



Ana Paula Santana Coelho

**O Público e o Privado na Regionalização da Saúde:  
Processo Decisório e Condução da Política no Estado do Espírito Santo**

Rio de Janeiro

2011

Ana Paula Santana Coelho

**O Público e o Privado na Regionalização da Saúde:  
Processo Decisório e Condução da Política no Estado do Espírito Santo**

*Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana Dias de Lima.*

Rio de Janeiro

2011

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

C672 Coelho, Ana Paula Santana  
O público e o privado na regionalização da saúde: processo  
decisório e condução da política no Estado do Espírito Santo. / Ana  
Paula Santana Coelho. -- 2011.  
143 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Lima, Luciana Dias de  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Regionalização. 2. Setor Público. 3. Setor Privado. 4. Sistemas de  
Saúde. 5. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. I.  
Título.

CDD - 22.ed. – 362.1068098152

**O Público e o Privado na Regionalização da Saúde:  
Processo Decisório e Condução da Política no Estado do Espírito Santo**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

***Profa. Dra. Luciana Dias de Lima***

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

***Profa. Dra. Cristiani Vieira Machado***

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

***Profa. Dra. Ana Cecília de Sá Campelo Faveret***

Diretoria de Desenvolvimento Setorial/Agência Nacional de Saúde Suplementar

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Luciana Dias de Lima, querida Kalu, exemplo profissional, pela disponibilidade e dedicação em me orientar não só nas atividades do mestrado, mas em todas as outras desenvolvidas nesses dois anos, especialmente na pesquisa nacional e na especialização em *Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde* (Ensp/Fiocruz). Ela foi a responsável por me incentivar e encorajar a estudar um tema tão complexo e desafiador. Por ela tenho especial carinho e admiração.

Agradeço aos colegas de pesquisa, Cristiani Machado, Roberta Gondim, Adelyne Pereira, Mariana Albuquerque, Fabíola Iozzi, Guilherme Mello, João Henrique Scatena pelo importante aprendizado adquirido durante a trajetória do trabalho. E em especial à Ana Luiza Viana pelos valiosos ensinamentos, a qual, juntamente com Luciana, é responsável por despertar grande parte das inquietações que deram fruto a esse trabalho.

Agradeço às colegas Adelyne e Renata, e à Luciana pelas contribuições no grupo de estudos sobre regionalização, cujos debates foram fundamentais para a construção da dissertação.

Agradeço a todos os professores da Escola e aos meus colegas de turma que contribuíram para minha formação acadêmica, por meio das discussões e apresentação de conteúdos importantes na construção do marco teórico desse estudo.

Agradeço a todos os entrevistados pela atenção e disponibilidade. E em especial à Maria do Socorro e Ana Luíza Alvarenga, que muito contribuíram na participação da pesquisa nacional.

Agradeço a Ana Laura, minha querida amiga, por dividir os momentos de alegria e dificuldade, e por ter me acolhido com tanto amor no Rio de Janeiro.

Agradeço à Rita Lima, Cadu, Pedro Arêas, Renata Pascoal, Marcello Dalla, Pedro Benevenuto, Erivelto Martins pessoas muito especiais que foram responsáveis por me cativar, incentivar e orientar meu trabalho na saúde coletiva.

Agradeço aos meus queridos colegas de trabalho do Centro Universitário Vila Velha, pelo apoio dispensado na fase de conclusão do mestrado.

Agradeço a minha família e namorado pelo amor e apoio incondicional às minhas decisões, sem os quais essa realização não seria possível.

E finalmente agradeço a Deus, pelas bênçãos, proteção e providências.

*“Não sou apenas objeto da História  
mas seu sujeito igualmente. No  
mundo da História, da cultura,  
da política, constato não para me  
adaptar mas para mudar”.*

Paulo Freire

(Pedagogia da indignação, 2000).

*“Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de  
saúde que o leve a viver uma vida digna”.*

(Convenção Internacional em Direitos Econômico, Social e Cultural, 2000)

## RESUMO

Este trabalho consiste em um estudo de caso que teve como objetivo a análise das relações público-privadas da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Espírito Santo, no contexto do Pacto pela Saúde (2007 a 2010). Partiu-se da concepção de regionalização como um processo político que envolve diferentes atores públicos e privados em relações de disputa, conflito, negociação e cooperação. Essas relações se expressam na regionalização da saúde de forma ampla e se desdobram nas decisões acerca da organização político-territorial do sistema de saúde.

A pesquisa empírica envolveu visita de campo, entrevistas e análise documental, adotando-se como estratégia metodológica o estudo comparado de duas microrregiões de saúde selecionadas: Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. Buscou-se caracterizar o sistema de saúde considerando a participação do segmento público e do privado; identificar os atores e os processos envolvidos no planejamento, organização, regulação e financiamento da saúde em âmbito microrregional; e discutir as razões e modos de influência destas relações nas dimensões técnico-política e político-administrativa associadas à constituição de regiões geográficas na saúde.

Os resultados obtidos permitiram a identificação de dois padrões predominantes de relações público-privadas nas microrregiões estudadas: interdependente e cooperativo; e múltiplos arranjos com conflitos. O estudo evidenciou que as relações público-privadas exercem influência em todas as dimensões do processo de regionalização, por meio de relações formais e informais que se encontram institucionalizadas nos sistemas regionais de saúde. Identificaram-se como elementos condicionantes dos padrões de relacionamento público e privado os aspectos histórico-estruturais das microrregiões, as formas de atuação da corporação médica e das organizações filantrópicas e os mecanismos político-institucionais desenvolvidos pelo Estado.

Sugere-se a necessidade de fortalecimento e ampliação da representatividade das instâncias regionais de gestão e pactuação no SUS, garantindo maior formalização e transparência nas relações público-privadas que permeiam a formulação e implementação da política de saúde.

**Palavras-chave:** Regionalização; *mix* público-privado; Sistemas de Saúde; Políticas, planejamento e administração em Saúde.

## **ABSTRACT**

This study examines the public-private relations and their influence on Regional Health Planning in Espírito Santo, in the context of the Pact for Health (2007-2010). Departed from the concept of regionalization as a political process involving several public and private actors in relations dispute, conflict, negotiation and cooperation. These relations are expressed in the regionalization in health and unfold in political-territorial decisions about the health system organization.

The empirical research has involved field visits, interviews and document analysis, adopting a methodological strategy comparative study of two regions selected: Cachoeiro de Itapemirim and Vitoria. Sought to characterize the health system considering the participation of public and private sectors, to identify the actors and processes involved in planning, organizing, regulating and financing of health at micro-regional scope, and discuss the reasons and ways to influence these relations in a technical and political dimensions, political and administrative related to the provision of health geographies.

The results obtained allowed the identification of two predominant patterns of public-private relations in the regions under study: complementary and cooperative, and segmented with conflict. The study showed that public-private relations exert influence on all dimensions of the regionalization process, through formal and informal relations that are institutionalized in regional health systems. Identified as conditioning elements of the relations patterns between public and private aspects of micro-structural history, the medical corporation and philanthropic organization performance ways and the political and institutional mechanisms developed by the state.

We suggest the need for strengthening and expanding the representation of regional bodies for management and agreement on the SUS, ensuring greater formalization and transparency in public-private relations that permeate the health policy formulation and implementation.

**Keywords:** Regional Health Planning; Public-private mix; Health systems; Health Policy, Planning and Management.

## LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

### Quadros

Quadro 1. Matriz de referência para coleta e análise de informações nas microrregiões selecionadas.....	47
Quadro 2. Complexo Regional da Saúde da microrregião de Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo, 2010.....	80
Quadro 3. Complexo Regional da Saúde da microrregião de Vitória – Espírito Santo, 2010.....	83
Quadro 4. Relações público-privadas na regionalização da saúde nas microrregiões de saúde de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória – Espírito Santo, Brasil.....	109

### Tabelas

Tabela 1. Características dos cinco grupos de CGR segundo dimensões socioeconômicas e condições de saúde.....	41
Tabela 2. Principais características socioeconômicas e do sistema de saúde por microrregião de saúde - ES, Brasil.....	43
Tabela 3: Oferta de leitos hospitalares, cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de planos privados de saúde segundo microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008.....	56
Tabela 4: Distribuição (%) da oferta de leitos hospitalares segundo natureza jurídica do prestador por microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008.....	57
Tabela 5: Distribuição da oferta de leitos hospitalares por tipo de prestador e cobertura de planos privados de saúde segundo municípios - microrregião de saúde de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.....	66
Tabela 6: Distribuição da oferta de leitos hospitalares por tipo de prestador e cobertura de planos privados de saúde segundo município - microrregião de saúde de Vitória, Espírito Santo, 2008.....	72
Tabela 7: Estabelecimentos de Saúde do SUS segundo tipo de atendimento por natureza do prestador - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2010.....	73
Tabela 8. Estabelecimentos de saúde existentes na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim por tipo de prestador e convênios – Espírito Santo, 2010.....	97
Tabela 9. Estabelecimentos de saúde existentes na microrregião de Vitória por tipo de prestador e convênios – Espírito Santo, 2010.....	99

Tabela 10: Composição público-privada dos valores aprovados de internação hospitalar e atendimento ambulatorial no SUS por tipo de prestador na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo, 2007..... 101

Tabela 11: Composição público-privada dos valores aprovados de internação hospitalar e atendimento ambulatorial no SUS por tipo de prestador na microrregião de Vitória – Espírito Santo, 2007..... 102

## **Figuras**

Figura 1: Atores envolvidos no processo de regionalização na saúde..... 39

Figura 2. Distribuição das microrregiões de saúde do Espírito Santo segundo grupos socioeconômicos..... 42

Figura 3. Distribuição das microrregiões de saúde do Espírito Santo segundo os tipos de prestador do SUS..... 44

Figura 4. Regiões de Influência do Espírito Santo..... 51

Figura 5. Macrorregiões e microrregiões do estado do Espírito Santo..... 54

Figura 6. Internações hospitalares de Alta Complexidade no SUS por tipo de prestador segundo microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008..... 58

Figura 7. Internações hospitalares de Média Complexidade no SUS por tipo de prestador segundo microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008..... 58

Figura 8. Composição público-privada da produção ambulatorial total no SUS segundo microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008..... 59

Figura 9. Composição público-privada da produção ambulatorial do SUS de média e alta complexidade segundo microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008..... 59

Figura 10. Composição público-privada da produção de Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade no SUS segundo Microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008..... 60

Figura 11. Composição público-privada na produção de Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média complexidade no SUS segundo microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008..... 60

Figura 12. Distribuição populacional na microrregião de saúde de Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo, 2008..... 63

Figura 13. Distribuição proporcional da produção ambulatorial, hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) segundo natureza do prestador - microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008..... 67

Figura 14. Fluxo das internações realizadas para residentes de todo o estado segundo município - microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.....	68
Figura 15. Fluxo das internações realizadas para residentes da microrregião segundo municípios - microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.....	68
Figura 16: Participação público-privada na produção hospitalar no SUS por natureza do prestador...	69
Figura 17. Distribuição dos municípios por faixa populacional - microrregião de saúde de Vitória, Espírito Santo, 2009.....	70
Figura 18. Composição público-privada da produção hospitalar no SUS segundo município - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.....	73
Figura 19. Participação público-privada na produção hospitalar no SUS por natureza do prestador, segundo especialidades - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.....	74
Figura 20. Participação público-privada da produção ambulatorial de média e alta complexidade por natureza do prestador- microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.....	75
Figura 21. Distribuição proporcional da produção ambulatorial, hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) segundo natureza do prestador - microrregião de Vitória - Espírito Santo, 2008.....	75
Figura 22. Fluxo das internações realizadas para residentes de todo o estado segundo município - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.....	76
Figura 23. Fluxo das internações realizadas para residentes da microrregião segundo municípios - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.....	76
Figura 24: Diagrama de composição do número de estabelecimentos com internação por tipo de convênio na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, 2010.....	98

## **LISTA DE SIGLAS**

AIH- Autorização de Internação Hospitalar

AMS- Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar

APAC- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Custo

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIB Microrregional- Colegiado Intergestor Bipartite Microrregional

CIB Microrregional- Comissão Intergestora Bipartite Microrregional

CIM- Comissão Intergestora Microrregional

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COSEMS- Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde

CRE- Centro Regional de Especialidades

CST - Companhia Siderúrgica Tubarão

CVRD- Companhia Vale do Rio Doce

ESF- Estratégia Saúde da Família.

GPDI- Gerência Estratégica, Planejamento e Desenvolvimento Institucional

HUCAM- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IAP- Institutos de Aposentadoria e Pensão

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

NUEPAC- Núcleo Especial de Programação Assistencial e Contratualização

PDI- Plano Diretor de Investimentos

PDR- Plano Diretor de Regionalização

PIB- Produto Interno Bruto

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

POA- Plano Operativo Anual

PPI- Programação Pactuada e Integrada

SADT- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SESA- Secretaria de Estado da Saúde

SIA- Sistema de Informação Ambulatorial

SIH- Sistema de Informação de Internação Hospitalar

SRS- Superintendência Regional de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1 A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
1.1 A regionalização na política de saúde brasileira.....	17
1.2 Contribuições conceituais para análise da regionalização na saúde.....	23
<b>2 AS RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....</b>	<b>28</b>
<b>3 DESENHO DO ESTUDO.....</b>	<b>37</b>
3.1 Objetivos.....	37
3.2 Marco teórico-metodológico.....	37
3.3 Estratégias metodológicas.....	40
<b>4 A REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....</b>	<b>49</b>
4.1 Caracterização geral do estado.....	49
4.2 Desenho da regionalização na saúde.....	51
4.3 O Sistema de Saúde no território do Espírito Santo: participação dos segmentos públicos e privados.....	55
<b>5 O PÚBLICO E O PRIVADO NAS MICRORREGIÕES EM ESTUDO.....</b>	<b>63</b>
5.1 A microrregião de Cachoeiro de Itapemirim.....	63
5.2 A microrregião de Vitória.....	70
<b>6. ASPECTOS RELACIONADOS AO PROCESSO DECISÓRIO, PLANEJAMENTO, REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>78</b>
6.1 As microrregiões e seus atores.....	78
6.2 Relações entre o público e o privado no planejamento.....	86
6.3 Relações público-privadas na regulação e financiamento.....	92
<b>7. PADRÕES DE RELACIONAMENTO PÚBLICO-PRIVADO NAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE.....</b>	<b>104</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>139</b>

## INTRODUÇÃO

O tema dessa dissertação se refere às relações entre o público e o privado na política de saúde, especialmente na que tange à regionalização. Essa temática é particularmente importante visto que essas relações condicionam historicamente o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, impondo sérios desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade.

