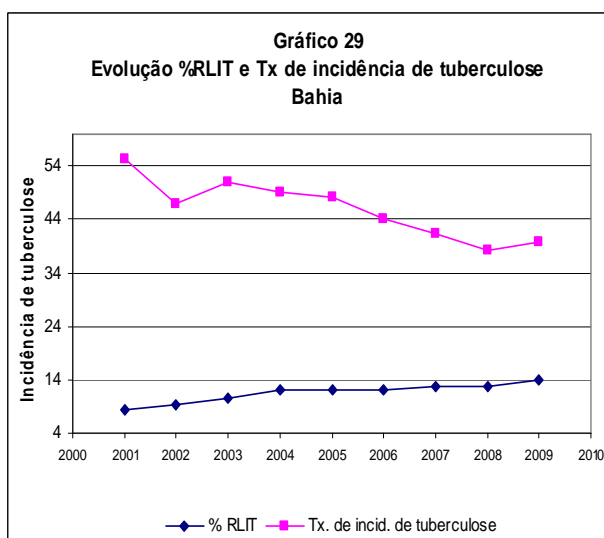
O desejável para este indicador é que o seu valor caia, o que denotaria acerto das políticas de prevenção da tuberculose.

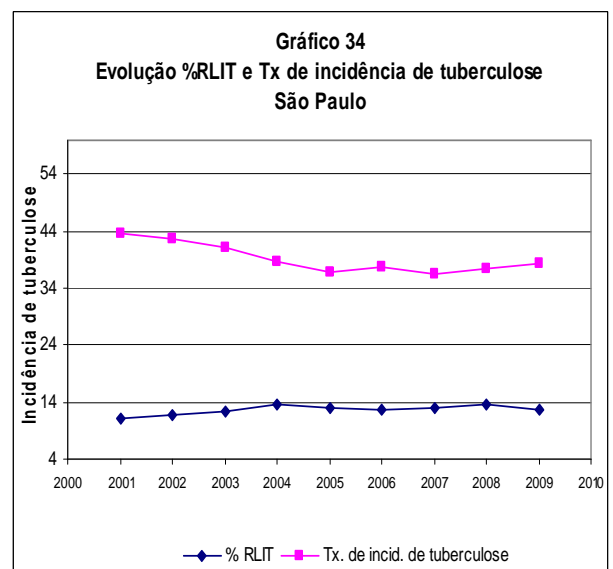
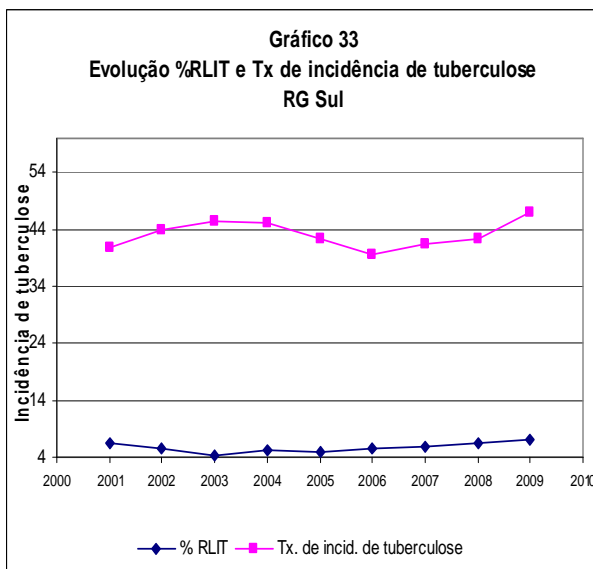
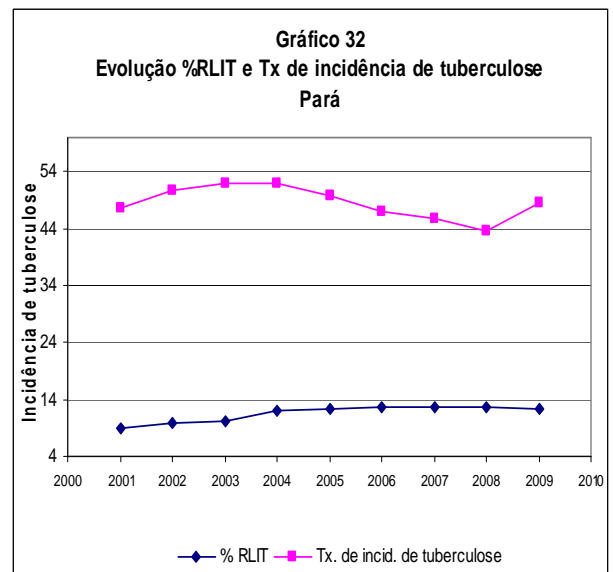
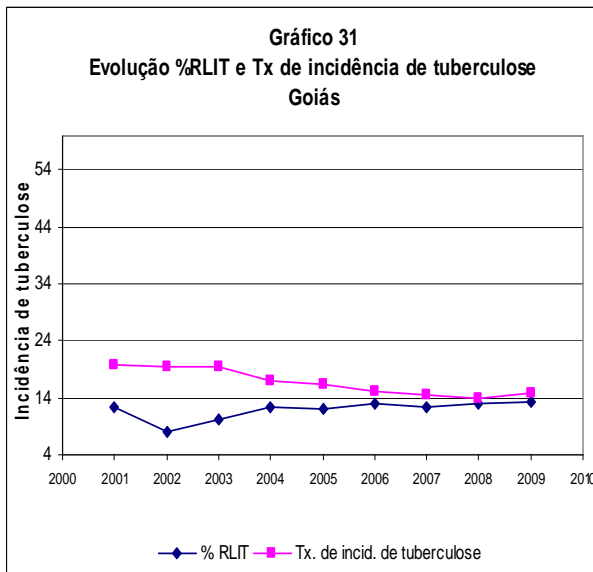
O estudo da evolução cronológica, feito na Tabela 9 e nos Gráficos de 29 a 34, mostra que, para os seis estados considerados, apenas no Estado do Rio Grande do Sul houve uma tendência muito discreta de aumento do indicador.

Tabela 9 - %RLIT e Taxa de Incidência de Tuberculose nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	55,39	7,54	46,91	12,39	19,79	8,88	47,76	6,59	40,91	11,15	43,69
2002	9,41	47,02	8,18	46,94	8,12	19,46	9,88	50,79	5,62	44,06	11,76	42,75
2003	10,38	51,03	8,74	50,46	10,12	19,49	10,31	51,86	4,32	45,34	12,26	41,06
2004	12,15	49,16	12,70	48,33	12,46	16,97	12,04	51,87	5,20	45,14	13,74	38,52
2005	12,15	48,11	11,97	49,37	12,05	16,39	12,41	49,90	4,80	42,23	12,95	36,78
2006	12,17	44,11	14,21	43,11	12,90	15,25	12,74	47,07	5,40	39,61	12,80	37,62
2007	12,63	41,25	12,14	42,00	12,30	14,59	12,61	45,78	5,80	41,51	13,07	36,51
2008	12,77	38,09	14,36	43,15	12,87	13,82	12,77	43,61	6,53	42,50	13,46	37,50
2009	13,89	39,86	15,80	45,44	13,13	14,97	12,44	48,53	7,24	47,00	12,66	38,20

