

Pope C, Mays N, organizadores. 3ª ed. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

*Alessandra Rodrigues Fiuza*<sup>1</sup>

*Nelson Filice de Barros*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

O livro *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*, organizado por Catherine Pope e Nicholas Mays e publicado no Brasil pela editora Artmed, em 2009, apresenta 13 capítulos escritos por diferentes colaboradores, que abordam técnicas e métodos da pesquisa qualitativa utilizada no campo da saúde. Ao término de cada capítulo há referências de leituras adicionais sobre o tema, tornando-os muito interessantes para uma primeira abordagem sobre a pesquisa qualitativa.

De acordo com os organizadores do livro, a pesquisa qualitativa lida com palavras e falas em vez de números, o que não significa que ela seja destituída de mensuração ou que não possa ser utilizada para explicar fenômenos sociais. Sua mensuração está relacionada com a busca dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como compreendem o mundo. Além disso, eles lembram que a pesquisa qualitativa estuda as pessoas em seus ambientes naturais e emprega metodologias como observação direta e participante, entrevistas, grupos focais, conversas informais, análises de textos ou documentos e análise de discurso. Pode ser empregada na forma de: (1) abordagem complementar à pesquisa quantitativa; (2) validação da pesquisa quantitativa; e (3) método independente para desvelar processos sociais que não são abordados em metodologias quantitativas. Dessa forma, a pesquisa qualitativa desenvolve as percepções e interpretações subjetivas, que surgem da experiência; comportamentos objetivos, que surgem das ações; e o contexto, que envolve os aspectos sociais, culturais, políticos e físicos que rodeiam os sujeitos da pesquisa.

É destacado no livro o fato de que a entrevista é a técnica qualitativa mais comumente utilizada e que possui três tipos principais: (1) entrevista estruturada: questionário estruturado e entrevistadores treinados para fazer perguntas de maneira padronizada; (2) entrevista semiestruturada: estrutura flexível com questões abertas que definem a área a ser explorada; e (3) entrevista em profundidade: menos estruturada para abranger poucos aspectos com detalhamento.

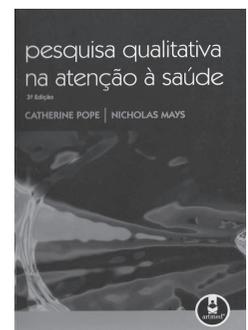
Outra técnica também analisada no livro é a dos grupos focais, que valorizam a comunicação entre

os participantes da pesquisa. Eles costumam ser usados para: (1) *avaliar mensagens de educação em saúde*; (2) *examinar a compreensão do público sobre doenças e sobre comportamentos em saúde*; (3) *examinar as experiências das pessoas a respeito de doenças e serviços de saúde*; (4) *explorar as atitudes e necessidades pessoais*; (5) *avaliar a atitude das pessoas em relação a vícios, a minorias étnicas, a doenças*; (6) *explorar assuntos, como as respostas dos profissionais às mudanças administrativas*; (7) *descobrir maneiras de aperfeiçoar a educação médica e o desenvolvimento profissional*; (8) *estudar valores culturais dominantes*; (9) *examinar culturas nos locais de trabalho*; (10) *realizar pesquisa-ação*; (11) *garantir poder aos participantes da pesquisa, os quais podem se tornar uma parte ativa do desenvolvimento desta*; e (12) *gerar comentários mais críticos do que as entrevistas*.

Os autores enfatizam que a pesquisa qualitativa possui muitos dados a serem analisados, já que a transcrição das entrevistas, somada à anotação de campo e à observação direta, gera uma extensa quantidade de informação. Além disso, o processo analítico da pesquisa qualitativa pode acontecer concomitantemente à coleta de dados, o que pode levar a novos pressupostos e dados anteriormente não previstos.