Estudos sobre as relações público-privadas têm se tornado cada vez mais frequentes nas análises sobre a política de saúde do Brasil. Entretanto, ainda são escassos os trabalhos que investigam como o segmento privado influencia o sistema público de saúde, quais são os fatores que determinam sua influência e qual o impacto dessas relações sobre a configuração regional do sistema de saúde.

Pretendeu-se contribuir com esse debate, por meio da análise das relações público-privadas na regionalização do SUS no estado do Espírito Santo, tendo como foco duas microrregiões de saúde. A abordagem adotada possibilita aclarar aspectos que permeiam essas relações, trazendo subsídios para o desenvolvimento de mecanismos regulatórios orientados pela lógica do público e pelas necessidades coletivas de saúde como norteadores dessa política.

A diretriz da regionalização esteve presente na política de saúde brasileira desde as iniciativas que antecederam o SUS, como, por exemplo, na constituição de distritos sanitários durante os anos de 1970 a 1980. Mas é somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que a regionalização, articulada com a descentralização, ganha *status* de princípio estratégico para organização político-territorial do sistema de saúde.

No entanto, na década de 1990, houve um descompasso entre essas diretrizes. As normas e incentivos financeiros (critérios adotados para o repasse de recursos federais) que modularam a implantação do SUS nesse período deram maior ênfase à descentralização com responsabilização dos municípios pela provisão e organização de sistemas municipais, ficando a regionalização em segundo plano. Isso resultou em aumento das desigualdades loco-regionais e fragmentação do sistema.

A partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001<sup>1</sup>, a regionalização é retomada enquanto macroestratégia de organização assistencial segundo critérios previamente estabelecidos para todo o território nacional. Essa normativa visava à equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços, e, numa lógica de

interdependência municipal para o alcance da integralidade na atenção, ressaltava o importante papel da instância estadual na condução desse processo.

Com a instituição do Pacto pela Saúde <sup>2</sup> essa discussão recebe novo vigor, avançando-se na própria concepção da regionalização na saúde. O Pacto indica a vinculação existente entre a descentralização e a regionalização e sugere que esses processos não ocorrem sem disputa política. A regionalização, que se desdobra na constituição de regiões de saúde, não corresponde mais a um modelo definido previamente segundo critérios eminentemente técnicos. Esta é também resultado da pactuação entre os gestores do sistema de saúde que atuam em um dado território, considerando as diversidades culturais, econômicas e sociais existentes. As regiões de saúde são concebidas, então, como um processo político, de interação permanente, no sentido de uma “regionalização viva”<sup>3</sup>.

Adotando-se o conceito de regionalização na saúde como um processo político que deriva das relações estabelecidas entre diferentes atores sociais no espaço geográfico, considera-se relevante compreender diferentes lógicas e aspectos (processos e estruturas) do território que condicionam esse processo: os atores públicos e privados que participam e influenciam o processo decisório, e as relações estabelecidas entre eles. Para alguns autores, a construção das regiões de saúde pode ser apreendida de modo muito diferente quando há um olhar voltado exclusivamente para a atuação do setor público ou quando há uma visão integrada do setor público e do privado <sup>4</sup>.

A presença do setor privado é uma característica marcante do sistema de saúde brasileiro desde a década de 1960 <sup>5</sup>. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), juntamente com as políticas de corte privatista, há um processo gradativo de fortalecimento do setor privado lucrativo tanto na oferta de serviços e produção de equipamentos médico-hospitalares, como por meio da organização de operadoras privadas de saúde. Com a constituição do SUS essa relação não se modifica. O financiamento insuficiente e as políticas econômicas de corte liberal promoveram um processo de reforma que introduziu novos arranjos entre o público e o privado no âmbito da prestação de serviços e da administração de serviços<sup>3</sup>. Sob o ponto de vista da assistência, a fronteira entre o público e o privado se tornou muito mais tênue e porosa. Essas relações apresentam-se atualmente tão imbricadas que praticamente inexistem serviços puros – públicos e privados <sup>6</sup>.

A superposição ou ligação entre agentes privados e estatais na assistência e na gestão do sistema se constitui, ainda, num agravante, na medida em que podem influenciar na

elaboração e na execução da política, ocorrendo, muitas vezes, mistura de interesses em sua condução<sup>i</sup>. A relação entre o público e o privado também pode determinar muitos aspectos da organização do sistema de saúde, principalmente no que se refere ao acesso, aos fluxos de pacientes, aos investimentos e à distribuição de recursos financeiros, à formação e alocação de recursos humanos.

Nesse contexto, o presente trabalho procurou compreender como as relações entre o público e o privado, com uma atenção especial para o privado-público<sup>ii</sup>, interferem nos aspectos relacionados à organização político-territorial dos sistemas de saúde nas diferentes dimensões ou facetas desse processo.

Pressupomos que a regionalização é consequência dessas relações na medida em que a capacidade instalada de serviços de saúde é um dos principais determinantes dos desenhos e recortes regionais utilizados no SUS, e que o setor privado possui importante participação na oferta e produção da atenção à saúde. Nossa hipótese é que a influência do setor privado se exerce no processo decisório que permeia a regionalização, envolvendo diferentes atores em constante negociação para o alcance de seus objetivos e interesses. As relações entre o público e o privado se expressam, portanto, de forma ampla, podendo ser observadas em duas dimensões inter-relacionadas que dão sentido às regiões geográficas na saúde:

(1) técnico-política, na qual a região se constitui como base para o planejamento de uma rede de atenção à saúde, incorporando uma série de critérios e atributos para delimitação, organização e adequação territorial do sistema de saúde. Essa dimensão inclui ainda os aspectos político-tecnológicos, envolvendo processos de incorporação tecnológica, formação e alocação de recursos humanos, voltadas para a auto-suficiência de serviços em áreas específicas.

(2) político-administrativa, em que o espaço geográfico alberga os atores (governos, organizações não governamentais e agentes públicos e privados) e os processos de condução, articulação e coordenação regional do sistema de saúde, incluindo os mecanismos de financiamento e regulação da rede de serviços no território.

Nessa perspectiva surgem algumas questões que norteiam essa investigação: quais aspectos do território influenciam o processo de planejamento, financiamento e regulação do SUS no âmbito regional? Que relações público-privadas encontramos nas regiões de saúde no âmbito do SUS? Como se dá a divisão de funções entre o público e o privado na rede SUS? Quais as razões que determinam a influência do segmento privado nos processos de planejamento e organização territorial do sistema público de saúde?

Não se pretende aqui responder a todos esses questionamentos, mas sim fazer uma aproximação, levantando alguns aspectos que podem auxiliar a desvendar essas questões.

Este estudo integra o grupo de pesquisa intitulado “Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde” da Escola Nacional de Saúde Pública, e se insere na linha de investigação sobre “formulação e implementação de políticas públicas e saúde”. Insere-se, ainda, em um projeto de pesquisa mais amplo, de abrangência nacional intitulado “Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIB): a CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS”, o qual conforma uma pesquisa de natureza qualitativa e policy-oriented<sup>iii</sup>.

A dissertação está organizada em sete capítulos, além da Introdução e Considerações Finais.

O primeiro capítulo trata da regionalização em saúde, no qual foi feita uma revisão da bibliografia existente sobre a regionalização na política de saúde brasileira. Levantamos, ainda nesse capítulo, os conceitos que permeiam a definição de região, e outros aspectos relacionados à regionalização tratados pela geografia e por estudos recentes no campo da Saúde Coletiva, a fim de se buscar outros elementos para a regionalização na saúde que auxiliem na superação dos desafios postos pela realidade brasileira. No segundo capítulo discute-se por meio da produção científica existente a relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro, salientando sua trajetória no sistema de saúde desde o período pré-SUS até a atual configuração do sistema.

No terceiro capítulo é apresentado o desenho do estudo, incluindo os aspectos teórico-metodológicos que embasam as perspectivas analíticas adotadas, quais sejam a do *institucionalismo histórico* e do ferramental da *análise de políticas públicas*, entendendo que as categorias dos atores e dos processos decisórios são importantes para o entendimento dessa complexa relação existente entre o público e o privado na condução da política de saúde.

O quarto capítulo apresenta a regionalização no estado do Espírito Santo, incluindo sua caracterização geral, os recortes regionais adotados por diferentes áreas da política pública estadual incluindo o da saúde, as principais características do sistema de saúde no que se refere à participação público-privada nas microrregiões de saúde. E, por fim, os três últimos capítulos apresentam as análises efetuadas em duas microrregiões de saúde selecionadas - Vitória e Cachoeiro de Itapemirim-, onde aprofundamos a discussão sobre as relações entre o público e o privado no sistema regional do SUS no Espírito Santo.

---

<sup>i</sup> Entrevistas realizadas no estudo de Ibañez, Viana & Elias <sup>3</sup> revelaram que os profissionais médicos que atuam simultaneamente na iniciativa privada e no SUS, muitas vezes facilitam o acesso de seus clientes privados aos serviços da rede pública, principalmente os de alta complexidade.

Outros exemplos podem ser citados, como a presença de gestores do SUS que são donos de clínicas de iniciativa privada.

<sup>ii</sup> Essa é uma categoria sugerida por Bahia <sup>6</sup> e diz respeito ao segmento privado credenciado ao SUS por meio de contratos e convênios. Será melhor discutida no desenvolvimento do trabalho.

<sup>iii</sup> Essa pesquisa foi desenvolvida por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Mato Grosso.

## **1 A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE**

### **1.1 A regionalização na política de saúde brasileira**

O processo de descentralização que se deu por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 acarretou profundas mudanças na organização político-administrativa do Estado brasileiro. Devido ao seu enfoque municipalista, na saúde, este proporcionou ganho de autonomia aos municípios para gerir e executar as políticas desenhadas pela instância federal, transferindo para esses entes a responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios e pela organização de sistemas municipais de saúde.

Essa reformulação do sistema de saúde originou um novo quadro de desafios ao SUS, uma vez que estabeleceu estruturas de gestão, organização e provisão de serviços compostas por diversos atores com graus variados de poder e legitimidade. Além disso, problemas relativos à iniquidade na oferta, dificuldades no acesso, fragmentação dos serviços de saúde, descontinuidade do cuidado se devem, dentre outros fatores, ao fato de que a maioria dos municípios brasileiros não possui porte e estrutura suficientes para oferecer ao seu munícipe o atendimento integral em seu território político-administrativo<sup>7,8</sup>. Esse quadro se agravou pela forma como se deu a descentralização da política de saúde brasileira: sem a face da regionalização. Inúmeros sistemas municipais foram conformados com baixa articulação entre si gerando fragmentação do cuidado ofertado à população.

A experiência internacional sugere uma forma diferenciada na condução desses processos, articulando a descentralização da política de saúde à regionalização do sistema. Em países como Inglaterra, Itália, Alemanha, e Canadá a descentralização da política de se deu por meio da criação de uma rede de atenção à saúde que se associou ao fortalecimento de autoridades/estruturas sanitárias regionais, havendo uma confluência dos processos. Muitas vezes descentralização e regionalização são tratados como sinônimos nesses países. Já na América Latina, esses processos foram implantados com graus variados de articulação, em geral com maior ênfase na descentralização<sup>9</sup>.

No bojo da Reforma Sanitária do sistema de saúde brasileiro, descentralização e regionalização são processos que se apresentavam em articulação, sendo essa perspectiva incorporada no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988:

*“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo.*

*II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade”*<sup>10</sup>(Art. 198).

Embora a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 1990) reafirmasse a necessidade de regionalização como um mecanismo de gestão, organização e direção do sistema, ela não aprofunda sobre o seu significado e formas de efetivá-la. Ao mesmo tempo, as normativas que informaram a operacionalização do SUS, na década de 1990, privilegiaram a descentralização com valorização dos municípios na provisão e regulação dos sistemas municipais, em detrimento da regionalização, havendo, assim, uma dissociação entre as duas diretrizes<sup>4,3</sup>.

Souza<sup>8</sup> ressalta que apesar dos resultados positivos da descentralização, relacionados, entre outros fatores, ao aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal, e à expansão da rede de serviços municipais de saúde, há dificuldade de diversos estados em assumir plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção.

Dessa forma, o processo de implantação do SUS na década de 1990 privilegiou as instâncias municipais, sem a face do planejamento regional, deixando uma lacuna no que diz respeito às atribuições específicas da instância estadual.

Embora a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 tenha apontado a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, entende essa diretriz como articulação e mobilização municipal, salientando a vontade política dos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Portanto, ela não trata de forma adequada o papel da instância estadual na indução e fortalecimento da cooperação intermunicipal, ficando a regionalização livre à iniciativa dos gestores municipais de saúde. Por se basear em série histórica e capacidade instalada, o repasse de recursos não teve caráter redistributivo, mantendo as desigualdades loco-regionais e a iniquidade na oferta e acesso aos serviços de saúde<sup>4</sup>.