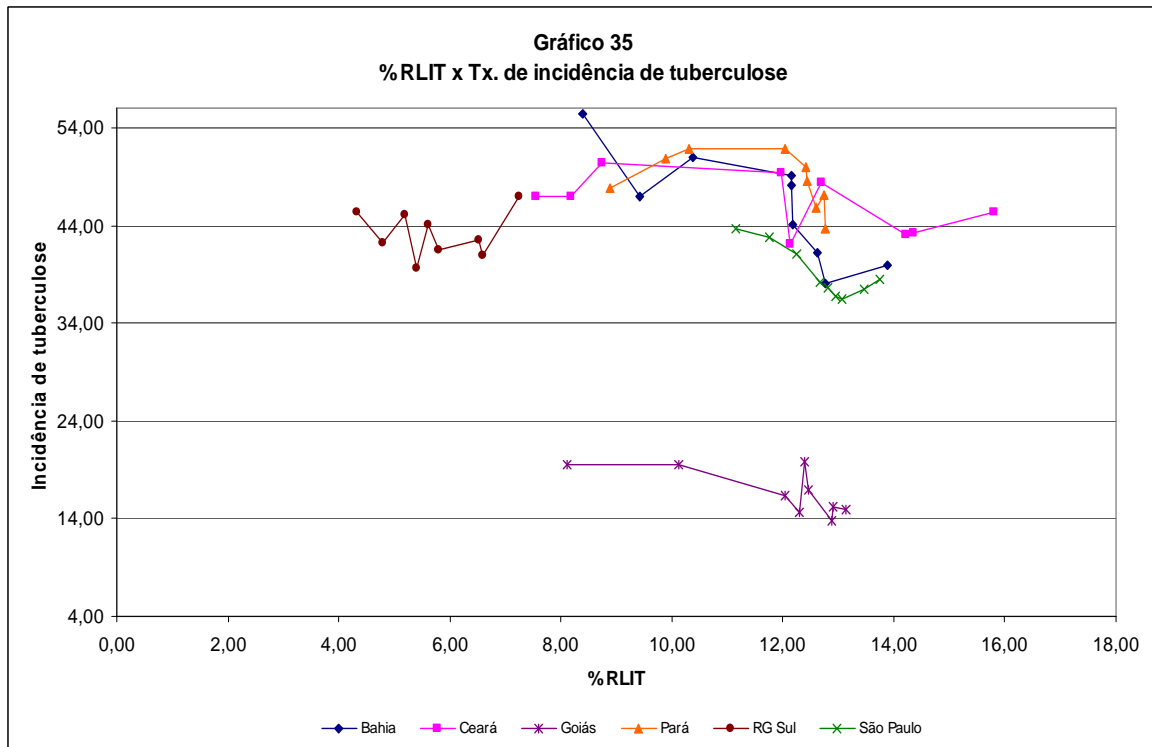
Fonte: Datasus





Um fato notável neste indicador é que a média de ocorrência de tuberculose para o Estado de Goiás é de 16,75 (vide Tabela 2), enquanto para os outros estados, as médias variam de 39 a 49, sendo que, para Goiás, a média de aplicação da % RLIT fica no mesmo nível dos outros estados, à exceção do Rio Grande do Sul. Uma vez mais se pode explicar esta diferença de várias maneiras, mas não somente com o % da RLIT.

Mesmo levando em consideração que a Tabela 4 aponta somente três, entre os seis estados analisados, com significância estatística para a relação entre o % da RLIT e a Taxa de Incidência de Tuberculose, a análise do Gráfico 35 foi considerada importante e confirma a constatação acima, mostrando, de novo, o Rio Grande do Sul com uma aplicação do % RLIT muito menor do que os outros estados e com valores do indicador muito parecidos, afora o Estado de Goiás.



7.3.6 Análise do Indicador I6 - Taxa de Mortalidade por Diabete Melito

A Taxa de Mortalidade por Diabete Melito é o número de óbitos causados por esta enfermidade, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Este indicador estima o risco de morte por diabete melito em qualquer de suas formas clínicas e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública.

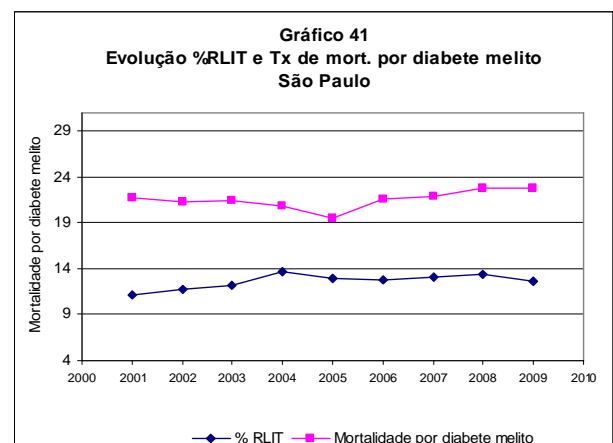
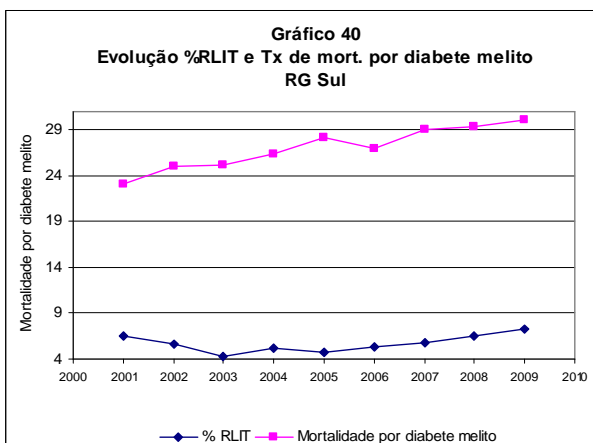
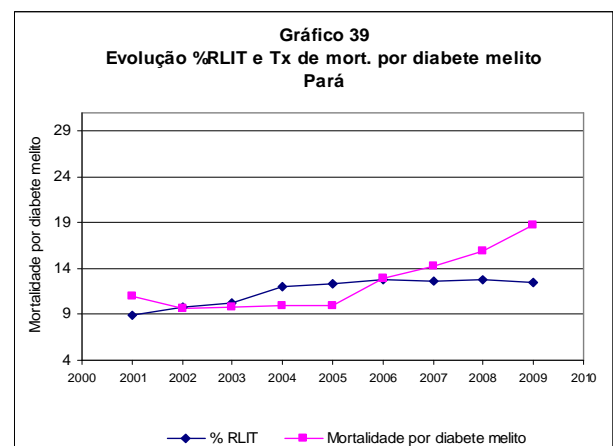
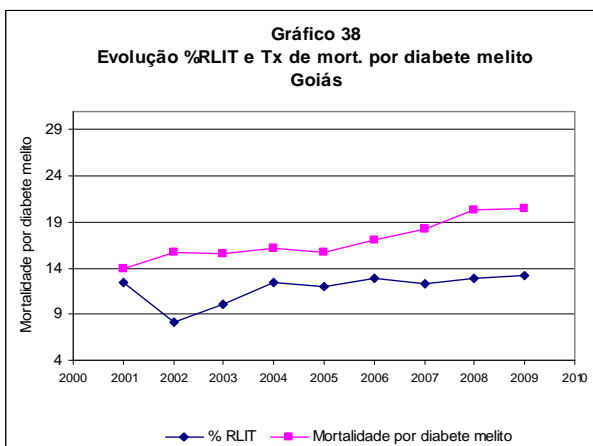
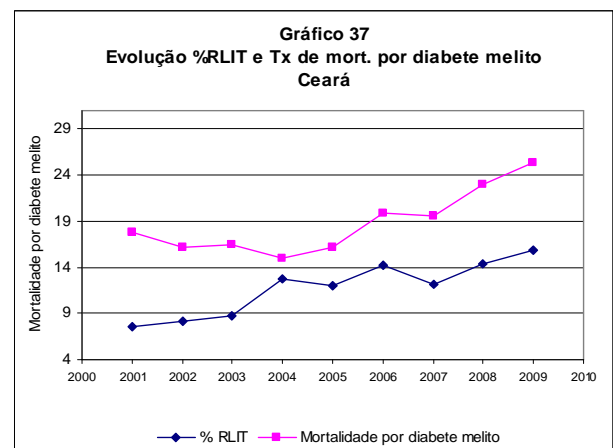
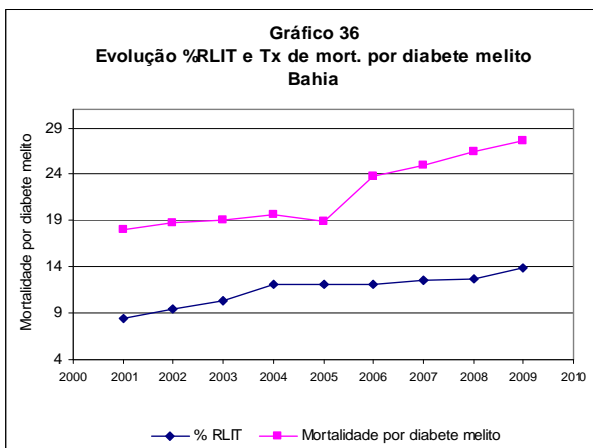
Da mesma forma que para a Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, o que se considera melhoria para este indicador é a queda nos seus valores.

No caso, a Tabela 6 e os Gráficos de 36 a 41 exibem um paradoxal aumento da taxa de mortalidade por diabete melito nos seis estados considerados, quando confrontada com um concomitante aumento do % RLIT. Seria absurdo atribuir este aumento ao crescimento do % RLIT. Por outro lado, ganha força a idéia de que somente o aumento, ou a manutenção de um mínimo, para o % da RLIT, possa ser suficiente para a melhoria dos índices de saúde da população.