A análise dos dados qualitativos pode ser feita com técnicas estatísticas padronizadas, embora seja mais recorrente o tratamento dedutivo e/ou indutivo cumprindo as seguintes etapas: (1) identificação de temas ou categorias para gerenciamento dos dados; (2) etiquetagem ou codificação desses temas ou categorias que devem incluir conexões entre eles; e (3) agrupamento das categorias: seleção de temas ou categorias-chave para selecionar temas semelhantes ou relacionados e organizar a sobreposição e repetição anteriores das categorias. Essas três etapas estão presentes em diferentes abordagens: (1) análise temática: agrupamento dos dados por temas e avaliação de todos os casos para verificar se eles foram incluídos corretamente; (2) *grounded theory*: a análise leva a hipóteses anteriormente não definidas e modifica a amostragem e a coleta de dados, que cessa no ponto de saturação, quando nenhum dado adicional pode ser identificado; e (3) abordagem da estrutura: forma dedutiva de análise que visa conectar a análise qualitativa com a quantitativa.

Diante da complexidade dessa análise, percebe-se que não há uma forma mecânica de avaliar esse método, porém existem algumas maneiras de melhorar sua validade, como: (1) triangulação: comparação dos resultados entre dois ou mais métodos de coleta de dados ou entre duas ou mais



fontes de dados; (2) validação do respondente ou checagem do membro do grupo: comparação entre o relato do entrevistador e o do entrevistado; (3) exposição clara dos métodos, da coleta e da análise dos dados; (4) reflexividade: transparência no processo de coleta de dados e de experiências anteriores que levaram às conclusões; (5) atenção aos casos negativos: procurar dados que contradigam a explicação dos fenômenos; e (6) conduta justa: garantir que o ponto de vista de determinado grupo não seja apresentado como uma única verdade.

Vale ressaltar que os aspectos éticos na realização da pesquisa qualitativa são mais delicados de serem avaliados, destacando-se: (1) anonimato: o que pode ser difícil de ser alcançado, já que somente a alteração dos nomes dos participantes e do local de pesquisa não o garantem, e algumas informações relevantes ao estudo podem identificar o entrevistado; (2) confiabilidade: pode não garantir a não invasão de privacidade, já que nem sempre ela é totalmente seguida, porque os diálogos e até mesmo confissões levam o pesquisador a conclusões importantes para a pesquisa; (3) consentimento informado: na pesquisa qualitativa, em que temas emergem no decorrer do estudo, a especificação com antecedência da coleta e análise dos dados pode ser inviável. Diante disso, os pesquisadores devem entender que o

consentimento pode não ser simplesmente uma “produção mecanicista de formulário”, mas a informação aos participantes da pesquisa.

Pode-se afirmar que o livro é uma boa referência para aqueles interessados em pesquisa qualitativa, já que não só explora seus principais aspectos, mas também fornece subsídios para os leitores buscarem mais aprofundamento sobre o tema. No entanto, ao fragmentar os capítulos em temas bem delimitados e dividi-los em numerosos subtemas, há algumas partes repetitivas e pouca clareza nas ligações e integrações entre conceitos. Todavia, o livro não é indicado apenas para iniciantes em pesquisa qualitativa, mas também para pesquisadores e professores, uma vez que foi escrito por experientes estudiosos no assunto e é bastante atualizado.

Vale ressaltar, por fim, que ao explorar diversas formas de pesquisa qualitativa e as diferentes abordagens possíveis no campo da saúde o livro discute, por um lado, a dificuldade de desenvolvimento desse tipo de pesquisa em um campo que tem a maior parte dos profissionais mais familiarizados com métodos quantitativos e experimentais; e, por outro, a importância da maior inserção da metodologia qualitativa no campo da saúde, na medida em que seus princípios configuram o enfoque holístico da perspectiva interpretativa e compreensiva.

**Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público-privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2011.**

**Áquilas Mendes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Amarante são sanitaristas e militantes do Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (Cebes) desde a fundação da entidade. O primeiro integrou o movimento municipal de saúde nos anos 1970 e 1980. Na década de 1990 implementou a Secretaria Técnica/Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (ST/Conass), assessorou os ministros Saraiva Felipe e Agenor Alvares por ocasião da gestão tripartite do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Já Paulo Amarante foi um dos fundadores do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e tem vários livros publicados sobre o tema. É militante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, tendo sido seu representante eleito na Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. Atualmente, é editor científico da revista *Saúde em Debate*.