Por outro lado, essa normativa trouxe avanços referentes à pactuação e integração entre as esferas de governo em nível estadual com a introdução das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Essa nova estrutura colegiada visava mudar a estratégia política de descentralização das ações e serviços de saúde, de forma a fortalecer o papel regulador dos estados e favorecer a criação de sistemas supramunicipais <sup>4</sup>.

A NOB-SUS 96 dá pouca ênfase à regionalização, no entanto, estabelece a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um instrumento de planejamento e conformação de uma rede intermunicipal de serviços, reforçando a integração técnica e financeira entre os municípios e entre esses e o estado. Inicia-se, ainda, um processo redistributivo por meio das transferências *per capita* como o Piso da Atenção Básica fixo e o Piso de Atenção Básica variável associado à implantação de programas como o Saúde da Família. Essa medida de financiamento favoreceu as regiões menos favorecidas do país como as do Norte e Nordeste, com grandes dificuldades na condução da política de saúde, mas a fragilidade das medidas de fortalecimento da gestão municipal acabou esgotando a possibilidade de alterar o quadro de desigualdade regional <sup>11,4</sup>.

Para Viana *et al.* <sup>4</sup>, nesse período há certa estagnação nos processos de descentralização e regionalização do SUS. Além disso, foram incorporados novos agentes na conformação dos sistemas loco-regionais, como os consórcios intermunicipais, provedores e planos privados de saúde, conferindo maior complexidade na condução da política de saúde. Esses agentes, no entanto, não ganharam representação política nos espaços formais de negociação governamental, ocasionando fragmentação de interesses sem iniciativas de regulação formalmente acordadas.

Segundo os autores, nesse período *“houve um enfraquecimento do pacto nacional a favor do SUS, tendo como agravante que as políticas neoliberais incentivaram a competição entre os entes municipais na busca de modernização”*. Além disso, *“a falta de planejamento regional das estratégias de descentralização da política de saúde comprometeu sua adequação às múltiplas realidades que se apresentam no território brasileiro”* <sup>4</sup>(p. 96).

Somente com a NOAS-SUS 01/2001 <sup>1</sup> a regionalização é enfatizada como estratégia para promover a reorganização do sistema, visando à garantia da equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. De acordo com a normativa, a regionalização deve contemplar uma lógica de planejamento integrado, conformando redes de atenção articuladas e cooperativas, referidas a territórios delimitados, que podem extrapolar a área de abrangência municipal. Para conformação desses sistemas

funcionais devem ser adotados mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços em todos os níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis<sup>1</sup>.

Para tanto, define o ente estadual como coordenador da estruturação de redes regionalizadas, estabelecendo como competência das Secretarias Estaduais de Saúde a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

A NOAS estabelece uma unidade mínima de território como lócus privilegiado para articulação dos atores e serviços: a região de saúde.

*“Região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais” (p. 35)<sup>1</sup>.*

Dessa forma, a NOAS propunha um modo de organização dos serviços de saúde baseado em uma série de critérios que delineavam diferentes recortes regionais em todo o território brasileiro. Para tanto previa um planejamento integrado entre municípios e estado, sendo o último, o responsável pela coordenação e condução desse processo.

Embora essa normativa tenha recebido uma série de críticas por não trazer avanços significativos para a adequação regional do processo de descentralização, e por sua excessiva normatividade técnica e rigidez, há um estímulo ao planejamento regional em âmbito estadual com a instituição dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI)<sup>4</sup>.

Em 2006, por meio do Pacto pela Saúde<sup>2</sup>, a regionalização é retomada na agenda dos gestores e se constitui no eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS. Segundo o documento, a diretriz deve orientar a identificação e construção de regiões de saúde como resultado de processos de planejamento, negociação e acordos entre os

gestores, que possibilitem a organização territorial de ações e serviços e a garantia do direito da população à saúde. Dessa forma, a regionalização agrega um caráter político (e não somente técnico) sendo resultado da pactuação entre gestores municipais e estaduais considerando as diversidades culturais, sociais e econômicas existentes no país.

Segundo Viana *et al.*<sup>4</sup>, essa concepção política da regionalização trazida pelo Pacto pela Saúde inaugura um novo “ciclo de descentralização” no SUS, pois permite aproximar as lógicas de sistema e descentralização e incorporar diferentes conteúdos do território na conformação das regiões.

As regiões de saúde também são concebidas como espaços de gestão compartilhada da política com o objetivo de assegurar a integralidade e a equidade no acesso às ações e serviços de saúde. Nessa perspectiva, é prevista a criação de Colegiados de Gestão Regional (CGR) que se constituem como espaços de pactuação e co-gestão o que *“propicia um novo significado às relações entre os gestores da saúde, permitindo que desenvolvam de forma solidária e cooperativa as funções relativas ao planejamento, coordenação, execução e avaliação das estratégias e dos serviços regionais”*<sup>12</sup> (p. 19).

De acordo com o Pacto, *“o CGR deve ser um espaço de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva”*<sup>12</sup>(p. 37).

Dentre outras funções, o CGR é responsável por realizar o planejamento regional, atualizando a PPI e elaborando o desenho do processo regulatório da região de saúde. Os desenhos e formas de organização dos CGR devem espelhar as diversas possibilidades de conformação das regiões de saúde, devendo incorporar todos os gestores de saúde municipais que compõem a região e os representantes da gestão estadual<sup>12</sup>.

Pelo exposto, depreende-se que o Pacto pela Saúde enfatiza a necessidade de articulação política entre os atores presentes no território, abrindo espaço para novas concepções e significados desse processo. Neste contexto, alguns autores<sup>3</sup> sugerem o conceito do *complexo regional da saúde* como aquele definido por diferentes estruturas, organizações e instâncias governamentais e não-governamentais que atuam no processo de planejamento, organização, gestão e regulação da saúde em âmbito regional, sendo o sistema regional de saúde fruto da interação de atores do setor público e privado.

Concordando com essas “novas perspectivas”, neste trabalho compreendemos a regionalização da saúde como um processo político que envolve diferentes atores, públicos e privados, em interação permanente. Este processo, em que se observam relações de disputa,

conflito, negociação e cooperação, desdobra-se nas decisões acerca da organização territorial do sistema de saúde, e se expressa em duas dimensões inter-relacionadas associadas à constituição de regiões geográficas na saúde.

Uma primeira dimensão técnico-política, em que o território se apresenta como base para o planejamento da rede regionalizada de serviços de saúde, tendo em vista a integração e articulação de unidades de provisão de serviços, a redução da fragmentação da atenção à saúde, e a melhoria da acessibilidade e resolutividade do sistema. Consideram-se para tanto vários critérios, tais como a área geográfica total, a distância a ser percorrida pelos usuários para utilização dos serviços, escala populacional, vias de acesso, perfil epidemiológico, infraestrutura de serviços (gerais e específicos da saúde), dentre outros. Essa dimensão inclui, ainda, os aspectos relativos à suficiência tecnológica de cada território, que corresponde ao grau máximo de resolutividade de cada região ou recorte regional. A resolutividade na saúde é fortemente influenciada pelos equipamentos e tecnologias disponíveis, bem como pelas estruturas de formação, qualificação e gestão de recursos humanos presentes na região.

Outra dimensão que denominamos de político-administrativa em que a região agrega diferentes atores (governamentais e não-governamentais; organizações públicas e privadas), sendo lócus privilegiado dos processos de condução, articulação e coordenação do sistema de saúde, incluindo os mecanismos de financiamento e regulação da rede de serviços no território.

Evidencia-se o desafio que se constitui a regionalização do sistema de saúde em um país federativo como o Brasil, em que se destacam grande número de municípios, importantes desigualdades regionais e vazios assistenciais. Soma-se a esses, as características do sistema de saúde brasileiro que é constituído por entes públicos e privados e que devem ser levados em consideração na conformação do sistema regional. Entendemos que os determinantes do processo de regionalização extrapolam o setor da saúde. Outras estruturas do território e fatores de natureza econômica, social e cultural devem ser levadas em consideração na formulação de políticas intersetoriais e de desenvolvimento regional que favoreçam o fortalecimento das regiões na saúde e a redução das desigualdades territoriais. Nesse sentido, buscou-se ampliar a discussão sobre saúde e território, a partir de outros aportes teórico-conceituais trazidos pela geografia e estudos recentes no campo da Saúde Coletiva, que auxiliem na superação dos desafios postos pela realidade brasileira.

## 1.2 Contribuições conceituais para análise da regionalização na saúde

A palavra região vem do latim *regere*, composta pelo radical *reg*, que deu origem a outras palavras como regente, regência, regra. Ela era utilizada nos tempos do Império romano para designar áreas que, embora possuíssem estrutura administrativa local, estavam sob regência do governo romano. Essa é apontada por alguns estudiosos como o início da relação desse conceito com a centralização do poder em um local e a sua extensão sobre uma área de grande diversidade cultural, social e espacial<sup>13</sup>.

Pode-se perceber, portanto, que a origem do conceito de região tem implicações no campo da discussão política, da dinâmica do Estado, e possui um componente espacial. O debate da política, da cultura, das atividades econômicas está ligado à projeção no espaço das noções de autonomia, soberania, direitos, e de suas representações. Em sua etimologia, região é a “*área sob um certo domínio, ou área definida por uma regularidade de propriedades que a definem*” (p. 54)<sup>13</sup>.

A partir daí várias correntes de pensamento na geografia contribuem para modificar esse conceito<sup>ii</sup>, estando algumas mais relacionadas aos elementos da natureza e divisões físicas da superfície terrestre - *região natural* - outras ao resultado da ação humana em um determinado ambiente - *região geográfica* ou *região-paisagem* - e outras ainda relacionando a região a um conteúdo funcional do espaço. Permeiam esse debate as concepções do estudo da região como ciência do geral<sup>iii</sup> *versus* a ciência do particular<sup>iv</sup>.

Apesar de todas as diferenças de concepção, o que é consenso nesse campo (a geografia) é que no conceito de região está a discussão da relação homem-ambiente; há um encontro do homem, da cultura com o ambiente; a região é a materialidade dessa inter-relação, é também a localização das diferentes formas dessa relação.

Não é objetivo dessa seção discutir cada uma dessas perspectivas, mas buscar em algumas delas contribuições para ampliar o debate e a concepção de regionalização no campo da saúde.

Uma perspectiva interessante é a de *regiões funcionais*, que entende o espaço sob o caráter das múltiplas relações que o circulam e permitem sua diferenciação, se contrapondo à idéia de região como um conjunto contíguo de lugares com características uniformes. Nas regiões funcionais o espaço é o campo da ação de fluxos de toda ordem, incluindo variadas estruturas. O papel da cidade como centro da organização espacial possui grande influência nesse aspecto, pois estas organizam sua área de influência e outros centros urbanos de menor

porte em um sistema espacial. Assim, espontaneamente, o espaço se estrutura em zonas, cujas dimensões estão relacionadas aos fluxos de pessoas, mercadorias, informações; às técnicas de transporte, à densidade da população, às necessidades destas populações e à sua aptidão em satisfazê-las. Nas *regiões polarizadas* há uma valorização da vida econômica como fundamento de trocas e fluxos que determinam a área de influência das cidades <sup>14, 13</sup>.

Nessa perspectiva, uma região se organiza em torno de um centro, a cidade comanda o espaço que a envolve, encerrando-o em uma rede de relações comerciais, administrativas, sociais, demográficas, políticas, da qual ela ocupa o centro.

A partir desse pensamento, surge uma perspectiva crítica a essa corrente fundamentada no materialismo histórico e dialético, que atribui a diferenciação espacial à divisão territorial do trabalho e ao processo de acumulação capitalista, não refutando, entretanto, a concepção de influência e hierarquia entre os lugares<sup>v</sup>. Sob esse ponto de vista, a regionalização, ou a diferenciação do território, é dada a partir do modo de produção que vai se modificando ao longo da história. A região é, nessa perspectiva, “*a síntese concreta e histórica dos processos sociais, produto e meio de produção e reprodução de toda a vida social*” (p. 66)<sup>13</sup>.

Santos & Silveira <sup>16</sup> buscam apreender a constituição do território a partir de seus usos - *território usado*<sup>vi</sup> - e pensa o território como ator e não apenas como palco, isto é, o reconhece em seu papel ativo. Desse modo, define espaço geográfico como uma união indissolúvel de sistemas de objetos e sistemas de ações, e suas formas híbridas, as técnicas, que indicam como o território é usado: como, onde, por quem, por quê, para quê. Santos & Silveira <sup>16</sup> defendem que o território é diferenciado ao longo da história a partir da utilização da técnica e tecnologia pelo homem, que irá determinar a distribuição e modo de organização do trabalho. Hoje o território é usado e modificado a partir de seus acréscimos de ciência, tecnologia e informação. Os autores entendem a informação como um recurso, com áreas de abundância e áreas de escassez.

Assim, a definição de qualquer pedaço do território deve considerar a inseparabilidade entre a materialidade (fixos), que inclui a natureza, e seus usos (fluxos) que inclui a ação humana, o trabalho e a política. Os autores ressaltam, ainda, que o território usado inclui todos os atores - não apenas o Estado – e todos os aspectos, “*produzindo-se a história com todas as empresas, instituições, indivíduos, independentemente de sua força diferente, apesar de sua força desigual*” <sup>17</sup>(p. 129).

Outra contribuição importante é a definição de *regionalização como fato e como ferramenta* <sup>18</sup>. A regionalização como fato envolve as práticas sociais e as condições materiais

e imateriais que se encontram em constante modificação. Encontra-se vinculada aos jogos dinâmicos da disputa de poder, inscritos nas diferentes formas de apropriação (construção e usos) do território. Já a regionalização como ferramenta refere-se a sua instrumentalidade, pressupondo objetividade, articulando-se com ideologias e recursos político-administrativos. A regionalização, dessa forma, compreende a institucionalização de fronteiras e limites na busca de implementar uma ação específica: analítica, política, econômica, social<sup>vii</sup>.