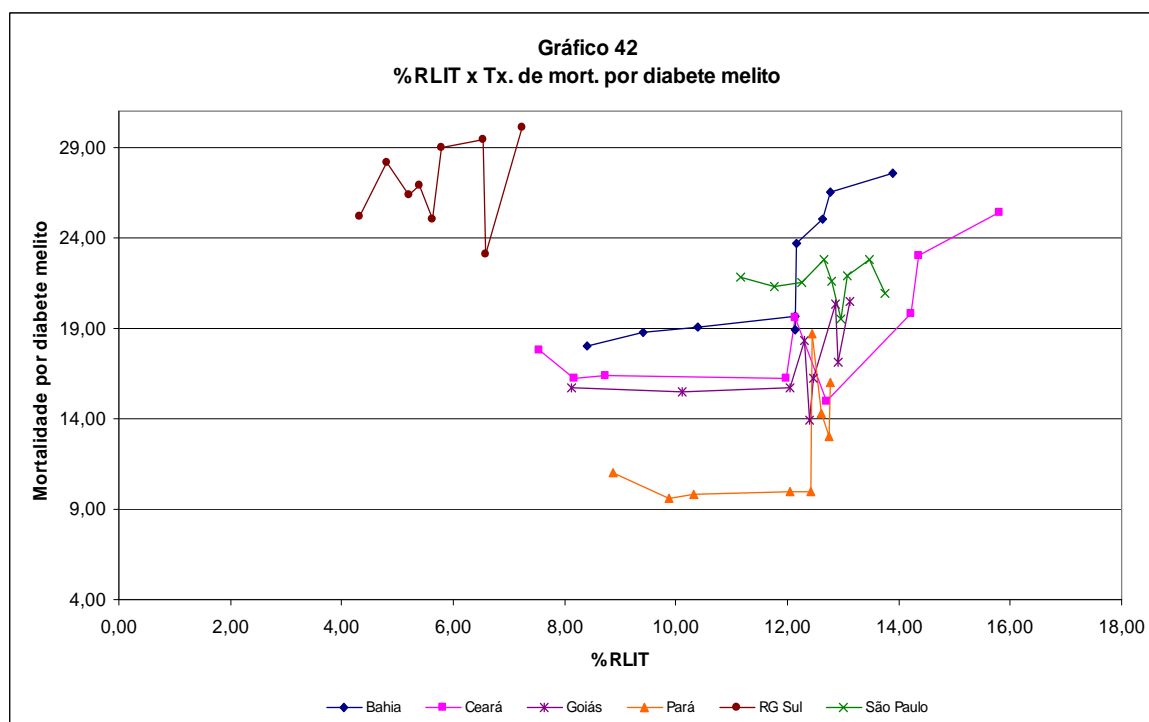
Tabela 10 - %RLIT e Taxa de mortalidade por diabetes melito nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	18,00	7,54	17,80	12,39	13,90	8,88	11,00	6,59	23,10	11,15	21,80
2002	9,41	18,80	8,18	16,20	8,12	15,70	9,88	9,60	5,62	25,00	11,76	21,30
2003	10,38	19,10	8,74	16,40	10,12	15,50	10,31	9,80	4,32	25,20	12,26	21,50
2004	12,15	19,70	12,70	15,00	12,46	16,20	12,04	10,00	5,20	26,40	13,74	20,90
2005	12,15	18,90	11,97	16,20	12,05	15,70	12,41	10,00	4,80	28,20	12,95	19,50
2006	12,17	23,70	14,21	19,80	12,90	17,10	12,74	13,00	5,40	26,90	12,80	21,60
2007	12,63	25,00	12,14	19,60	12,30	18,30	12,61	14,30	5,80	29,00	13,07	21,90
2008	12,77	26,50	14,36	23,00	12,87	20,30	12,77	16,00	6,53	29,40	13,46	22,80
2009	13,89	27,60	15,80	25,40	13,13	20,50	12,44	18,70	7,24	30,10	12,66	22,80

Fonte: Datasus



Ao observar o Gráfico 42, tem-se a materialização do que já era sinalizado na Tabela 4, que só encontrava alguma significância estatística para os Estados da Bahia e do Ceará e, mesmo assim, mostrando uma correlação positiva entre o % da RLIT e a Taxa de Mortalidade por Diabete Melito. Ou seja, para um aumento na % RLIT, o valor do indicador também aumenta. Para os outros estados, o gráfico mostra uma total desconexão entre as coordenadas.



7.3.7 Análise do Indicador 17 - % Cobertura de Consultas de Pré-Natal (>6)

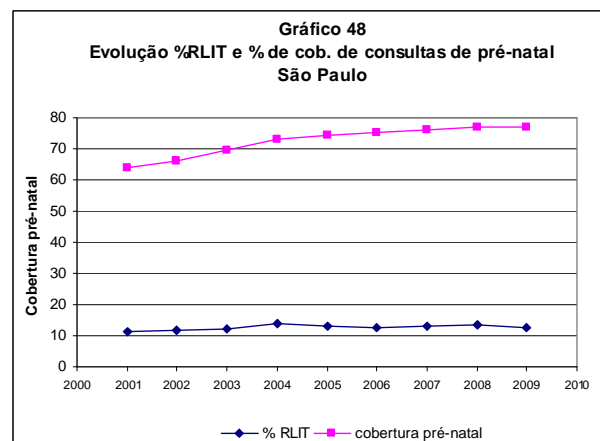
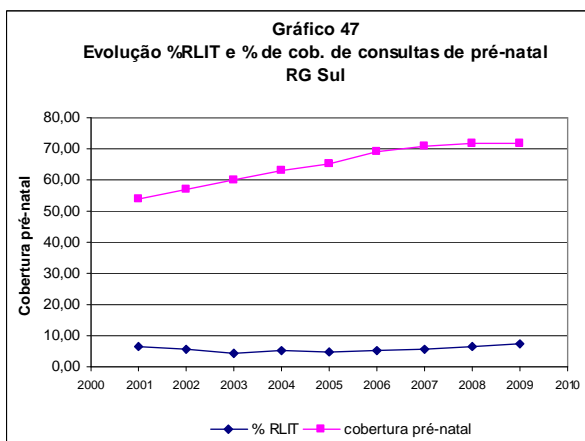
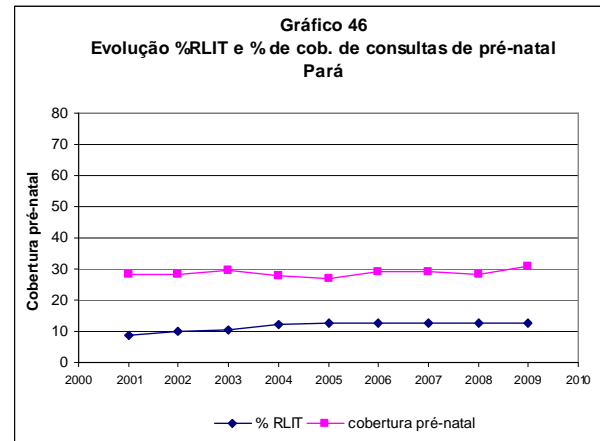
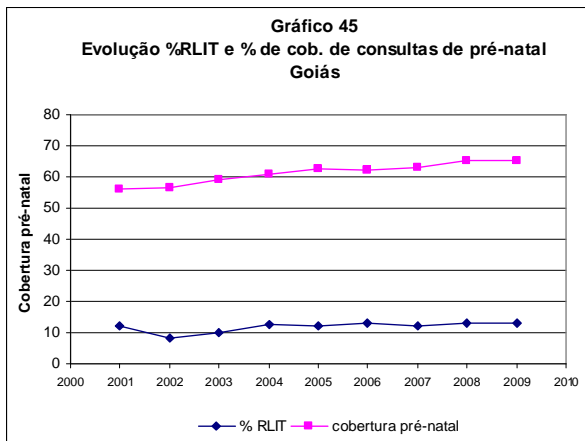
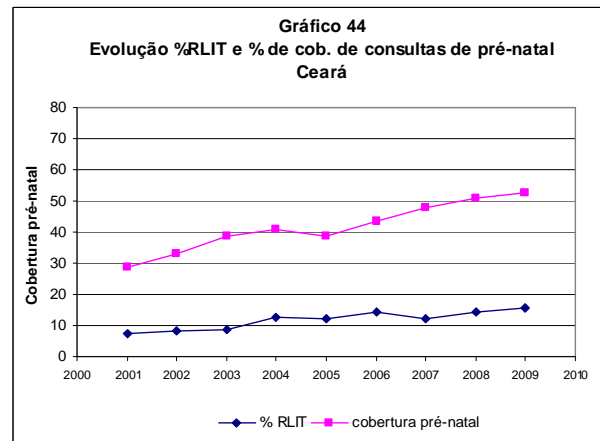
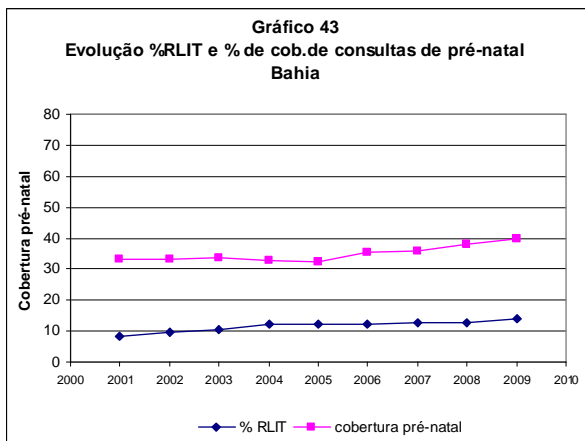
A Cobertura de Consultas de Pré-Natal (>6) retrata a distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos que tiveram mais de seis consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para este indicador, a melhora significa que mais mulheres cheguem ao parto com o maior número possível de consultas de pré-natal. Portanto, melhorar é aumentar este percentual.