Apesar do avanço que significou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus efetivos resultados para a sociedade, ao longo de seus 22 anos de existência, o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à Saúde Pública que os demais países que detêm um sistema público e universal, tais como Reino Unido, Alemanha, Espanha, França, Canadá etc. Para atestar essa afirmação, basta lembrar que, em 2009, enquanto o SUS gastou 4,0% do produto interno bruto (PIB), o gasto público em saúde nos países mencionados foi, em média, 7,0%. Além disso, segundo a Organização Mundial da Saúde, a participação do gasto público no total da despesa com saúde também é baixa no país: cerca de 44,1%. Nos demais países, o percentual é, em média, 80%. No caso brasileiro, ainda, é significativo o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar da pessoa física ou jurídica, o que é aplicado sobre despesas com plano de saúde e/ou médicas e similares.

Por isso, em que pesem todas as dificuldades que vimos sofrendo, especialmente no Brasil, devido a uma relação de forças ainda desfavorável à ampliação do gasto social, em geral, e da saúde, em particular, não devemos ser defensivos diante da crise estrutural do sistema capitalista, no seu modo de funcionamento sob a dominância do capital financeiro.

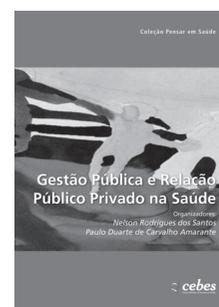
Talvez tudo o que foi feito na luta social até o momento, pela defesa de um melhor financiamento e gestão para a saúde no nosso país, seja pouco di-

ante do que se deve realizar nessa próxima década, principalmente num quadro necessário de ampliação da capacidade das forças que deverão contribuir para reverter a dinâmica deflagrada pela crise do capital. A rigor, para dobrar o gasto público em saúde, de modo a atingir nível condizente com a média dos demais países que têm sistema similar, seria preciso mais do que simplesmente obter aumento de recursos mediante barganha; seria necessário elevar o SUS à condição de prioridade entre as políticas de governo e aprofundar uma análise mais ampla do sistema de saúde brasileiro, enfatizando a discussão da relação entre o SUS e o sistema privado de planos e seguros de saúde. Nessa perspectiva, o livro do Centro de Estudos Brasileiros de Saúde não poderia ser mais atual.

Na apresentação de *Gestão pública e relação público-privado na saúde*, Nelson Rodrigues dos Santos diz que as diferentes contribuições presentes neste livro objetivam avaliar os anos de existência do SUS acerca de temas essenciais para assegurar um sistema público efetivamente universal, quais sejam: a relação público-privado na saúde e a gestão pública na saúde.

Para o público brasileiro, a indicação à leitura deste livro é ainda mais enfatizada quando temos presente que, justamente a partir do início dos anos 1990, a política econômica dos governos federais acirrou os embates por recursos financeiros para a implementação do caráter universalista da saúde. Tais conflitos decorreram, em última análise, da força do capital portador de juros em criar um novo consenso – alusão “invertida” ao chamado consenso keynesiano, do pós-guerra – em torno da supremacia do mercado em matéria de políticas sociais e em determinar as políticas macroeconômicas, regidas por metas de inflação e dívida pública restringida e/ou de superávits primários. Tanto um como o outro pressionaram para a redução da participação do Estado em políticas sociais, e na saúde, em particular, resultando em constantes tentativas de diminuição de seus orçamentos e/ou de sua disponibilidade potencial de recursos. Por sua vez, nesse quadro, presenciase a ampliação do setor privado da saúde, muitas vezes como parceiro complementar à gestão dos serviços de Saúde Pública, altamente prejudicada pela restrição fiscal e escassez de recursos.