Associada a esse último conceito encontra-se a definição de região de planejamento, entendida como um espaço estruturado que torna-se objeto do planejamento conduzido pelo Estado. Kayser <sup>15</sup> afirma que, no plano administrativo, “*a região é um nível intermediário indispensável entre o poder central e os organismos locais. Ela é o quadro territorial no qual se aplicam as decisões, para o qual são estudados os programas de ação*” <sup>15</sup>(p. 282). Essa concepção é importante no processo de planejamento na medida em que o território não é uniforme, ao contrário, é constituído diferenciadamente e possui características distintas entre as áreas que o constitui. Dessa forma, o planejamento não pode ser o mesmo para a sua totalidade, mas deve ser coerente com a realidade de cada região.

Ribeiro <sup>18</sup> pontua que a relevância da *regionalização como ferramenta* depende do conhecimento da *regionalização como fato*, visto que “desta advém os recursos essenciais tanto à vida como ao lucro”.

A última perspectiva que julgamos ser importante para pensar a regionalização da saúde é o da geografia humana, que valoriza a região como um espaço vivido. Nessa concepção a consciência regional, o sentimento de pertencimento e as mentalidades regionais são entendidos como aspectos essenciais para diferenciação e compreensão de uma região <sup>19</sup>.

Esses pensamentos do campo da geografia acerca da concepção de região nos convocam a pensar a regionalização numa perspectiva mais ampla, que não se refere somente a um segmento da atuação do Estado. Pelo contrário, ela é o resultado de diferentes estruturas, fixos, fluxos e técnicas que envolvem a ação do homem em seu meio, ação essa que sempre envolve ideologias e disputa de interesses. A regionalização pressupõe o território em sua perspectiva política, “uma vez que o território é essencialmente um instrumento de exercício de poder: quem domina e influência nesse espaço, e como?” <sup>20</sup>(p. 79).

Na saúde, a regionalização desenvolveu-se de modo insulado, restringindo-se a aspectos estritamente técnicos, com baixa articulação entre os setores e segmentos do Estado. A preocupação central é racionalizar a oferta de serviços, integrar e organizar os pontos de atenção no território, definindo as regiões de saúde em termos de capacidade resolutiva

(suficiência tecnológica) em uma determinada área, articulada aos critérios de densidade populacional e características epidemiológicas.

Embora se reconheça avanços na concepção de regionalização no âmbito do Pacto pela Saúde, percebem-se lacunas na proposição concreta de articulação com outros setores e de inclusão de critérios que extrapolem aqueles concernentes à organização da assistência à saúde. Silveira <sup>17</sup> ressalta que a proposição de recortes regionais baseados somente na disponibilidade de serviços de saúde, sem uma visão sistêmica e desconsiderando os diversos atores e a correlação de forças - os atores têm força desigual – pode tornar ineficaz uma política pública.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou uma portaria estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, na perspectiva de “superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” <sup>21</sup>.

Mas como estruturar redes de atenção num país federativo, com grandes vazios assistenciais? A saúde não é um segmento isolado da política, ela é dependente de outros setores como a economia e a educação; favorece e é favorecida pelo desenvolvimento e diferentes usos do território. Para Gadelha *et al.* <sup>22</sup> a definição tradicional de território adotada na saúde pública dificulta a construção de políticas regionais integradas por não considerar a dinâmica dos territórios (econômica, política, social), o fluxo das populações e os condicionantes macroestruturais que cristalizam e reproduzem a iniquidade, sendo a saúde parte do jogo econômico e político de distribuição da riqueza e do poder no território.

Assim, é fundamental agregar ao processo de regionalização da saúde outros elementos que envolvem políticas de desenvolvimento regional, sendo possível atrair investimentos e equipamentos para a saúde e assim, diminuir as desigualdades, expandir o SUS e consolidar a universalização.

Analisando a política federal para a Amazônia Legal, Viana e outros autores <sup>23</sup> consideram que o território usado interfere no funcionamento das políticas públicas, tendo implicações diferentes para o processo de regionalização. Ressaltam que é necessário introduzir no processo de planejamento da saúde uma perceptiva dinâmica de território, com ênfase nas diferenças regionais e peculiaridades dos usos territoriais.

O processo de regionalização se relaciona, ainda, com a descentralização e transferência de poder. É um processo político que envolve mudanças na distribuição do

poder e o estabelecimento de um sistema de interações entre atores sociais no espaço geográfico<sup>9</sup>. Nesse processo estão envolvidos interesses sociais, territoriais e políticos que podem gerar conflitos e formas diversas de organização e pactuação entre atores de vários segmentos sociais ou regiões, disputas pela priorização do orçamento público e relações diversas entre Estado e o setor privado<sup>22</sup>.

Conforme o exposto, na concepção de região há sempre uma proposição política, vista sob um ângulo territorial. É preciso resgatar o fundamento político da região, de controle e gestão de um território<sup>13</sup>. É nessa perspectiva que esse trabalho pretende contribuir para o debate sobre a regionalização na saúde, discutindo de que forma o *mix* público-privado interfere na política de saúde, salientando a necessidade de fortalecer as instâncias regionais de pactuação, e de serem incluídos os atores públicos e privados que participam do sistema de saúde na formulação da política e nos espaços formais de negociação, buscando desenvolver instrumentos de regulação do privado mais eficazes.

---

<sup>i</sup> Com exceção do Paraguai, que tem destacado a regionalização em sua reforma.

<sup>ii</sup> Gomes<sup>13</sup> em seu trabalho intitulado “O conceito de região e sua discussão” apresenta cada uma das correntes de pensamento que trabalham o conceito de região.

<sup>iii</sup> Na ciência do geral o modelo é analítico. A região é vista como “o resultado de uma classificação, uma classe de área obtida através da aplicação de um critério analítico de extensão espacial, útil na compreensão de um dado fenômeno ou problema, portanto, arbitrariamente concebido para operar em um sistema explicativo”<sup>15</sup> (p. 69).

<sup>iv</sup> Na ciência do particular o modelo é sintético, sua identidade deve ser tomada globalmente em toda a sua complexidade. A região é concebida como “uma realidade auto-evidente, fisicamente construída, seus limites são, pois, permanentes e definem um quadro de referência fixo percebido muito mais pelo sentimento, de identidade e de pertencimento, do que pela lógica”<sup>15</sup>(p. 69-70).

<sup>v</sup> Como explica Gomes<sup>15</sup> essas correntes se distinguem em relação aos critérios atribuídos à diferenciação do território. A forma de proceder metodologicamente, no entanto, é preservada. A maior crítica dessa corrente em relação ao estudo das regiões funcionais é que para eles ao assumir a dinâmica de mercado como pressuposto para organização espacial, se naturaliza o capitalismo, e ao mesmo tempo favorece a manutenção do quadro de desigualdade da sociedade.

<sup>vi</sup> Sinônimo de espaço geográfico, que aponta para a necessidade de um esforço de análise da constituição de um território e de sua periodização (os usos são diferentes nos diversos momentos históricos)<sup>16</sup>.

<sup>vii</sup> Para Ribeiro<sup>18</sup> na atual conjuntura marcada pela transformação da eficácia em meta política, pela imposição do agir instrumental e estratégico, a *regionalização como ferramenta* adquire extraordinário destaque, o que explica sua utilização pelos agentes econômicos hegemônicos.

## 2 AS RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O sistema de saúde brasileiro possui um formato peculiar em relação a outros países no que se refere ao financiamento, prestação de serviços, arranjos e natureza dos prestadores. A proteção social da saúde é garantida por meio do Sistema Único de Saúde que se constitui num sistema público, de caráter nacional e universal. No entanto, existe ainda um forte sistema privado, constituído por planos e seguros de saúde que, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possuía em 2008 cerca de 21% de cobertura de assistência médica e 41 milhões de beneficiários<sup>24</sup>.

Contudo, a fronteira entre esses dois segmentos é tênue. A natureza híbrida do sistema de saúde brasileiro reflete os variados arranjos de relacionamento entre o segmento público e o privado, que conferem maior complexidade na gestão e execução da política de saúde.

No que tange ao sistema público, ao contrário de outros Sistemas Nacionais (do tipo seguro ou seguridade social), a oferta de serviços nunca foi predominantemente pública no país. A presença do segmento privado no sistema público pode ser observada de forma mais marcante desde a década de 1960.

Alguns autores<sup>6, 25, 26</sup> se dedicaram a analisar a trajetória da assistência à saúde no Brasil sob a ótica das relações entre o público e o privado e concluem que sua configuração atual é fruto da forma em que foi constituída a política de saúde ao longo do século XX, da articulação política dos atores participantes do sistema e da resposta do Estado frente aos interesses em disputa.

Partindo do referencial do institucionalismo histórico e privilegiando a categoria de dependência de trajetória, Menicucci<sup>26</sup> enfatiza como fatores explicativos a influência dos legados de políticas prévias, estabelecidas a partir dos anos 60. Tais legados condicionaram o desenvolvimento posterior da assistência médica e limitaram a possibilidade de mudanças, resultando numa continuidade no que se refere à convivência de formas públicas e privadas, apesar da configuração da saúde como um direito universal na Constituição Federal de 1988. Dessa forma, o padrão institucional de assistência à saúde vigente no Brasil é dependente das políticas ou escolhas anteriores, de tal forma que as diferentes opções ocorridas nas últimas três décadas não são independentes umas das outras, estando, ao contrário, conectadas.

O caráter público-privado do sistema de saúde é resultante da correlação de forças nas arenas de negociação entre grupos de interesses que se constituíram ao longo dessa trajetória. Durante esse período os interesses das empresas e hospitais privados foram penetrando o

aparelho estatal, se articulando com segmentos da burocracia previdenciária, se conformando numa acomodação de interesses bastante favoráveis ao privado. Essa configuração contribuiu para a conformação de um sistema segmentado, com uma dependência do mercado à ação estatal que mais tarde se inverterá tornando o segmento público dependente do privado, principalmente no que se refere à prestação de serviços <sup>5, 6, 25, 26</sup>.

Diversos incentivos fornecidos pelos dirigentes da Previdência Social favoreceram o desenvolvimento do complexo-médico industrial e da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública. O primeiro deveu-se à incorporação de segmentos antes excluídos da assistência médico-hospitalar, mediante a opção pela compra de serviços privados em vez da constituição de uma rede prestadora pública, induzindo um processo de fortalecimento do setor privado lucrativo na oferta de serviços e equipamentos médico-hospitalares. O segundo se deveu aos incentivos às empresas para que se encarregassem da assistência aos seus empregados a fim de aliviar a pressão sobre a rede pública afetando o surgimento de instituições e organizações, como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de auto-gestão vinculados a empresas empregadoras.

Esses segmentos empresariais da assistência à saúde organizaram-se politicamente, vindo a constituir organizações de interesses e concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência no processo decisório <sup>26</sup>.

As formas de incentivo do Estado ao segmento privado tiveram dois efeitos principais: criar um mercado cativo para os prestadores privados de serviços de saúde financiados por recursos públicos; e estimular a prática empresarial na assunção da responsabilidade pela provisão da assistência à saúde de seus empregados. A consequência disso foi a constituição de uma rede complexa formada por prestadores de serviços de saúde, empresas médicas, seguradoras de saúde, empresas empregadoras com sistema de saúde para seus empregados, usuários e burocracia pública <sup>26</sup>.

Essas opções propiciaram, portanto, o desenvolvimento de formas privadas de assistência e tornaram o setor público dependente dos serviços privados, não conseguindo o governo desenvolver sua capacidade reguladora, na medida em que os interesses privados permeavam o espaço burocrático e decisório.

A categoria médica foi peça fundamental no favorecimento desse *mix* público-privado<sup>i</sup>. De acordo com Acirole <sup>25</sup> foi em torno do *mix* médico-sanitário que foi sendo traçada a trajetória dos sistemas de saúde em que o médico é o agente central deste trabalho, o qual possui uma transversalidade que o torna presença essencial nos dois subsistemas. Dada à

ênfase do sistema privado nos procedimentos médicos, a esses profissionais se acoplam os interesses das indústrias de equipamentos e de medicamentos, que constituem seus insumos de excelência, de modo que essa corporação tem potencial de uso e o poder de regular a incorporação de tecnologias, funcionando muitas vezes como agente interlocutor entre o Estado e o mercado.

Essas características, fruto das escolhas políticas do Estado, cercearam as decisões políticas posteriores e colocaram limites à mudança de trajetória na conformação do SUS. Apesar das profundas mudanças trazidas pela Constituição de 1988, o sistema de saúde mantém inalteradas algumas das suas características básicas. No processo da constituinte as mudanças legais não lograram romper efetivamente com o modelo de atenção gestado na década de 1960, em que se destacavam os prestadores privados e a segmentação da clientela <sup>6</sup>.  
26.

A própria constituição expressa essa dualidade quando ao mesmo tempo cria o sistema público universal e define a liberdade da iniciativa privada (art. 199), cabendo ao Estado regulamentar e fiscalizar esse tipo de prestação de serviços. Segundo o parágrafo 1º do mesmo artigo e no artigo 24 da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, o setor privado na prestação de serviços públicos de saúde poderá participar de forma complementar, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos <sup>10, 27</sup>.

Portanto, a participação do componente privado no sistema de saúde está prevista em lei bem como o privilegiamento das filantrópicas na complementação dos serviços ofertados pelo SUS. Em adição, durante a implementação do SUS na década de 1990, o financiamento insuficiente, juntamente com as políticas econômicas de corte mais liberal, promovem um processo de reforma que introduz novos arranjos entre o público e o privado tanto no âmbito da prestação de serviços quanto na administração <sup>3</sup>.

No SUS, a ampliação do componente privado na rede assistencial tem sido atribuída muitas vezes ao subfinanciamento, à descentralização e à privatização, e às normas do Ministério da Saúde.