A Tabela 11 e os Gráficos de 43 a 48 mostram uma evolução positiva do indicador nos anos considerados para todos os estados. Uma vez mais, o Ceará aparece com o maior aumento percentual, com seu valor passando de 28,51%, em 2001, para 52,54% em 2009, ainda longe de São Paulo, a maior cobertura entre os estados considerados para o período.

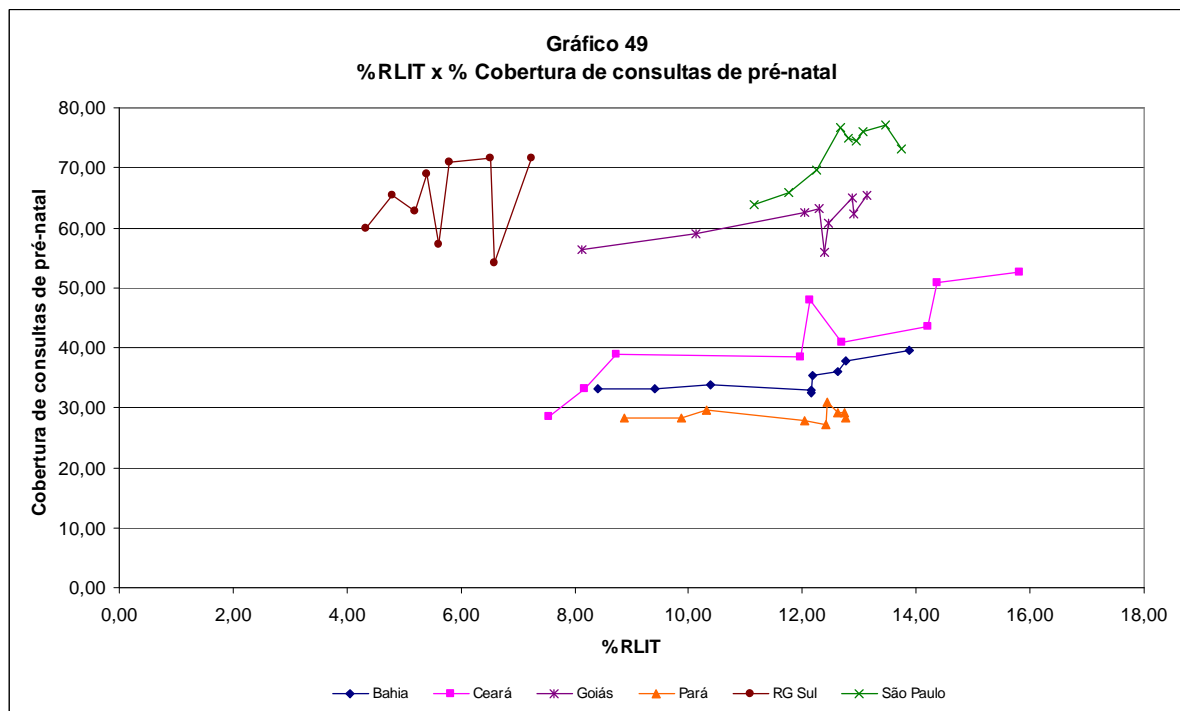
Tabela 11 - %RLIT e % Cobertura de Consultas de Pré-Natal (>6) nos Estados Selecionados - Brasil, 2001-2009

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
Ano	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	33,25	7,54	28,51	12,39	55,97	8,88	28,38	6,59	54,06	11,15	63,77
2002	9,41	33,13	8,18	33,09	8,12	56,32	9,88	28,28	5,62	57,15	11,76	65,91
2003	10,38	33,83	8,74	38,82	10,12	59,11	10,31	29,69	4,32	59,81	12,26	69,67
2004	12,15	32,86	12,70	40,91	12,46	60,88	12,04	27,85	5,20	62,84	13,74	73,04
2005	12,15	32,41	11,97	38,51	12,05	62,47	12,41	27,14	4,80	65,31	12,95	74,55
2006	12,17	35,30	14,21	43,60	12,90	62,26	12,74	29,17	5,40	69,01	12,80	75,01
2007	12,63	35,96	12,14	47,92	12,30	63,24	12,61	29,21	5,80	70,98	13,07	75,93
2008	12,77	37,88	14,36	50,78	12,87	65,04	12,77	28,25	6,53	71,64	13,46	77,10
2009	13,89	39,65	15,80	52,54	13,13	65,35	12,44	30,92	7,24	71,70	12,66	76,74

Fonte: Datasus



A Tabela 4 indica significância estatística para quatro estados (Bahia, Ceará, Goiás e São Paulo) na correlação entre o % da RLIT e a cobertura de pré-natal. Isto é confirmado pelo Gráfico 49. Esse mesmo gráfico traz de volta as questões: por que o Rio Grande do Sul, com percentuais de aplicação da RLIT em ações e serviços de saúde, tem índices comparáveis a Goiás e a São Paulo que aplicaram muito mais? E por que estados com aplicações de % RLIT parecidos como, no caso, Bahia, Ceará e Pará, têm índices tão abaixo de Goiás e São Paulo? Não parece ser só o % da RLIT que explica isto. Até porque, neste caso, a análise mostra que não.



7.3.8 Análise do Indicador I8 - Leitos Públicos por Mil Habitantes

Este indicador representa o número de leitos hospitalares públicos existentes, por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Na contagem, não estão incluídos os leitos privados sem vínculo com o SUS. A exemplo da cobertura de pré-natal, a melhora deste indicador corresponde a um aumento de seu valor. Para melhor visualização, na feitura dos gráficos, os valores do indicador foram multiplicados por dez.