A contribuição do Cebes é essencial porque este livro é estruturado para propiciar uma análise mais profunda sobre a relação público-privado no setor saúde, facilitando, com isso, a reflexão sobre a construção de linhas de ação política em defesa dos princípios do SUS, levando em con-



sideração a complexidade do sistema de saúde no nosso país.

O livro, organizado em vinte capítulos, é praticamente resultado de seminários, organizados pelo Cebes e por instituições parceiras, envolvendo um trabalho coletivo desenvolvido por distintos artigos de especialistas na Saúde Pública, dentro de seus respectivos esforços de pesquisa.

O Cebes inicia seu livro – os cinco primeiros capítulos – priorizando a reflexão sobre a gestão pública do SUS com destaque ao seu caráter descentralizado e aos limites e potencialidades das suas relações federativas. Para tanto, na visão de lideranças do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), é destacado o papel importante do Pacto pela Saúde, capaz de substituir a normatização excessiva e a lógica de habilitação adotada nos anos 1990 pela adesão e do compromisso com resultados, assumidos pelos gestores de saúde das três esferas de governo. Para esses autores, os principais sentidos das três linhas de ação desse Pacto, isto é, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, estão voltados para **responder aos desafios da gestão e da organização do SUS; atender efetivamente às necessidades de saúde da população brasileira e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo.**

Nessa discussão acerca da gestão pública do SUS, os quatro capítulos seguintes abordam ainda os temas dos resultados positivos da articulação federativa descentralizadora desse sistema (inspiração para a conformação do modelo federativo de outras áreas de políticas públicas – a assistência social, a segurança pública etc.); dos problemas de cumprimento dos princípios legais da gestão do financiamento da saúde no país (com destaque para a insuficiência de recursos e a ineficiência de seus gastos federais, estaduais e municipais); das novas formas de modalidades de gerência das unidades de saúde e os conflitos políticos em torno delas, destacando também as dificuldades da gestão pública em se utilizar da complementaridade legal dos serviços do setor privado que se expandiram muito além do que se previa quando da constituição do SUS. Nas palavras de Lenir Santos: **O problema é transformar o que deve ser complementar em principal, substituindo o Poder Público na gestão da saúde.** Ainda como um dos temas priorizados, trata-se do crescente fenômeno da judicialização da Saúde Pública (em que o “direito à saúde” é atravessado por uma tensão permanente

entre dois polos: os direitos individuais e os coletivos). É importante que se diga que o mais fundamental de toda essa discussão são as reflexões e avaliações críticas sobre a gestão descentralizada do SUS que esses cinco primeiros capítulos nos presenteiam.

Como uma segunda parte do livro, do capítulo seis ao quatorze, o Cebes concede especial atenção aos estudos e análises sobre a relação público-privado no setor da saúde, privilegiando a importância de se concentrar num enfoque amplo de compreensão do sistema de saúde no país. O capítulo inicial, “SUS: desafio de ser único”, do economista Carlos Octávio Ocké-Reis, questiona o paradoxo da não unicidade do SUS e reflete sobre os respectivos desafios para revertê-lo, no sentido da construção de um sistema de proteção social na área da saúde, apoiado nas experiências vitoriosas do universalismo europeu, que se estruturaram distantes da adoção do mercado dos planos de seguro privados de saúde como a solução. Trata-se de postular uma agenda de reforma em que a regulação do mercado privado no Brasil seja marcada pela lógica do seguro social público e que esse mercado funcione sem contar com recursos financeiros do Estado, de forma a não prejudicar o padrão de financiamento público e do próprio SUS, até então já tão desgastado. Nessa linha de comentar o financiamento, esse autor salienta que muitos analistas se equivocam ao atribuir prioridade à ausência de otimização do gasto do SUS. Para ele, merece reflexão intensa o fato de que a adoção de medidas promotoras de eficiência do gasto não pode servir de base para que se cortem os recursos financeiros ou organizacionais do sistema público: **pelo contrário, a melhoria da eficiência traz a possibilidade, na realidade, de exigir o aumento dos gastos.**