O subfinanciamento pode repercutir na ampliação do segmento privado na medida em que incide sobre a escassez ou a ausência de recursos para a ampliação da capacidade instalada pública, a degradação dos valores para pagamentos de serviços e de pessoal e a deterioração das condições físicas dos estabelecimentos públicos de saúde <sup>6</sup>.

Quando se recorrem às análises dos processos políticos e econômicos que articulam mercado e Estado no sistema de saúde brasileiro, enfatizam-se a descentralização e a

privatização <sup>6</sup>. Santos Júnior citado por Pereira<sup>28</sup> e Arretche <sup>29</sup> comungam da ideia de que a descentralização pode impor alguns limites para o alcance de políticas universalistas e equânimes, pois as parcerias entre o público e o privado põem em risco a autonomia do poder público local, havendo a possibilidade de captura dos governos locais por interesses privados, favorecimento do estabelecimento de relações paternalistas entre os setores governamentais e empresariais, ou ainda, produção de mecanismos de apropriação privada dos fundos públicos. Tais questões agravam-se em um contexto de dependência estrutural dos governos locais em relação ao setor privado, no que se refere aos recursos e capacidade de gestão das políticas públicas. Os denominados ‘efeitos paradoxais da descentralização’, expressos na assimetria entre a delegação de responsabilidade e poder aos entes federados subnacionais, sobretudo os municípios, associam-se, ainda, à autarquização, refletida na manutenção das formas de propriedade e autonomia dos estabelecimentos privados e fragmentação do sistema <sup>6</sup>.

Outro enfoque é aquele que associa o favorecimento ou desfavorecimento do componente privado no SUS às determinações das normas do Ministério da Saúde. Essas normas (portarias ministeriais) ao reproduzirem o modelo de compra de procedimentos médico-hospitalares e condicionarem os repasses de recursos a determinados programas/ações emitem sinais opostos. Reafirmam o padrão de inserção autônomo dos hospitais (majoritariamente privados) na rede SUS, bem como reduzem/cerceiam a autonomia política e administrativa de estados e municípios <sup>6</sup>.

Essas características, conseqüentes das relações entre o público e o privado no sistema de saúde por meio de diferenciados arranjos, geram grandes efeitos no que tange à equidade no acesso, oferta, utilização e financiamento dos serviços de saúde.

Bahia <sup>6</sup> faz uma categorização das relações entre o público e o privado nos limites institucionais da rede assistencial do SUS derivadas de arranjos político-jurídicos pretéritos à Constituição de 1988, e que foram ampliados e modernizados ao longo da implementação do SUS.

Segundo a autora, o SUS contabiliza em sua rede, serviços resultantes de dois tipos de relações entre o público e o privado: o privado-público, constituído pelos estabelecimentos particulares e privados contratados; e o público-privado, que são os estabelecimentos públicos vinculados a empresas privadas de planos e seguros de saúde. Os tipos puros - público e privado – praticamente inexistem.

Para Pereira <sup>28</sup>, a assistência suplementar e complementar são exemplos da maior flexibilização entre o público e privado na década de 1990. A assistência ligada aos planos e

seguros de saúde pode ser classificada de acordo com a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico <sup>30</sup>, segundo sua inserção no sistema de saúde como alternativo ou substitutivo, complementar e suplementar. O alternativo pressupõe que o cidadão tenha opção de escolha entre um seguro público ou privado. O complementar refere-se à complementação do acesso aos serviços que não são ofertados pelo sistema estatutário, ou o são apenas parcialmente. O suplementar comercializa planos de saúde de serviços já ofertados pelo sistema público universal ou seguro de saúde de caráter obrigatório, ocorrendo, dessa forma, cobertura duplicada de serviços de saúde.

Embora se reconheça a lógica de mercado na assistência suplementar, ou seja, nos planos e seguros de saúde, evidencia-se que essa lógica também se faz presente nos serviços complementares, contratualizados pelo SUS, na medida em que estes também oferecem serviços para os planos e seguros privados, conferindo um *mix* na prestação de serviços <sup>28</sup>.

Portanto, parte dos serviços e equipamentos privados vinculados ao SUS, ou complementares ao SUS, possui dupla vinculação (pública e privada), ou seja, além de prestarem serviço ao Estado, também o fazem para os planos e seguros privados. Nesse contexto se destaca o setor hospitalar filantrópico, que no Brasil é responsável por cerca de 1/3 dos leitos existentes, e se caracteriza como importante prestador de serviços tanto no SUS, quanto na saúde suplementar <sup>31</sup>.

Nessa perspectiva, Bahia <sup>6</sup> afirma que a variação do teor público-privado decerto é condicionada pela quantidade e natureza jurídico-institucional da oferta, mas também por filtros internos que graduam o franqueamento ou não à utilização dos serviços. A autora ressalta que a disponibilidade de serviços e equipamentos ao atendimento universal e não universal ainda tem pouca tradução prática, porque ainda é incipiente o conhecimento sobre o modo de operar das aberturas e fechamentos das portas públicas e privadas.

Santos *et al.* <sup>32</sup> evidenciam que os beneficiários de planos e seguros de saúde também utilizam os serviços públicos e que o seguro privado tem adicionado gastos à despesa total em saúde que não substituem o financiamento público. Isso também se deve à renúncia fiscal referente à dedução dos gastos com seguros de saúde sobre a base em que é calculado o imposto de renda de pessoas físicas e também de empresas, que imputam como custos os gastos referentes a serviços e planos de saúde de seus funcionários. Como aponta Bahia <sup>33</sup> isso significa um gasto indireto do Estado com a saúde em benefício do setor privado de assistência.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 2003 demonstram a utilização de serviços SUS pela população com planos de saúde. Entre as pessoas que tinham plano, 6,6% foram internadas pelo próprio plano, 1,3% foram internadas pelo SUS e 0,3% mediante gasto privado direto. Dos pacientes com plano de saúde internados, apenas 79,3% tiveram a internação financiada pelo próprio plano, sendo o restante pago pelo SUS (15,4%) ou por meio de pagamento direto (3,5%)<sup>32</sup>.

Com o exposto, o *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro introduz importantes questões referentes à desigualdade de acesso e utilização dos serviços, financiamento e gasto público com saúde.

Diversos estudos<sup>6, 32, 28</sup> demonstram por meio de dados oficiais a importante participação do setor privado na prestação de serviços no SUS. Todos evidenciam que os maiores prestadores do sistema de saúde brasileiro, em relação ao número de internações, são os filantrópicos e os contratados, demonstrando que a política de privatização do regime militar e incentivo às entidades filantrópicas anteriores à década de 1990 ainda hoje apresentam seus efeitos. O setor contratado/conveniado ao sistema de saúde brasileiro representa parcela significativa dos serviços ofertados pelo SUS, principalmente em cidades de pequeno porte do país.

Bahia<sup>6</sup> analisa as relações entre o público e o privado nas políticas de saúde do Brasil no período de 1988 a 2008. Com base nos dados das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária, demonstra que as tendências de crescimento dos estabelecimentos de saúde tanto públicos quanto privados não são contemporâneas ao SUS e nem são proporcionais à importância política da promulgação do direito universal à saúde. Elas são anteriores. Há superioridade na taxa de crescimento dos estabelecimentos de saúde públicos sem internação no período pré-SUS e preponderância ao longo do tempo. As taxas de crescimento dos estabelecimentos públicos com internação no período pós-SUS foram maiores, ao contrário do segmento privado.

Uma das mais relevantes transformações na oferta de serviços no Brasil pós-SUS é a municipalização dos estabelecimentos de saúde, trazendo, dentre outras mudanças, o expressivo aumento e diversificação dos postos de trabalho. A oferta pública municipal cresceu exponencialmente no período pós-SUS. Passou de 21,7% em 1981, para 94,1% do total da oferta pública em 2005, enquanto o número de estabelecimentos estaduais e federais diminuiu no mesmo período.

No entanto, a autora aponta que a composição público-privada e a responsabilização pela geração de postos de trabalho públicos não acompanharam o aumento do número de estabelecimentos públicos e suas mudanças nas atribuições das esferas subnacionais, especialmente a municipal. Em 1978, 46,8% dos postos de trabalho estavam localizados em estabelecimentos privados e em 2005, 52,3% estavam nos públicos.

Entre os reflexos das mudanças na composição público-privada na produção de serviços da rede assistencial pública situam-se as alterações no volume e no destino dos recursos federais para prestadores públicos e privados. O repasse para despesas assistenciais dos prestadores públicos aumentou de 25% em 1981 para 47% em 2007, enquanto a dos privado-públicos foi reduzida de 72% para 50%, respectivamente. No entanto, mantém-se o predomínio do componente privado na prestação de serviços no SUS <sup>6</sup>.

Pereira <sup>28</sup>, analisando o período de 1995 a 2003, demonstra que os hospitais estaduais e municipais apresentam uma tendência de ascensão no volume de procedimentos hospitalares, sugerindo ser esse um efeito da descentralização/municipalização. Entretanto, os filantrópicos e os contratados continuam a ser os maiores prestadores do SUS, indicando haver mais que uma mera complementaridade do setor na prestação de serviços de saúde.

Em relação aos serviços ambulatoriais evidencia maior participação do setor público estadual e municipal, mas com grande significância do setor privado com fins lucrativos e sem fins lucrativos.

No que se refere aos procedimentos estratégicos determinados pelo Ministério da Saúde, a participação do setor público se dá exclusivamente na área de medicamentos excepcionais e Aids (quase 100%) e mais fortemente na tuberculose e campanha de varizes, no restante observa-se predominância do setor privado.

No que se refere à alta complexidade, o setor privado com fins lucrativos é o que possui maior volume de produção ambulatorial, seguido do público estadual que, em 2003, alcança o mesmo volume de produção que o privado.

Em relação ao repasse financeiro federal, a autora identifica maior valor médio *per capita* no setor filantrópico (cerca de R\$ 15,0 *per capita*), seguido do contratado (R\$ 14,0 *per capita*) e do municipal e estadual (R\$ 11,0 e 9,0 *per capita*, respectivamente). Nessa perspectiva, destaca-se a magnitude dos recursos envolvidos no custeio do SUS e da parte que é destinada ao setor privado.

Santos *et al.* <sup>32</sup> apresentam o *mix* público-privado do sistema de saúde brasileiro a partir da oferta, utilização de serviços de saúde e de seu financiamento. Em relação à oferta, a

maior parte de serviços hospitalares é de propriedade privada correspondendo a 62% dos estabelecimentos com internação do sistema e 68% dos leitos do país. Uma concentração ainda maior é observada em relação às unidades prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT (92% são privadas). Já em relação a unidades ambulatoriais, a maior parte (78%) é de propriedade estatal.

Esses dados são referentes à distribuição da oferta segundo a natureza do prestador, não refletindo a oferta disponibilizada para os usuários do SUS e beneficiários dos planos e seguros de saúde. Pois, de acordo com o exposto anteriormente, existe dupla vinculação da oferta de serviços e equipamentos, ou seja, o mesmo equipamento é utilizado para a prestação de serviço ao segmento público e aos planos privados de saúde.

Segundo a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) de 2005, 69% dos estabelecimentos privados com internação e 65% dos leitos privados são contratados pelo SUS e, ao mesmo tempo, também o são pelos planos privados de saúde <sup>32</sup>.

Em relação aos equipamentos de média e alta densidade tecnológica, em 2005 existiam 0,91 mamógrafos por 100 mil habitantes com oferta SUS e 4,5 com oferta exclusivamente privada. Um contraste maior se evidencia a respeito de aparelhos de ultrasonografia: 3,9 por 100 mil habitantes com oferta SUS e 20,1 com oferta não-SUS. Dentre os equipamentos analisados, somente os de hemodiálise é que foram mais numerosos na oferta SUS: 7,4 por 100 mil habitantes se comparado à 2,4 na oferta não-SUS.

Conforme o exposto é notável a importante participação do componente privado na prestação de serviços no SUS, embora se reconheça o aumento do componente público em termos de capacidade instalada, produção de serviços e repasses financeiros.

Portanto, a configuração atual do sistema de saúde guarda relação com as escolhas políticas realizadas no período pré-SUS, que resultou no fortalecimento do privado, e na conformação de grupos de interesses e surgimento de variados atores que participam do sistema e influenciam o processo decisório. Os legados da década de 1960 dificultam o desenvolvimento da capacidade de regulação do Estado, favorecendo a influência da lógica dos interesses privados na atuação pública.

Entendemos que essas relações entre o público e o privado influenciam nos aspectos relacionados à regionalização na medida em que capacidade instalada e infraestrutura de bens e serviços existentes no território, bem como a sua produção e cobertura são critérios importantes na delimitação das regiões de saúde. Dado que o privado é o responsável por grande parte do parque hospitalar e da produção de serviços sendo a dependência do privado

no SUS bastante elevada, esse segmento pode imprimir lógicas diferentes ao sistema regional muitas vezes contrárias à lógica do público.

Tomando a regionalização em seu aspecto político, pressupomos que a influência do privado se exerce no processo decisório que permeia as dimensões técnico-política e político-administrativa. Nessa perspectiva, faz-se necessário o entendimento do modo pelo qual o *mix* público-privado influencia o processo de regionalização, a fim de se desenvolver mecanismos eficazes de regulação e de transparência na execução da política de saúde.

---

<sup>i</sup> Desde a década de 1960, se verifica a inserção do médico em ambos os segmentos, público e privado, podendo um médico tornar-se sócio de um hospital, ser empregado de um IAP, e manter um consultório particular para atendimento aos segurados dos IAP, funcionários de empresas que mantinham esquemas assistenciais e pacientes particulares <sup>33</sup>.

### **3 DESENHO DO ESTUDO**

#### **3.1 Objetivos**

##### *Objetivo Geral*

Analisar as relações público-privadas no processo de regionalização do SUS no estado do Espírito Santo, no contexto do Pacto pela Saúde (2007 a 2010).