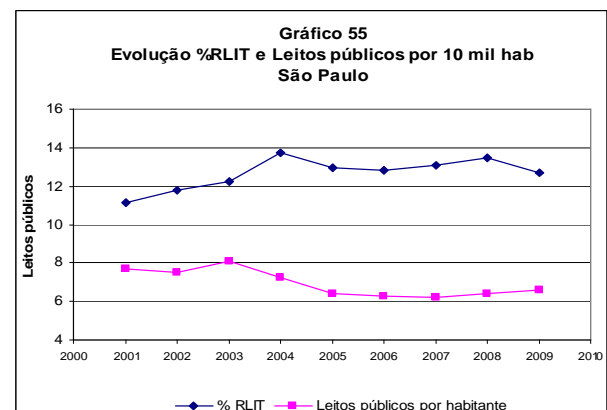
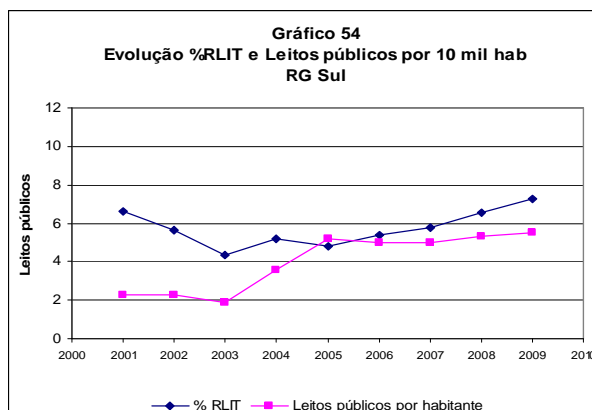
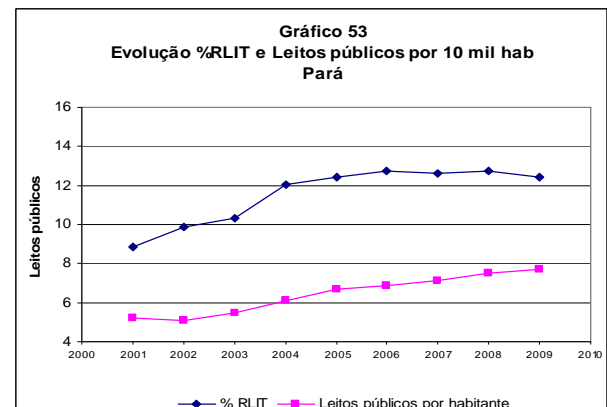
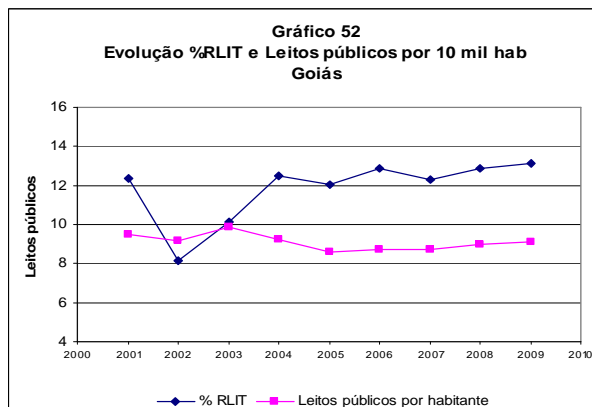
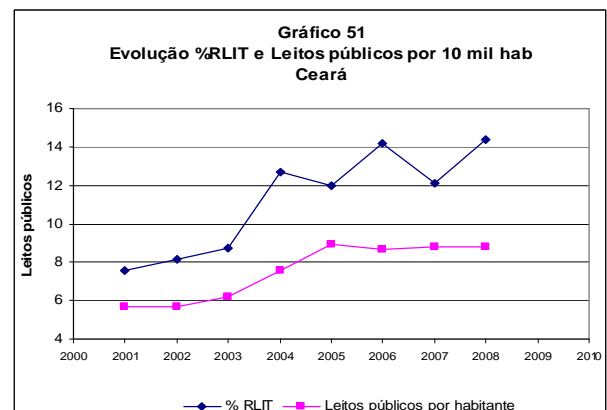
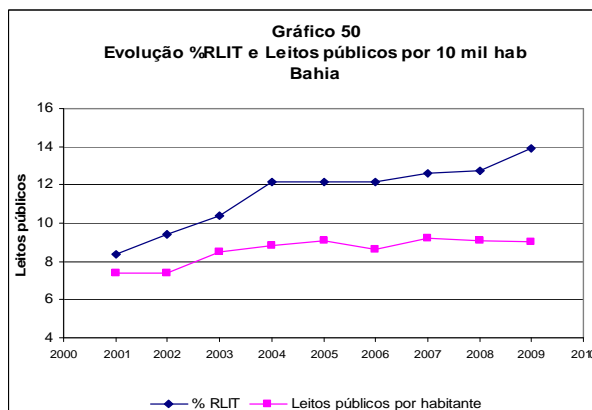
Entre 2001 e 2009, o Ceará apresentou um aumento de 54,39% na oferta de leitos públicos por mil habitantes, a maior entre os estados pesquisados. Estranhamente, mesmo com tendência de aumento da % RLIT, os Estados de Goiás e São Paulo experimentaram uma queda, conforme demonstram a Tabela 12 e os Gráficos de 50 a 55, representativos da evolução temporal do indicador.

Tabela 12 - %RLIT e Quantidade de Leitos Públicos por 10 Mil Habitantes nos Estados Seleccionados - Brasil, 2001-2009

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	7,40	7,54	5,70	12,39	9,50	8,88	5,2	6,59	2,30	11,15	7,70
2002	9,41	7,40	8,18	5,70	8,12	9,20	9,88	5,1	5,62	2,30	11,76	7,50
2003	10,38	8,50	8,74	6,20	10,12	9,90	10,31	5,5	4,32	1,90	12,26	8,10
2004	12,15	8,80	12,70	7,55	12,46	9,25	12,04	6,10	5,20	3,55	13,74	7,25
2005	12,15	9,10	11,97	8,90	12,05	8,60	12,41	6,70	4,80	5,20	12,95	6,40
2006	12,17	8,60	14,21	8,70	12,90	8,70	12,74	6,90	5,40	5,00	12,80	6,30
2007	12,63	9,20	12,14	8,80	12,30	8,70	12,61	7,10	5,80	5,00	13,07	6,20
2008	12,77	9,10	14,36	8,80	12,87	9,00	12,77	7,50	6,53	5,30	13,46	6,40
2009	13,89	9,00	15,80	8,80	13,13	9,10	12,44	7,70	7,24	5,50	12,66	6,60

Fonte: Datasus

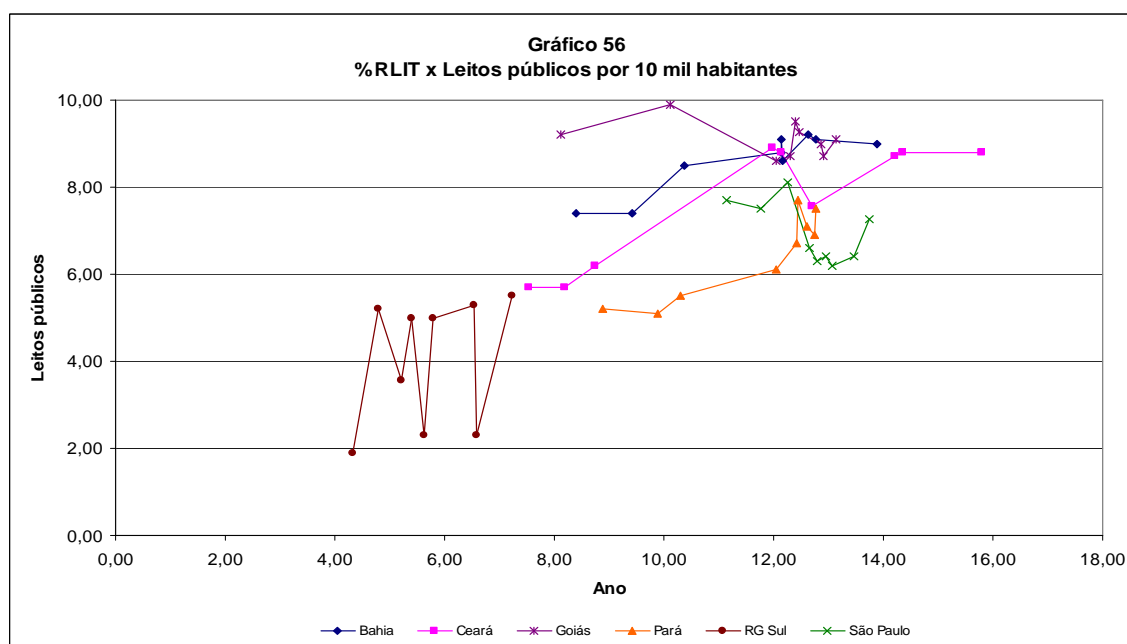
Obs. Os valores do indicador estão divididos por dez somente para efeito de melhor visualização nos gráficos



Com respeito à significância estatística da correlação entre o % da RLIT e a oferta de leitos públicos, a Tabela 4 aponta somente três estados para os quais a correlação tem significância – Bahia, Ceará e Pará.

Desta feita, a situação do Rio Grande do Sul como o estado, entre os pesquisados, com o menor valor do indicador guarda coerência com o esperado, haja vista que tem a menor aplicação da % RLIT com ações e serviços de saúde. A pergunta continua, porém ao se verificar as posições dos outros estados no gráfico 56: o que explica o fato de que estados tão equivalentes, no que respeita ao % da RLIT aplicada em saúde, tenham valores tão diferentes quando está em análise este indicador?

Naturalmente que razões existem. Procura-se demonstrar, ao longo desta pesquisa, é que a aplicação do % RLIT não deve ser o único indicador a ser perseguido pelos estados.