No capítulo “A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificativa”, Ligia Bahia atribui destaque a uma concepção abrangente e mais complexa das relações entre o público e o privado na saúde brasileira. Para a autora, é fundamental apreender as noções mais utilizadas de público e privado nos diversos campos do conhecimento e, ainda, admitir a especificidade desses conceitos quando se refere à saúde no nosso país. Isso porque não se pode deixar de apreender a relação dialética entre eles, na medida em que convivem, ao mesmo tempo, no sistema de saúde, o privado (inclusive assistencial) no SUS e o público (inclusive assistencial) no privado. Segundo a autora, trata-se de **buscar ampliar as fronteiras de aplicação desse par**

**conceitual para aprimorar o conhecimento sobre a gênese e dinâmica das políticas de saúde contemporâneas.** Além disso, ela chama a atenção para a necessidade de se preocupar com o crescimento da privatização de nosso sistema de saúde e seus efeitos para o aumento das iniquidades em relação aos riscos, ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. Para ela, a existência de um debate mais aberto e profundo sobre as relações entre público e privado é prejudicado por alguns governantes, parlamentares, magistrados, sindicalistas e técnicos que dizem apoiar o SUS, mas, de fato, não acreditam na viabilidade da universalização do direito à saúde.

De qualquer forma, é mesmo nos três capítulos seguintes que são propiciadas as “luzes” para uma discussão ainda mais rica e densa sobre o debate das relações entre o SUS e a saúde suplementar, com destaque aos desafios e caminhos para o futuro do sistema universal. De acordo com Hésio Cordeiro *et al.*, não se deve tratar o sistema público e o segmento suplementar de forma separada no contexto das políticas de saúde, sobretudo para enfrentar a redução das desigualdades em saúde, herdeiras da particular formação social brasileira. Nessa perspectiva, esses autores consideram que a questão da integralidade das ações e serviços saúde deve ser discutida e conduzida de forma a superar os limites dos territórios do SUS e do segmento privado. Contudo, admitem que essa é uma tarefa difícil, uma vez que as pressões do mercado e a crescente incorporação tecnológica no segmento da assistência suplementar influenciam os prestadores, os profissionais e os usuários num caminho oposto a uma atenção à saúde baseada no princípio da integralidade. Mas, mesmo assim, sugerem que é necessário pensar numa regulação que dê conta da totalidade do sistema de saúde, mecanismo crucial para assegurar a diminuição das desigualdades. Nessa linha de argumentação, Telma Menicucci, em seu capítulo, acrescenta que **é necessário a construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema único e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde como um todo e não apenas centrado em seus segmentos.**

Ainda para se ter ideia de alguns pontos específicos para esse debate, José Carlos Noronha *et al.* apresentam um quadro do entendimento mais geral e complexo sobre a composição dos gastos em saúde, no âmbito do público (direto e indireto – como as deduções do montante devido do IRPF e do IRPJ referentes às despesas privadas com saúde) e do privado, destacando a

dimensão do mercado brasileiro de planos e seguros privados de saúde, segundo posse e renda familiar *per capita*. Particularmente, esses autores salientam o problema da regressividade dos impostos brasileiros, que acaba por prejudicar o aumento dos recursos para o SUS. Chamam a atenção para a inversão dessa lógica na reflexão de uma alteração do sistema tributário do país.