##### *Objetivos Específicos*

- Descrever a organização do sistema de saúde no Espírito Santo, considerando seus recortes regionais e a distribuição dos serviços de saúde públicos e privados no território.
- Identificar os atores envolvidos, caracterizar e comparar as relações público-privadas em duas microrregiões de saúde selecionadas: Cachoeiro de Itapemirim e Vitória.
- Discutir a influência das relações público-privadas que se apresentam no território, nos processos relacionados à regionalização do SUS no estado do Espírito Santo.

#### **3.2 Marco teórico-metodológico**

O presente estudo analisa as relações entre os entes públicos e privados, e sua influência na elaboração e implementação das políticas no setor saúde com ênfase na regionalização. O mais importante é compreender por que e como as relações público-privadas que se apresentam no território podem repercutir em diferentes processos relacionados à regionalização: no modo de condução da política; nas relações de poder e nas decisões acerca do funcionamento da rede; no planejamento, financiamento e regulação da rede.

Para a compreensão desses processos o estudo se apóia no método de análise de política pública, que enfoca os atores (portadores de poder) e os aspectos envolvidos na construção da política, as formas de atuação do Estado, as relações, pactos, objetivos, metas e perspectivas dos governos e de organizações da sociedade.

Para James Anderson <sup>34</sup> a política pública é o curso de uma ação proposta por um ator ou grupo de atores para a solução de um problema de interesse (dos atores), indicando que não somente problemas públicos ou sociais se tornam objeto de decisões governamentais.

A análise de políticas públicas tem como objetivos questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas conseqüências. O objeto principal de análise são os processos de tomada de decisão no momento de construção de uma dada política ou de um grupo de políticas. Tal análise implica a descrição das regras institucionais e sua influência sobre o processo decisório; identificação dos participantes do debate político e as coalizões que se podem formar; a avaliação dos possíveis efeitos das distintas coalizões sobre as decisões <sup>34</sup>.

Como campo de estudo, a principal contribuição da análise de políticas públicas tem sido a de possibilitar mais transparência acerca do padrão político decisório adotado pelos Estados.

O estudo de uma política compreende cinco grandes fases: o reconhecimento do problema, que corresponde à fase de entrada de um conflito na agenda política; a definição de propostas de soluções, que corresponde à fase de formulação da política; a escolha de uma solução, que corresponde à fase de tomada de decisão; o momento de por uma decisão em andamento, o que equivale à fase de implementação; e, finalmente, o monitoramento dos resultados ou fase de avaliação da política <sup>34</sup>.

Dado que a regionalização do SUS se constitui num pressuposto da política de saúde, e que a influência das relações entre o público e o privado adquirem materialidade dentro das instituições estatais, para a análise de sua influência nesse processo, é utilizado, ainda, o referencial analítico do institucionalismo histórico. Essa corrente busca elucidar como as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados da política <sup>35, 36</sup>. Segundo essa perspectiva, *“as instituições devem ser encaradas de forma central nas análises relativas aos processos políticos e sociais”* <sup>35</sup> (p.75).

Os teóricos do institucionalismo histórico definem instituição de forma ampla: *“como os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política”* <sup>36</sup> (p. 196). Essas regras podem ser legais ou procedimentos habituais de funcionamento de uma organização.

Sobre as questões relativas ao Estado e sociedade, os teóricos dessa corrente ressaltam que essa relação se dá em ambos sentidos, sendo importante contextualizar os atores, seus

interesses e ações estratégicas. Portanto, seu objetivo é construir uma teoria analítica de médio alcance que estabeleça uma ponte entre análises centradas no Estado e na sociedade <sup>35</sup>.

À luz do triângulo de governança de Clark citado por Dagnino <sup>37</sup>, e dos enfoques utilizados, os atores eleitos pelo estudo como importantes para a construção da política da regionalização são os entes governamentais, as corporações médicas e os prestadores de serviços de saúde.

Figura 1: Atores envolvidos no processo de regionalização na saúde.



*Fonte: elaboração própria.*

Entendemos que as relações, a interação política entre os atores (grupo de atores) que conformam os vértices do triângulo, determinam o processo de regionalização da saúde.

Consideramos que esse é um ponto central para o entendimento da política pública de saúde no Brasil, em especial da regionalização, na medida em que se observa muitas vezes a ação do capital no interior do setor, a ação hegemônica das corporações médicas e os agentes estatais regulando/intermediando interesses de variadas esferas.

O objetivo do estudo é, portanto, entender como se dão as relações público-privadas nos aspectos relacionados à regionalização, buscando compreender os processos e meios na elaboração e implementação dessa política. O presente trabalho possui a hipótese de que o *mix* público-privado influencia a regionalização em suas diferentes dimensões, ou seja, exerce influência nos aspectos relacionados ao planejamento da rede, incluindo seu nível de resolubilidade, fruto, dentre outros fatores, da densidade tecnológica nele existente; do arranjo decisório e das negociações envolvidas na condução da política.

### 3.3 Estratégias metodológicas

O trabalho se apresenta como um estudo de caso que visa compreender as relações público-privadas e sua influência no processo de regionalização do SUS no estado do Espírito Santo com foco em duas microrregiões de saúde selecionadas.

O recorte temporal desse estudo abrange o contexto de implantação do Pacto pela Saúde (2007 a 2010). Esse período se justifica, entre outros, pelo momento de aprofundamento da regionalização e implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no Espírito Santo. No estado, estes receberam uma denominação diferenciada em função do histórico da regionalização do estado, sendo intitulados Colegiados Intergestores Bipartite Microrregionais (CIB microrregionais).

Para esta investigação foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos, valendo-se de fontes de informações primárias e secundárias. Os dados foram analisados em seu conjunto o que permitiu a comparação de informações de natureza diversa.

O estudo também incorporou os métodos e análises efetuadas em pesquisa nacional intitulada “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIB): a CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS”. Esta pesquisa teve como um dos seus objetivos analisar os processos de regionalização da saúde nos estados brasileiros de 2007 a 2010. Ressalta-se a participação da pesquisadora em todas as fases do referido estudo, estando diretamente responsável pela realização do trabalho de campo (que envolveu visita ao estado, entrevistas, coleta e análise documental) no Espírito Santo. As informações de natureza qualitativa coletadas na pesquisa nacional foram cotejadas com outras fontes, servindo de base para o desenvolvimento desta dissertação.

Utilizou-se, ainda, a tipologia nacional das regiões associadas aos Colegiados de Gestão Regional (CGR) gerada a partir da aplicação de técnicas estatísticas para a construção de agrupamentos (modelos de análise fatorial e de análise de agrupamentos - cluster analysis). Os métodos empregados permitiram a agregação das regiões conformadas pelos CGR que apresentam perfis semelhantes segundo um conjunto de variáveis<sup>9</sup>.

Os 5 grupos resultantes diferenciam os CGR existentes no território brasileiro de acordo com suas características socioeconômicas e complexidade do sistema de saúde. Também foram gerados três grupos segundo a natureza do prestador do SUS: predominantemente público, predominantemente privado e intermediário.

A tabela 1 resume as principais características dos grupos de CGR de acordo com as características socioeconômicas e complexidade do sistema de saúde de saúde.

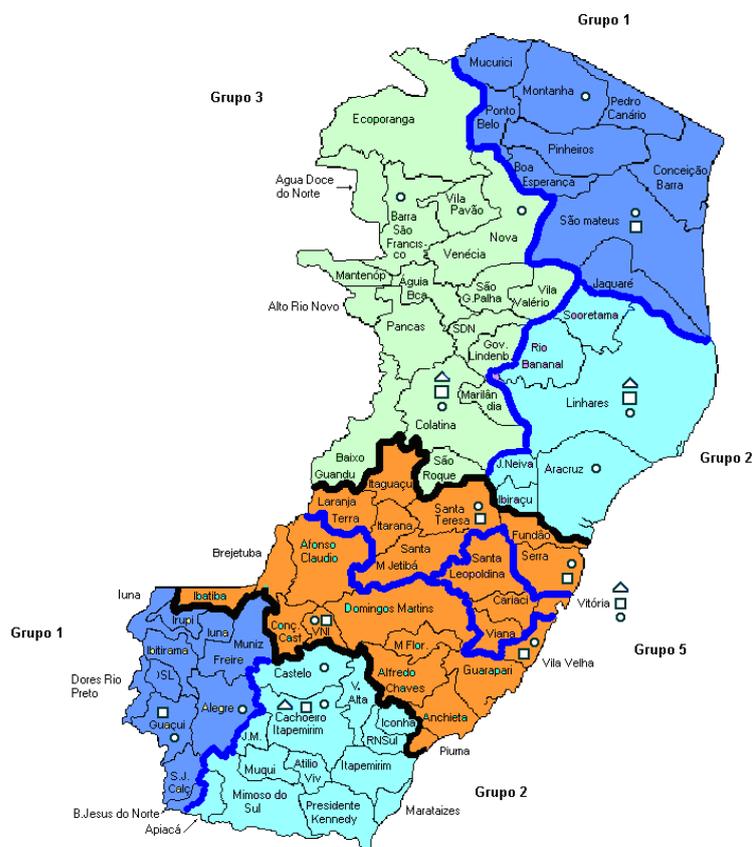
Tabela 1. Características dos cinco grupos de CGR segundo dimensões socioeconômicas e condições de saúde.

<b>Grupos</b>	<b>Desenvolvimento econômico</b>	<b>Desenvolvimento humano</b>	<b>Sistema de Saúde</b>
1	Baixo	Baixo	Menos complexo
2	Baixo	Alto	Mais complexo
3	Baixo	Médio	Menos complexo
4	Alto	Alto	Mais complexo
5	Médio	Alto	Mais complexo

*Fonte: Datasus; Fundação IBGE; IPEA.*

No Espírito Santo o território correspondente aos Colegiados de Gestão Regional são as microrregiões de saúde, expressas do Plano Diretor de Regionalização. De acordo com o modelo de agrupamentos da pesquisa nacional, o estado apresentou quatro dos cinco grupos da tabela 1 (a única exceção foi o grupo 4). O mapa da Figura 2 demonstra a classificação das microrregiões de saúde no Espírito Santo segundo a tipologia elaborada pela pesquisa nacional, sendo que a Tabela 2 resume suas principais características.

Figura 2. Distribuição das microrregiões de saúde do Espírito Santo segundo grupos socioeconômicos.



Fonte: elaboração própria.

Tabela 2. Principais características socioeconômicas e do sistema de saúde por microrregião de saúde - ES, Brasil.

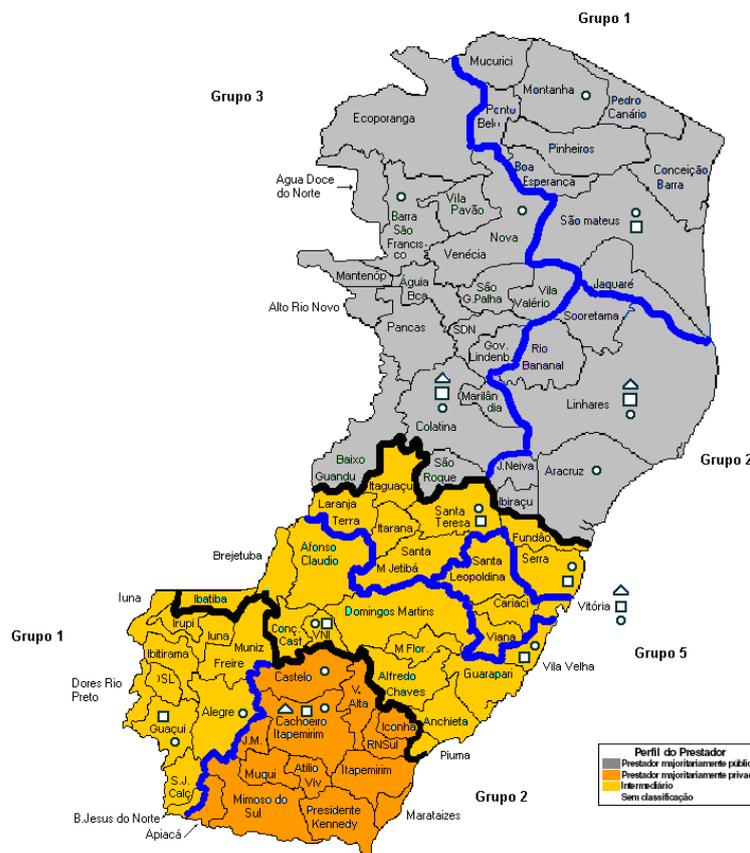
Grupos sócio-econômicos	CGR	IDH Municipal médio - 2000	PIB - Participação do total do estado - 2006	% do Valor Adicionado da Agropecuária no Total do CGR - 2006	% do Valor Adicionado da Indústria no Total do CGR - 2006	% do Valor Adicionado dos Serviços de Administração Pública no Total do CGR - 2006	% do Valor Adicionado dos Serviços no Total do CGR - 2006	Nº de Médicos - 2008 (por mil habit.)	Nº de Médicos SUS - 2008 (por mil habit.)	% de internações de alta complexidade no total - 2008	Nº de internações de alta complexidade (por mil habitantes)
1	Guaçuí	0,73	1,78	22,24	7,64	23,34	46,77	1,06	0,98	2,8	2,09
	São Mateus	0,71	5,32	38,47	16,22	13,29	32,01	0,82	0,75	2,05	1,1
2	Cachoeiro de Itapemirim	0,75	7,06	8,6	26,82	17,51	47,07	1,29	1,02	5,46	3,39
	Linhares	0,76	9,76	13,84	46,42	9,49	30,25	1,43	1,14	3,94	2,27
3	Colatina	0,73	6,31	16,13	17,29	18,06	48,52	1,19	0,86	3,1	1,7
5	Serra/Santa Teresa	0,76	19,29	4,96	43,28	8,65	43,11	1,82	1,03	4,79	2,06
	Vila Velha/ V. N. do Imigrante	0,79	13,72	5,89	27,48	14,73	51,9	1,48	0,97	4,64	2,24
	Vitória	0,79	36,76	0,51	26,11	8,88	64,5	2,73	1,74	8,54	4
<b>Espírito Santo</b>		-	100,00	-	-	-	-	1,37	1,13	4,98	2,58

Fonte: elaboração própria.