7.3.9 Análise do Indicador I9 - Nº de Consultas SUS por Habitante

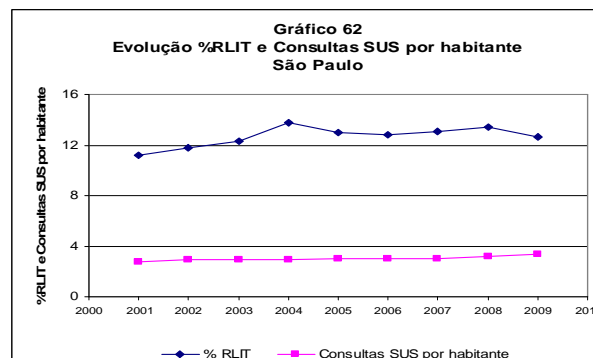
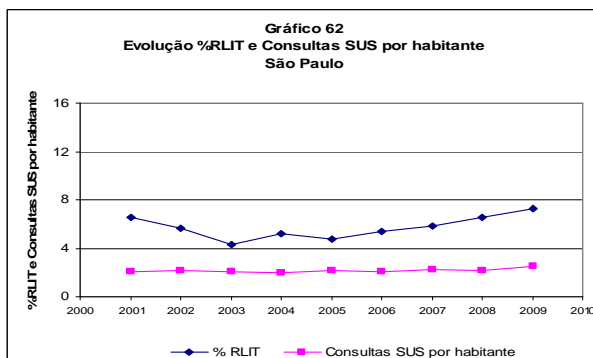
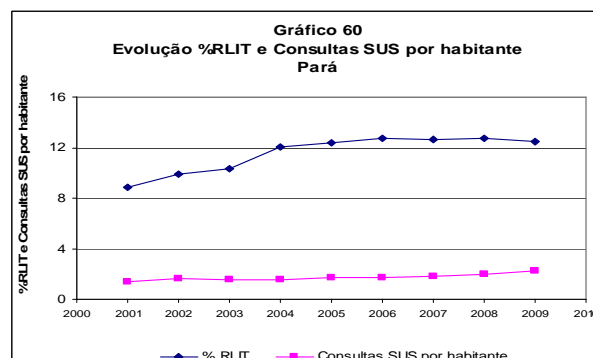
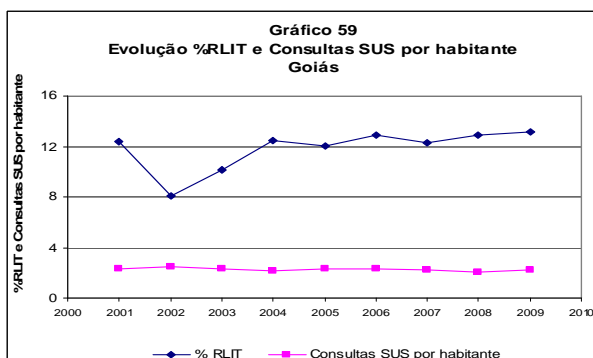
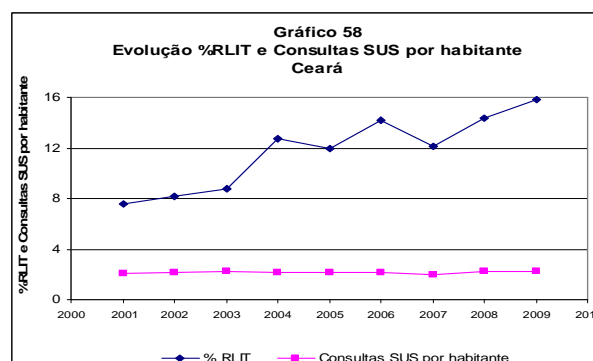
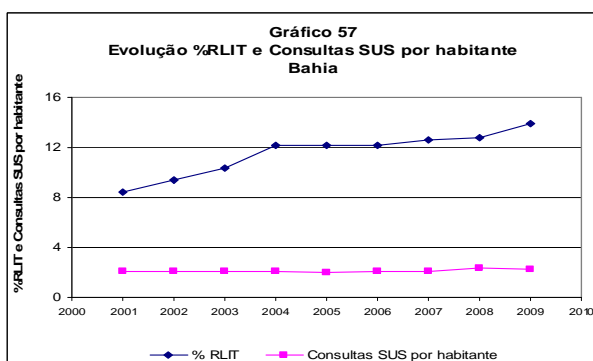
É o número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, e mede a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica. É também uma indicação da facilidade de acesso da população aos serviços públicos de saúde. Um aumento no valor deste indicador sinaliza melhora das condições de saúde.

A evolução temporal, mostrada na Tabela 13 e nos Gráficos 57 a 62, revela uma elasticidade muito pequena do indicador com o tempo, não obstante a tendência de alta do % RLIT no mesmo tempo, lembrando que, conforme dito há pouco, era de se esperar que a simples manutenção do % RLIT para aplicação na saúde fosse suficiente para que se tivesse expectativa de melhora, não só deste, mas também de todos os índices.

Tabela 13 - %RLIT e N° de consultas SUS por habitante nos estados selecionados - Brasil, 2001-2009

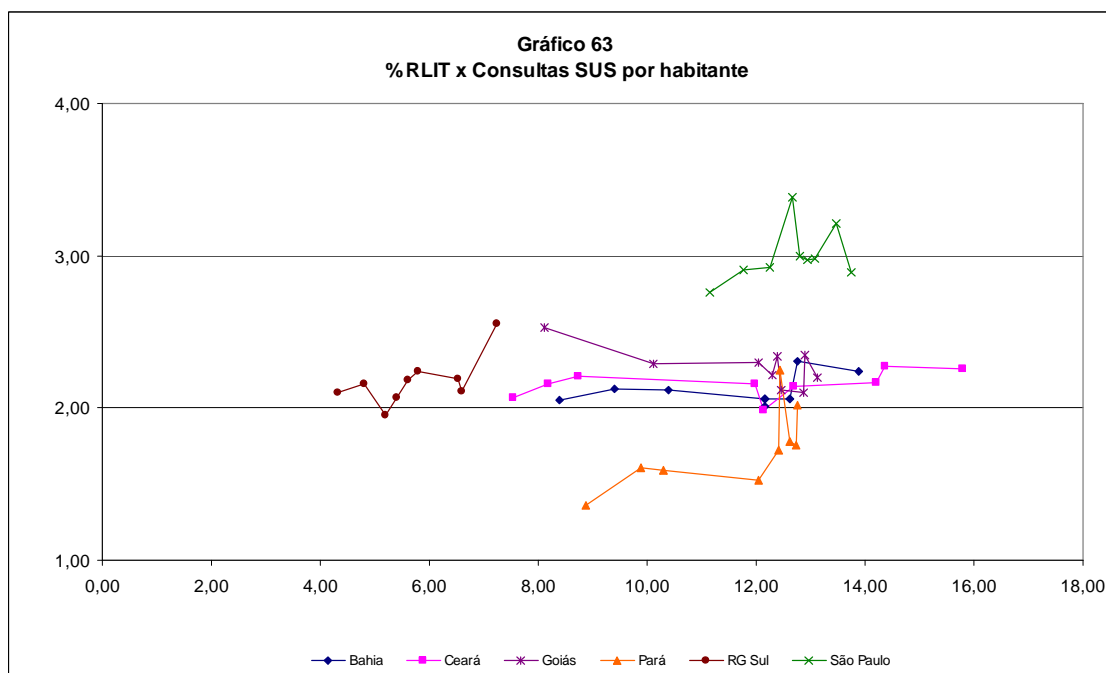
Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	2,05	7,54	2,07	12,39	2,34	8,88	1,36	6,59	2,11	11,15	2,76
2002	9,41	2,13	8,18	2,16	8,12	2,53	9,88	1,61	5,62	2,18	11,76	2,91
2003	10,38	2,12	8,74	2,21	10,12	2,29	10,31	1,59	4,32	2,10	12,26	2,92
2004	12,15	2,06	12,70	2,14	12,46	2,12	12,04	1,53	5,20	1,95	13,74	2,89
2005	12,15	2,01	11,97	2,16	12,05	2,30	12,41	1,72	4,80	2,16	12,95	2,97
2006	12,17	2,06	14,21	2,17	12,90	2,35	12,74	1,76	5,40	2,07	12,80	3,00
2007	12,63	2,06	12,14	1,99	12,30	2,22	12,61	1,78	5,80	2,24	13,07	2,98
2008	12,77	2,31	14,36	2,27	12,87	2,10	12,77	2,02	6,53	2,19	13,46	3,21

Fonte: Datasus



Da Tabela 4 extrai-se a informação de que, em somente dois estados (Goiás e Pará), há significância estatística para a correlação da % RLIT com o número de consultas SUS por habitante e, mesmo assim, para Goiás a correlação é negativa, isto é, de acordo com os dados analisados, naquele estado, quando o % da RLIT sobe, o indicador desce, o que não corresponde ao esperado.

No gráfico 63, representação dessa correlação, observa-se o Estado de São Paulo, com aplicação do % RLIT parecida com os demais estados, à exceção do Rio Grande do Sul, ofertando mais consultas aos seus habitantes. O Rio Grande do Sul, mais uma vez, com aplicação menor, atinge oferta de serviços de saúde em nível mais alto do que o Pará e, mais ou menos, igual a Bahia, Ceará e Goiás. Qual a explicação? Uma vez mais, o % da RLIT não pode explicar sozinha.