Os quatro capítulos restantes dessa segunda parte do livro revelam-se também muito instigantes para a discussão sobre as relações entre o público e o privado. No capítulo de Rosana Onocko Campos, o tema em discussão refere-se à ausência da centralidade do planejamento em saúde no SUS, especialmente durante os anos 1990, sendo substituído por uma nova ênfase nas questões de avaliação de produtividade, visando à eficiência – noção crucial para a lógica privada. Heimann *et al.* problematizam os diferentes desafios para a relação público-privado na gestão do SUS, mesmo com a existência da ampliação dos mecanismos de regulação criados tanto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto por meio do Pacto pela Saúde. Para esses autores, dentre vários obstáculos para a gestão, destacam-se: a “dupla-porta”, mecanismo pelo qual os beneficiários dos planos privados de saúde dispõem de prerrogativa de atendimento em relação à população SUS no sistema público; a Lei Complementar nº 1.095/2009 no Estado de São Paulo, que abre possibilidades para a terceirização da saúde, por meio de fundações de direito privado que administram hospitais de ensino no Estado, qualificadas como organizações sociais (OS), e que em dezembro de 2010 serviu de inspiração para a aprovação de uma emenda que destina 25% dos leitos das unidades gerenciadas por OS aos planos de saúde e pacientes particulares. Outros constrangimentos mencionados pelos autores referem-se ao não ressarcimento ao SUS das despesas realizadas por detentores de planos e seguros privados de saúde e à problemática “judicialização da saúde”, restringindo o poder dos orçamentos públicos de forma significativa. Na sequência, o capítulo de Marcos Vinicius Pó discute a institucionalidade e os desafios da regulação na saúde, identificando formatos básicos para a ação regulatória do Estado na economia e problematizando acerca das agências regulatórias brasileiras. Por fim, pode-se dizer que o capítulo de Amélia Cohn, “Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21”, encerra de maneira brilhante essa parte do livro. A autora indaga sobre vários aspectos que ela diz não ter respostas e que, na realidade, parece difícil alguém

dispor. Talvez justamente nesses questionamentos resida um conteúdo pouco discutido, mas fundamentais de serem explorados. De forma sintética, reproduzimos alguns deles: (1) a Reforma Sanitária não espera muito da regulação do setor suplementar da saúde (dada a sua lógica capitalista como agente reprodutor do capital) e da ANS, restrita às operadoras? Seria possível ter apenas uma modalidade de regulação para todo o sistema de saúde, tratando o mercado e o SUS de forma indiferenciada? (2) o que distingue a ação da ANS das ações das instituições e organizações voltadas à defesa do consumidor? (3) qual a diferença do padrão de regulação da ANS e da regulação de outros setores produtivos e de serviços, e de outras agências criadas para os setores privatizados? (4) qual a dimensão da representação e da autonomia dos órgãos de regulação; vinculam-se às instâncias de controle público do SUS, como os Conselhos de Saúde?

Nessa perspectiva da totalidade sistêmica, à luz da reflexão sobre o campo das relações público-privado/gestão pública, o livro aborda ainda, nos seus seis últimos capítulos – que configuram a última parte da obra –, os temas da crise econômica e seus impactos na saúde, na visão de um economista, Cláudio Salm, e de um sanitário, Jairnilson Paim; das políticas e estratégias gover-

namentais de regulação (com destaque ao Mais Saúde-PAC Saúde e às Políticas Sistêmicas de Investimentos Setoriais, ressaltando o papel do complexo produtivo da saúde para o desenvolvimento do país); de uma metodologia para pensar o SUS como um **constructo humano, ainda que condicionado pelo contexto histórico, também construído pelo ser humano, mas que tende a ganhar autonomia sobre os próprios sujeitos**, segundo palavras de Gastão Wagner de Sousa Campos – **um modo de coprodução singular do SUS**. Ainda estão presentes nessa vasta obra dois documentos finais, debatidos no âmbito da diretoria nacional do Cebes, que discutem os desafios da política pública de saúde e algumas sugestões referentes aos tipos de questões que deverão, na atualidade, ser enfrentadas pela sociedade preocupada com a universalização e os direitos da saúde.

Pode-se assegurar que a leitura desse livro é essencial para todos aqueles preocupados com a efetiva construção de um sistema público universal de saúde no Brasil e para os que não medem esforços no desenvolvimento do exercício crítico e denso para a Saúde Pública/Coletiva no Brasil, indispensável em tempos de crise econômica, social e ambiental do capitalismo, com mudanças significativas na economia, na sociedade e na produção da saúde.