O mapa da Figura 3 apresenta a classificação das microrregiões de saúde do Espírito Santo, segundo a natureza dos prestadores do SUS. Como pode se observar, todo o norte do estado possui o sistema de saúde predominantemente público, enquanto o centro e o sul são classificados em sua maioria como intermediário.

Para efeito deste estudo, foram selecionadas duas microrregiões: Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. A escolha dessas microrregiões se justifica por seu maior dinamismo econômico, sua relevância e influência no sistema estadual de saúde (Tabela 2). Também apresentam situações de maior preponderância na oferta de serviços do SUS, embora com características distintas de seus sistemas de saúde. A microrregião de Cachoeiro de Itapemirim é incluída por ser classificada como predominantemente privada e a de Vitória por concentrar uma rede importante de serviços, incluindo os de saúde, principalmente de alta complexidade, sendo referência de muitos serviços para todo o estado. Vale ressaltar que ambas são as regiões de maior influência no estado, relacionada à economia e à presença de equipamentos e serviços.

Figura 3. Distribuição das microrregiões de saúde do Espírito Santo segundo os tipos de prestador do SUS.



Fonte: elaboração própria.

No trabalho buscou-se inicialmente descrever a organização do sistema de saúde no estado identificando a participação do setor público e privado, e os diferentes recortes territoriais utilizados.

Para tanto, foram consolidadas algumas informações obtidas por meio dos bancos de dados nacionais - Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - e do banco de dados da pesquisa nacional. Os dados de oferta e produção são relativos ao ano de 2008, período referente à realização da pesquisa nacional. Os dados sobre os estabelecimentos de saúde compreendem o ano de 2010. Embora seja a principal fonte de dados sobre estabelecimentos de saúde, reconhecemos que a utilização do CNES possui limitações, pois a qualidade dos dados depende da atuação dos gestores municipais e estaduais que são os responsáveis pela atualização e validação dos dados existentes.

Esses dados nos permitiram identificar as desigualdades regionais existentes no estado relacionadas à cobertura e distribuição dos serviços do SUS e de planos e seguros privados. Foi possível ainda observar o predomínio desses segmentos em alguma área da política, especialidade ou complexidade do sistema de saúde.

Uma limitação sobre a análise da oferta e utilização dos serviços de saúde diz respeito à dupla utilização de serviços pelo SUS e pelo segmento suplementar, caracterizado pelo compartilhamento da capacidade instalada do sistema de saúde, não sendo possível estimar qual a oferta destinada a cada clientela.

No estudo, assumimos como oferta pública os leitos de propriedade estatal, os contratados e os conveniados ao SUS, e como oferta privada aqueles leitos exclusivamente privados não credenciados ao SUS. Entretanto, essas definições implicam uma superestimação da oferta pública e uma subestimação da privada, visto que muitos leitos reservados para o SUS podem, na prática, ser utilizados para pacientes privados. Em relação à prestação de serviços, nos referimos como prestadores públicos aqueles de natureza municipal, estadual ou federal, enquanto os prestadores privado-públicos incluem os filantrópicos e os privados (prestadores não-públicos credenciados ao SUS).

Em seguida, procedeu-se uma análise aprofundada das relações público-privadas nas microrregiões de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória, a partir de alguns indicadores selecionados (Quadro 1).

Entre outros, a análise descritiva compreendeu a identificação e distribuição dos serviços de saúde; a presença de consórcios; a produção de média e alta complexidade, segundo a natureza do prestador; fluxos assistenciais e recursos financeiros nas microrregiões.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco atores-chave na condução da regionalização no estado (Secretário de Estado de Saúde, Presidente do COSEMS, responsáveis pela regionalização na SESA e Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite) e nas duas microrregiões selecionadas.

Os atores privilegiados para as entrevistas nas microrregiões foram aqueles representantes dos segmentos que constituem o triângulo de governança da rede citado anteriormente, são eles: gestores municipais e estaduais, com assento nos CGR; representantes dos prestadores (público, privado-público, privado); representantes da corporação médica. Nesse momento buscou-se entender como se dão as relações entre o público e o privado e os mecanismos pelos quais elas influenciam a organização político-territorial da rede do SUS e a constituição das microrregiões de saúde. No total, foram realizadas treze entrevistas no âmbito das microrregiões: sete na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim (onde foram entrevistados dois gestores, quatro representantes dos prestadores, e um representante da Unimed Sul Capixaba) e seis na microrregião de Vitória (que tiveram como participantes dois gestores, três representantes dos prestadores e um representante do Conselho Regional de Medicina).

Na microrregião de saúde de Vitória não foi possível realizar entrevista com representante da Unimed Vitória, pois a instituição se recusou a participar da pesquisa, o que impôs limite na análise da relação do setor suplementar no sistema de saúde na microrregião.

Esta fase foi complementada pela análise dos documentos: regimento dos Colegiados Intergestores Bipartite Microrregionais, Plano Diretor de Regionalização do Estado, Plano Diretor de Regulação, Plano Estadual de Saúde, Relatórios de Gestão.

O estudo valorizou variáveis históricas, estruturais e sobre a dinâmica sócio-econômica, entendendo que são importantes para explicar as relações público-privadas que se constituem em cada uma das microrregiões. A análise comparada possibilitou a identificação de particularidades e os elementos comuns envolvidos na determinação dos padrões de relacionamento público-privado nas realidades estudadas.

O quadro abaixo sistematiza as dimensões e sub-dimensões de análise da pesquisa, bem como as variáveis e alguns indicadores a elas relacionadas que serviram de base para a coleta de informações, construção dos roteiros de entrevista e análise dos dados.

Quadro 1. Matriz de referência para coleta e análise de informações nas microrregiões selecionadas.

<b>Dimensão</b>	<b>Sub-dimensões</b>	<b>Variáveis e Indicadores</b>	<b>Fontes</b>
Técnico-política	Desenho regional e planejamento da rede de serviços.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critérios e instrumentos utilizados no planejamento e organização territorial do sistema de saúde.</li> <li>- Participação, importância e influência do segmento privado nos recortes territoriais.</li> </ul>	Entrevistas semi-estruturadas. Análise documental
	Oferta/Cobertura de serviços de saúde segundo natureza do prestador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitos totais por mil habitantes.</li> <li>- Leitos SUS não públicos por mil habitantes (inclui privados, filantrópicos, e de sindicatos).</li> <li>- Leitos SUS não públicos por mil habitantes segundo natureza do prestador.</li> <li>- Unidades básicas por 20 mil habitantes.</li> <li>- Cobertura da ESF.</li> <li>- Cobertura de planos privados de saúde.</li> </ul>	Banco de indicadores dos CGR (pesquisa Nacional)  Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. ANS/MS
	Produção/Utilização de serviços de saúde segundo complexidade e natureza do prestador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Internações por mil habitantes</li> <li>- Participação (%) dos prestadores privados na produção ambulatorial de média e alta complexidade (MAC) no total da produção ambulatorial de MAC</li> <li>- Participação (%) dos prestadores privados na produção ambulatorial total.</li> <li>- Participação (%) dos prestadores privados nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) de média complexidade no total desse tipo de produção ambulatorial.</li> <li>- Participação (%) dos prestadores privados nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) de alta complexidade no total desse tipo de produção ambulatorial.</li> </ul>	SIA/SIH/DATASUS/MS

<b>Dimensão</b>	<b>Sub-dimensões</b>	<b>Variáveis e Indicadores</b>	<b>Fontes</b>
Político-administrativa	Coordenação regional do sistema de saúde	- Padrões de relacionamento intergovernamental e relações público-privadas nos CGR	Entrevistas semi-estruturadas Análise documental.
	Regulação e financiamento do sistema regional de saúde.	- Estratégias e instrumentos de regulação. - Recursos destinados aos serviços privados/ total de recursos. - Recursos destinados aos serviços públicos/ total de recursos.	SIA/SIH/DATASUS/MS Entrevistas semi-estruturadas Análise documental.

Fonte: *Elaboração própria.*

## 4 A REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

### 4.1 Caracterização geral do estado

O estado do Espírito Santo situa-se na região sudeste do país e constitui-se no menor e menos populoso estado da região, possuindo uma população de 3.487.199 habitantes, distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte<sup>i</sup>.

A região metropolitana do estado - Região Metropolitana da Grande Vitória - é composta por 07 municípios e concentra 47,96% do total da população do estado e 57% da população urbana. Na média, 18% dos capixabas habitam em áreas rurais e 82% em áreas urbanas<sup>38</sup>.

A história da ocupação do Espírito Santo é relativamente recente e se deu principalmente a partir da região litorânea. A interiorização<sup>ii</sup> bem como a modernização e desenvolvimento do estado ocorreu tardiamente.

Funcionando como muralha verde que protegia “as Minas Gerais”, o desbravamento das matas virgens iniciou-se com a política de ocupação por mão-de-obra imigrante italiana e pomerana. Com a expansão do café do Vale do Paraíba para as regiões do sul capixaba, a província começou a fazer parte do cenário econômico nacional via produção cafeeira. Entretanto, o período de estabelecimento da República foi bastante conturbado. A instabilidade política e a luta de interesses marcaram decisivamente essa época. Em pouco mais de três anos, passaram pela chefia da Província do Espírito Santo 10 presidentes<sup>39</sup>.

Evidencia-se uma trajetória de ocupação do território centrada principalmente na capital sendo intensificada a partir de meados da década de 1960 por meio de adoção de políticas de incentivo a grandes projetos industriais na região. Em meados da década de 1960, houve uma mudança no eixo da economia estadual. Promoveu-se a substituição dos cafezais (em torno de 54% do total plantado no estado) por grandes projetos industriais localizados principalmente na Grande Vitória, o que resultou na transferência da maioria de sua população para as cidades e concentração da economia nessa região<sup>39</sup>.

Nos últimos trinta anos economia capixaba passa por um processo acelerado de transformação e diversificação. Registra-se grande crescimento no estado nas décadas de 1970 e 1980 com a implantação de indústrias siderúrgicas e de celulose e atividades portuárias que se destacam no cenário econômico na atualidade. A partir de 2005 há um novo período de crescimento da economia capixaba. Atualmente a economia do estado é baseada

principalmente nas atividades portuárias, de exportação e importação; na indústria de rochas ornamentais (mármore e granito); na celulose, extraída dos pinheiros de eucalipto; na exploração de petróleo e gás natural; além da diversificada agricultura, com destaque para o plantio do café.

Analisando o período de 2003 a 2008, o Produto Interno Bruto (PIB) do Espírito Santo registrou, em 2008, alta de 7,8% enquanto a média nacional foi 5,2% no mesmo ano. O ES responde por cerca de 2% do PIB nacional, sendo o 11º mais rico do país<sup>iii</sup>, de acordo com os dados do Instituto Jones dos Santos Neves<sup>40</sup>, organização voltada para estudos e pesquisas do governo estadual. Ressaltam-se as expectativas em relação ao crescimento econômico relacionadas às novas descobertas de gás e petróleo na camada do pré-sal nas costas capixabas.

O Espírito Santo possui o sétimo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, com 0,80<sup>41</sup>. Ainda assim, o estado, apresenta diferenças regionais importantes, havendo concentração dos mais baixos índices nos municípios localizados nos extremos norte e sul.

Em relação ao contexto político mais recente, na década de 1990 e início dos anos 2000, o estado passou por uma importante crise institucional, política e econômica, relacionada à corrupção e formação de crime organizado. Nesse período, o estado foi submetido a um endividamento considerável, ficando comprometida a sua capacidade de investimento. Sua reestruturação tem início em meados dos anos 2000 com participação da atual gestão nesse processo<sup>iv</sup>.

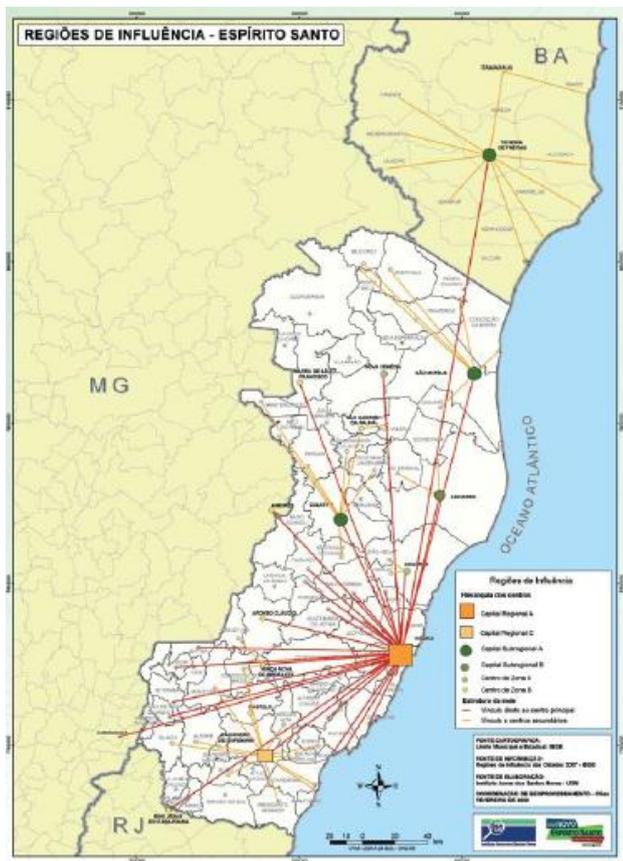
A área total do estado está dividida em quatro macrorregiões de planejamento, e doze microrregiões de gestão administrativa, que são sub-regiões do interior das regiões de planejamento (Anexos A e B).