7.3.10 Análise do Indicador I10 - Taxa de Incidência de Dengue

A Taxa de Incidência de Dengue corresponde ao número de casos novos confirmados de dengue (clássico e febre hemorrágica da dengue), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de ocorrência de casos de dengue, em períodos endêmicos e epidêmicos, numa determinada população em intervalo de tempo determinado. Evidentemente, neste caso, melhora representa diminuição do número de casos.

Os gráficos de evolução temporal, Gráficos de 64 a 69, derivados da Tabela 14, mostram grande variabilidade de valores, tanto para um mesmo estado como para estados diferentes, fazendo ver que a incidência parece não depender da aplicação da % RLIT aplicada em saúde. Se, por hipótese, nenhuma parte deste dinheiro foi gasta no combate ao mosquito transmissor, a incidência crescerá, independentemente de fortunas que tenham sido gastas em outras ações de saúde.

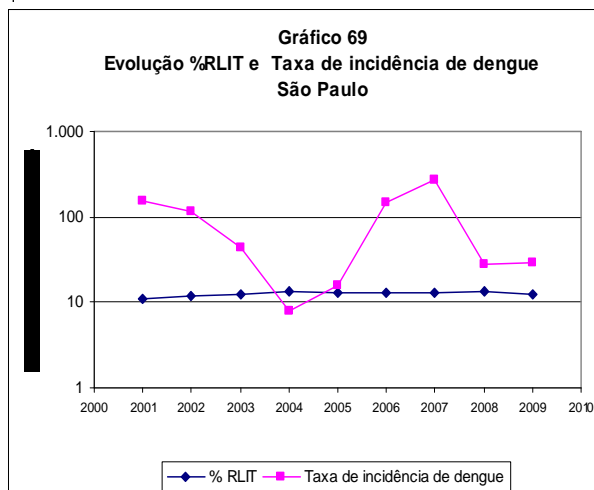
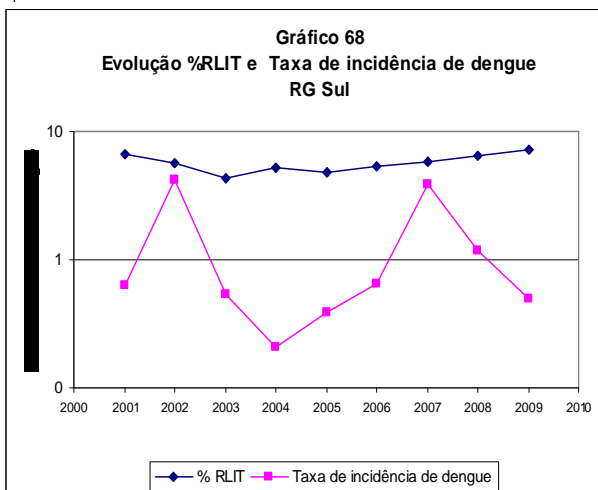
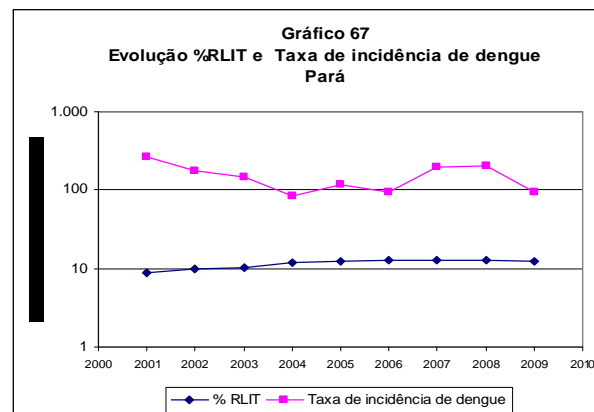
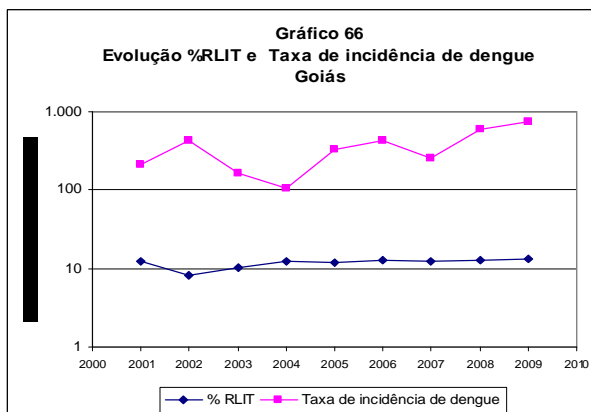
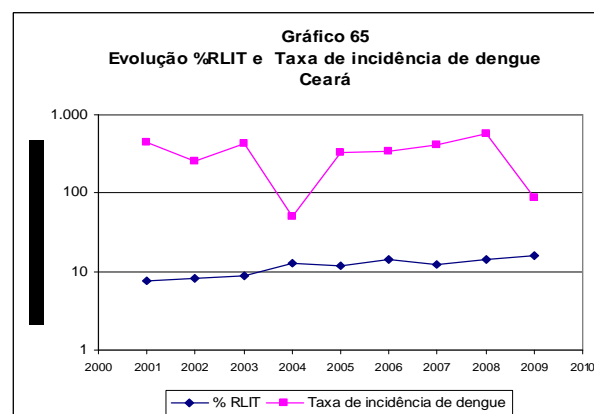
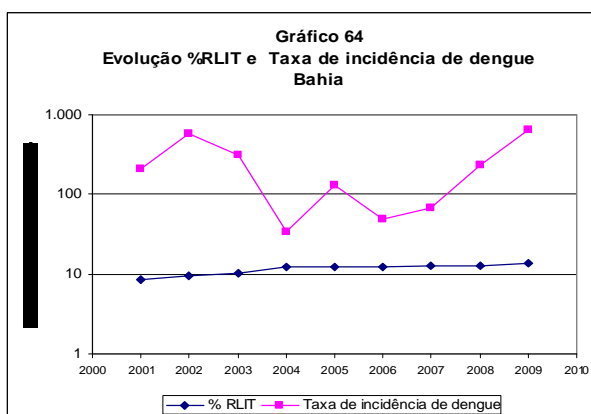
Dada esta grande amplitude de variação (0,21 como menor valor e 739,58 como maior valor), os valores do indicador estão representados em escala logarítmica, de base 10, para melhor visualização.

Tabela 14 - %RLIT e Tx de incidência de dengue nos estados selecionados - Brasil 2001-2009

Estado	Bahia		Ceará		Goiás		Pará		R.G. do Sul		S. Paulo	
Ano	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador	%RLIT	Indicador
2001	8,40	212,64	7,54	451,71	12,39	210,42	8,88	264,13	6,59	0,63	11,15	155,74
2002	9,41	582,26	8,18	257,04	8,12	421,60	9,88	178,29	5,62	4,24	11,76	117,50
2003	10,38	315,30	8,74	429,55	10,12	161,50	10,31	148,35	4,32	0,54	12,26	43,34
2004	12,15	34,13	12,70	50,08	12,46	106,07	12,04	84,63	5,20	0,21	13,74	7,86
2005	12,15	129,44	11,97	335,90	12,05	335,40	12,41	118,35	4,80	0,39	12,95	15,80
2006	12,17	49,00	14,21	346,33	12,90	424,45	12,74	92,46	5,40	0,64	12,80	150,24
2007	12,63	68,22	12,14	414,14	12,30	257,57	12,61	199,50	5,80	3,84	13,07	275,96
2008	12,77	235,49	14,36	576,48	12,87	605,83	12,77	207,46	6,53	1,19	13,46	27,99
2009	13,89	650,30	15,80	85,81	13,13	739,58	12,44	95,03	7,24	0,49	12,66	28,80

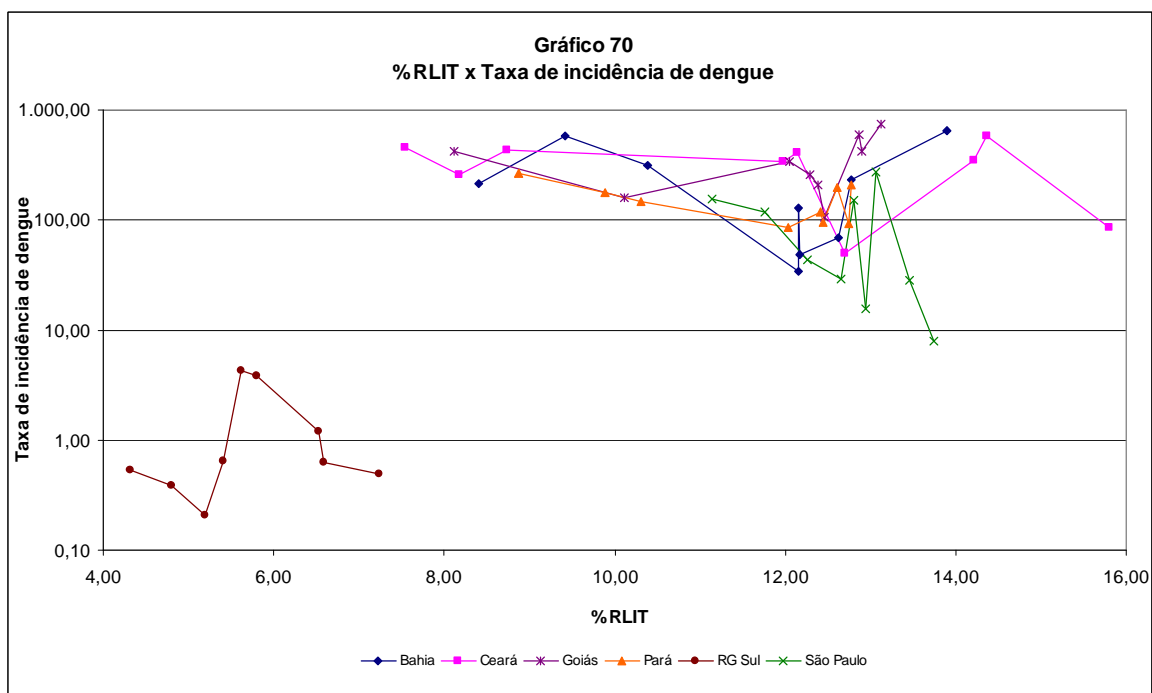
Fonte: Datasus

Obs. O eixo das ordenadas está em escala logarítmica (base 10) para melhor visualização



A Tabela 4 já predizia estas constatações, haja vista que não encontrava significância estatística, em nenhum dos estados observados, para a correlação entre o % da RLIT e a taxa de incidência de dengue.

O Gráfico 70 confirma estas predições e mostra o Rio Grande do Sul com os valores mais baixos, talvez por conta da quase inexistente presença do mosquito transmissor.



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final, depois de analisados os resultados, chega-se às conclusões na sequência delineadas.

- Quanto ao cumprimento das disposições da EC - 29, lembrando sempre que os dados aqui analisados são os do DATASUS, conforme demonstrado, os estados analisados cumpriram a determinação legal em 66,7% dos casos e, mesmo assim, a metade dos descumprimentos se deu nos primeiros anos de vigência da emenda. Somando-se a isto o fato de que a diferença entre o exigido e o aplicado vem caindo, e levando em consideração, também, a preocupação apresentada pelos técnicos do GEFIN e da administração superior dos estados em cumprir a determinação, é de se esperar que em pouco tempo todos os estados cumpram a legislação.
- Na análise da evolução temporal dos indicadores, o resultado geral pode ser considerado bom, porquanto um número próximo de dois terços das observações revelou melhora nos indicadores de saúde no período que se seguiu à edição da EC - 29 e, portanto, um indicativo de efetiva melhora nas condições de saúde do povo brasileiro;
- Quanto à correlação entre o % da RLIT e a melhoria da saúde, embora a análise geral mostre que 41 entre 60 resultados apontem para melhoras, resta provado, pelas análises feitas e exaustivamente demonstradas para cada indicador selecionado, que a variação da % RLIT não explica, sozinha, a variação dos indicadores de saúde. Caso como o do Rio Grande do Sul, que nunca aplicou o percentual exigido e apresenta resultados, em geral, melhores do que a maioria dos estados selecionados, concede força a esta constatação, além das muitas outras evidências já descritas na análise dos dados.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para ampliar o debate acerca das políticas públicas de saúde no Brasil e servir de ponto de partida para outros que possam responder as perguntas suscitadas no seu texto, como forma de, com outras visões – aqui invocando a intersetorialidade – contribuir para o bem-estar social do povo brasileiro como um todo e, em particular, das classes menos favorecidas.

Reiterando, o interesse deste trabalho não é propor a retirada de recursos da saúde, mas de demonstrar que somente o aporte de recursos, sem o devido cuidado na sua aplicação pode não ser suficiente para garantir melhoria da saúde de toda população. Tratou-se de demonstrar que, se o aporte financeiro é necessário, a qualidade do gasto é muito mais. A tarefa não deve ser somente de cumprir uma meta de gasto com saúde. Decisões sobre o quanto, onde, como, com quem e com o quê gastar, também devem fazer parte das preocupações dos governantes.

REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, Marjukka; HEGALSON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Ano 51, Nº 4, Out-Dez 2000.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **A Invenção do Nordeste e Outras Artes**. 4 ed. rev. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

ARAÚJO, Tânia Bacelar de. Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro: heranças e urgências. Rio de Janeiro: Revan: Fase, 2000.

BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre. **Avaliação participativa de programas sociais**. São Paulo – Lisboa: Veras Editora – Cpihts, 2002.

BID. Oficina de Evaluación (EVO). Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. BID, Washington. 1997

BONETI, Lindomar Wesseler. **Políticas públicas por dentro**. Ijuí: Unijuí, 2006.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Emenda Constitucional nº 29/2000**. São Paulo: Atlas, 2007.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Aula inaugural da Turma 2010.2 do Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da UFC. Fortaleza, Agosto de 2010.

_____. Políticas Públicas e o Dilema de Enfrentamento das Desigualdades: Um Olhar Crítico sobre a América Latina no Século XXI. In: SOUSA, Fernando José Pires de (Org). **Poder e Políticas Públicas na América Latina**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis - Rio de Janeiro : VOZES, 1998.

DATASUS, Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. www.datasus.gov.br.

FAORO, Raymundo. **Os Donos do Poder**: formação do patronato político brasileiro. Vol 2 / 10. ed. – São Paulo. Globo. Publifolha, 2000.

FERNANDES, Florestan. **Revolução Burguesa no Brasil**. Ensaio de Interpretação Sociológica. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

FLEXOR, Georges; LEITE, Sérgio Pereira. Análises de políticas públicas: breves considerações teórico-metodológicas. In: DE LIMA, Eli Napoleão; DELGADO, Nelson G.; MOREIRA, Roberto José (orgs.) **Mundo rural**: configurações rural-urbanas: poderes e políticas. Rio de Janeiro: Mauad X: Eduar, 2007.p199-216.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande & Senzala**: Formação da Família Brasileira sob o Regime da Economia Patriarcal. 13. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora. Brasileira, 1966.

GEISLER, Eliezer. **The Metrics of Science and Technology**. Connecticut: Quorum, 2000.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **In Saúde e Sociedade** v.13, n.2, p 20-31, mai-ago 2004

HOLANDA, Antônio Nilson Craveiro. **Avaliação de políticas públicas**: conceitos básicos, o caso do Proinfo e a experiência brasileira. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, Out. 2003.

_____. Avaliação de Programas (conceitos básicos sobre avaliação “ex-post”). Rio de Janeiro – São Paulo – Fortaleza: ABC Editora, 2006.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro:Objetiva, 2001, p.353.

KLIKSBERG, Bernardo. **O Desafio da Exclusão**: para uma gestão social eficiente. São Paulo: Edições FUNDAP, 1997.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **In Cadernos FUNDAP** n. 22, p 102-110, 2001.

JANNUZZI, Paulo de Martins. **Indicadores Sociais no Brasil**. Campinas: Alínea, 2006.

MANTEGA, Guido. **A Economia Política Brasileira**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1984.

MARTÍNEZ, Eduardo & ALBORNOZ, Mario. Indicadores de ciencia y tecnología: Estado del arte y perspectivas. Caracas: Unesco, 1998.

MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

MÉSZÁROS, István. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. Campinas: Editora da UNICAMP; São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

PAULA, Luiz Antônio Maciel de. **Marco teórico sobre avaliação e monitoramento**. VI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina, 5-9 Nov 2001.

RIBEIRO, Renato Janine. A sociedade contra o social ou a sociedade privatizada. **Folha de São Paulo** em 27/06/1993.

RIPSA, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SARAVIA, Enrique. O conceito de política pública. In SARAVIA, Enrique & Ferrarezi. Elizabete. **Políticas públicas, coletânea**. Vol.1. Brasília: ENAP, 2006.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. São Paulo: Veras, 2001.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. n. 16. Porto Alegre, jul-dez.2006.