Além de Vitória, é possível observar no território estadual a existência de municípios que exercem o papel de pólos regionais como Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Linhares e São Mateus. Estes definem regiões de influência relacionadas ao desenvolvimento econômico, à presença de equipamentos e serviços<sup>42</sup> (Figura 4). A infra-estrutura rodoferroviária une essas cidades de funções portuárias, políticas e econômicas, favorecendo o fluxo de mercadorias e pessoas (Anexo C).

Como pode se observar no mapa abaixo, a capital Vitória é o principal pólo regional do estado, seguido do município de Cachoeiro de Itapemirim. Colatina, São Mateus e Linhares são considerados pólos sub-regionais. Cachoeiro de Itapemirim é o único pólo da

região sul, evidenciando a concentração econômica existente nessa região, o que gera grande dependência dos outros municípios em relação ao município pólo.

Figura 4. Regiões de Influência do Espírito Santo.



Fonte: IJSN, 2009.

#### 4.2 Desenho da regionalização na saúde

O processo de regionalização da saúde no Espírito Santo é antigo e data anteriormente à década de 1990<sup>v</sup>. A instituição do sistema estadual de saúde foi prevista na Lei nº 4.317/90<sup>43</sup>, aprovada anteriormente à Lei 8080, na qual são instituídas as regiões de saúde e a operacionalização do sistema segundo uma lógica de hierarquização e regionalização. Nesse período, são implantadas as Superintendências Regionais nas regiões de saúde que se coadunaram, posteriormente, às regiões administrativas do estado no total de 04 regiões<sup>vi</sup>.

No que se refere à organização administrativa, essas regiões possuíam os seguintes setores: Apoio Administrativo; Coordenadoria Técnica de Ações da Saúde (que inclui grupo de planejamento, epidemiologia e informação em saúde; grupo de acompanhamento e

assistência a rede de saúde; acompanhamento e assistência à rede básica; equipe de controle regional de agendamento); Departamento de Recursos Humanos; Departamento de Administração (que inclui divisão de execução orçamentária e financeira); Divisão de Materiais. Em relação aos serviços de saúde, as regiões continham centro regional de especialidades e hospitais regionais estaduais.

Nas regiões haviam ainda os conselhos regionais de saúde, compostos pelo Superintendente Regional, Secretários Municipais de Saúde indicados pela Associação dos Prefeitos, representantes dos usuários e profissionais de saúde, indicados pelos Conselhos Municipais de Saúde da região.

A divisão regional da saúde incorpora o conceito de microrregião por volta de 1996<sup>vii</sup>, influenciada pela divisão político-administrativa do estado que dividia o território nessa época em 11 regiões, transformadas em 12 em 1997. A gestão estadual da saúde passa a adotar, então, 12 microrregiões de saúde se coadunando com a divisão político-administrativa<sup>44 viii</sup>.

A regionalização proposta nesse período compreendia uma tentativa de desconcentrar os serviços de saúde da região metropolitana para as demais regiões do estado, e reforçava o importante papel do ente estadual na operacionalização e gerência da rede de serviços de saúde, garantindo o acesso do nível municipal para o regional. Em 1997, registra-se a formação de uma Comissão Intergestora Microrregional (CIM)<sup>ix</sup> que era composta pelos secretários municipais de saúde e técnicos da SESA, que se propunha discutir as questões referentes ao sistema microrregional, incluindo os consórcios, antes de encaminhá-las para a CIB-ES. Essa instância não desempenhava ações de planejamento e regulação do sistema, ficando esse papel a cargo das Superintendências Regionais de Saúde e da próprio nível central SESA, sendo aos poucos foram sendo fragilizada e extinta em 1999.

De acordo com entrevistas realizadas, ao final dos anos 90 há uma estagnação no processo de regionalização, devido a divergências políticas entre o nível central e as Superintendências Regionais. Esse processo ocorreu principalmente na região de Vitória, onde se localizava a SESA, pois eram duas instâncias com importância e influência no sistema de saúde, sendo seus papéis pouco definidos. Em 2004 e 2005 a discussão da regionalização é retomada.

Por meio da NOAS 2001 o recorte das regiões do estado foi reformulado de acordo com suas diretrizes, resultando no atual desenho regional<sup>x</sup>, rompendo com a lógica regional político-administrativa, entretanto, o número de Superintendências Regionais se manteve, com mudanças relacionadas à sua estrutura. Em 2004 surge um novo movimento de

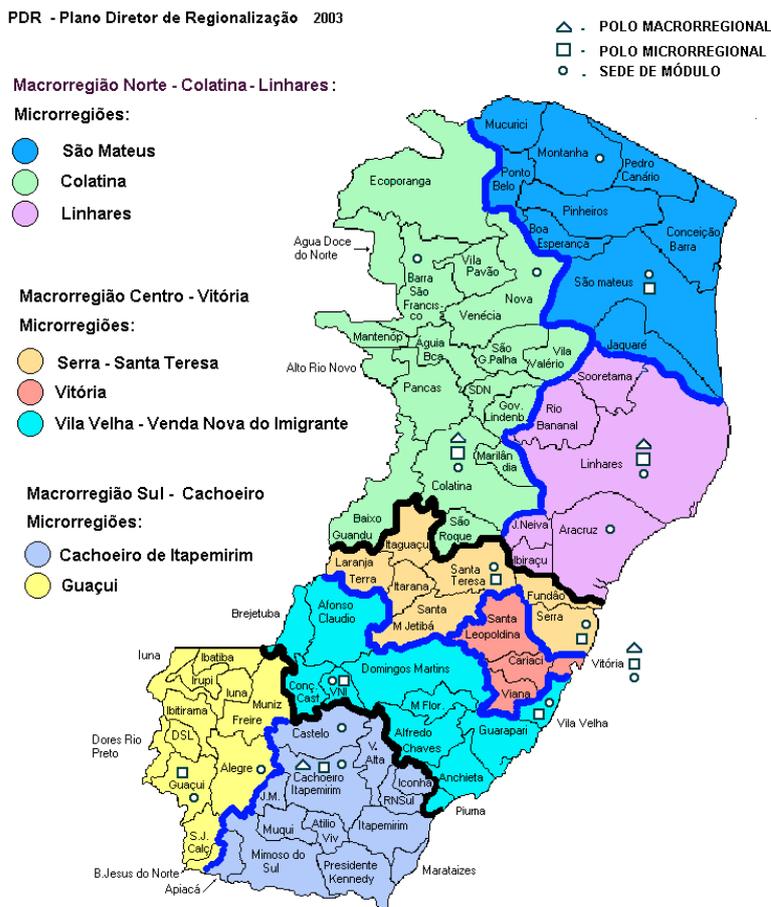
valorização de fóruns intergestores e instituem-se as Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais (CIB microrregional) nas oito microrregiões de saúde, a fim de permitir a negociação e pactuação de questões referentes ao funcionamento do sistema microrregional, principalmente no que se refere às referências intermunicipais. Em 2006, com a instituição do Pacto pela Saúde esses espaços foram adequados conforme as orientações para conformação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), passando a se denominar Colegiados Intergestores Bipartite Microrregionais (CIB microrregional).

De acordo com os pressupostos da NOAS, a divisão regional da saúde se deu em dois planos – macrorregional e microrregional. O Plano Diretor de Regionalização do ES <sup>45</sup>, elaborado em 2003, institui 3 macrorregiões e 8 microrregiões de saúde, conforme apresentado na Figura 5.

Os critérios adotados para a definição dos recortes regionais foram as condições de acesso aos serviços de saúde, que incluíram variáveis como distância entre as unidades e existência de rodovias, os fluxos de saúde (utilizando para tanto o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Custo), oferta e complexidade de serviços de saúde, porte populacional e economia de escala e escopo com a identificação de pólos assistenciais <sup>45</sup>.

De acordo com as entrevistas, não foram considerados outros aspectos relativos ao território (aspectos sócio-econômicos, culturais e infra-estrutura) que não pertinentes aos serviços de saúde.

Figura 5. Macrorregiões e microrregiões do estado do Espírito Santo.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, Espírito Santo (2003).

Esse desenho é próprio da saúde e não coincide com nenhum outro adotado no estado<sup>xi</sup>. Outras políticas seguem a lógica regional, porém com recortes diferentes (ex: educação e territórios da cidadania<sup>xii</sup>).

Os entrevistados apontam para a necessidade de reformulação do PDR, salientando que esse não se compatibiliza com a realidade do estado. Essa foi uma colocação recorrente nas entrevistas. Segundo os critérios estabelecidos pela NOAS, que exige um quantitativo populacional, e segue a lógica de organização do sistema de serviços de saúde, a região metropolitana foi dividida em três microrregiões.

Os entrevistados ressaltam a dificuldade que esse desenho impõe às negociações e acordos entre os gestores da região metropolitana da Grande Vitória. Qualquer decisão tomada atinge diretamente os outros municípios da região. Esse problema se dá pelo fato de que a instância de negociação intergovernamental (CIB microrregional) está atrelada ao território da microrregião. Outro fator que aponta a necessidade de revisão do PDR é o

crescimento econômico do estado evidenciado nos dois últimos anos, muito por conta da extração do petróleo e gás, fazendo surgir novos centros urbanos que influenciam na regionalização da saúde. Segundo os entrevistados, os critérios da NOAS não são mais adequados, necessitando considerar outras variáveis do desenho da regionalização da saúde do estado.

A macrorregião norte é a de maior extensão territorial e possui menor densidade demográfica, sendo a região que apresenta os índices mais baixos de desenvolvimento humano e econômico e muitos vazios assistenciais. É dividida em 2 microrregiões: Colatina e São Mateus. Possui como pólos macrorregionais: Colatina e Linhares; e São Mateus como pólo microrregional.

A macrorregião sul é a menos populosa e é dividida em 2 microrregiões: Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí. Cachoeiro de Itapemirim constitui-se como pólo macrorregional e Guaçuí como pólo microrregional. A microrregião de Guaçuí apresenta os piores indicadores de saúde da região.

A macrorregião centro é a mais populosa, e apresenta maior densidade populacional e os melhores indicadores epidemiológicos e de desenvolvimento do estado. É onde se encontra a região metropolitana que concentra a maioria dos serviços de saúde, principalmente de média e alta complexidade. É dividida em 3 microrregiões: Serra, Vitória e Vila Velha. Vitória é pólo macrorregional, e Serra, Vila Velha e Venda Nova do Imigrante são pólos microrregionais.

A seção seguinte apresenta as principais características do sistema de saúde de cada microrregião, salientando os aspectos relacionados à composição público-privada da rede assistencial.

### **4.3 O Sistema de Saúde no território do Espírito Santo: participação dos segmentos públicos e privados**

Analisando a oferta de leitos totais no estado, verifica-se que existe grande desigualdade entre as microrregiões, com maior concentração de leitos totais e leitos SUS nas microrregiões de Vitória e Cachoeiro de Itapemirim, cuja oferta se aproxima dos parâmetros estipulados pelo Ministério da Saúde<sup>xiii</sup>. Verifica-se, ainda, uma concentração importante desses leitos nas microrregiões de Vila Velha/ Venda Nova do Imigrante e Colatina<sup>xiv</sup>.

A desigualdade na oferta de leitos também se apresenta entre os segmentos públicos e privados do sistema<sup>xv</sup>, sendo mais evidente nas microrregiões de Serra/Santa Teresa, Guaçuí e Colatina. Chama atenção a pouca diferença na oferta entre os segmentos nas microrregiões de Vitória, Vila Velha/Venda Nova do Imigrante e Linhares. A Tabela 3 apresenta os indicadores acima discutidos.

Tabela 3: Oferta de leitos hospitalares, cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de planos privados de saúde segundo microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008.

<b>Microrregião de saúde</b>	<b>Leitos SUS por mil hab</b>	<b>Leitos não SUS por mil hab.</b>	<b>Concentração dos leitos SUS (%) do estado</b>	<b>Cobertura ESF (%)</b>	<b>Cobertura de Planos Privados de Saúde (%)</b>
Guaçuí	1,56	4,11	4,30	90,35	6,77
Cachoeiro de Itapemirim	2,47	4,38	18,50	68,5	15,81
Vitória	2,08	2,08	27,94	44,8	43,42
Serra/Santa Teresa	0,76	2,44	6,85	34,61	27,53
Vila Velha/Venda Nova do Imigrante	1,26	1,39	15,81	36,14	31,28
Linhares	1,21	1,30	5,91	74,14	23,35
Colatina	1,82	4,68	13,11	56,42	14,68
São Mateus	1,74	2,55	7,58	56,82	9,64
<b>Total</b>	<b>1,62</b>	<b>2,28</b>	<b>100,00</b>	<b>51,00</b>	<b>26,31</b>

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde; ANS.

Os dados apresentados na Tabela 4 acerca da oferta e utilização de serviços de saúde no estado por tipo de prestador nos mostram a importante participação dos prestadores não-públicos no SUS, e, dentre esses, o predomínio dos prestadores filantrópicos, com variações entre as microrregiões<sup>xvi</sup>. As microrregiões de Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí são as que apresentam a maior proporção de leitos ofertados por prestadores privados, ambas conformam a macrorregião sul do estado. A microrregião de Vitória e Linhares são as que possuem menor proporção de leitos ofertados por prestadores não-públicos no sistema de saúde.

Tabela 4: Distribuição (%) da oferta de leitos hospitalares segundo natureza jurídica do prestador por microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008.

Microrregião de saúde	Leitos totais			Leitos SUS		
	Filantrópicos	Privados	Públicos	Filantrópicos	Privados	Públicos
Guaçuí	82,75	0	17,25	79,67	0	20,33
Cachoeiro de Itapemirim	35,87	58,63	5,5	38,09	54,87	7,04
Vitória	15,59	39,42	44,99	17,18	18,33	64,50
Santa Teresa	26,73	43,77	29,5	44,53	0	55,47
Vila Velha/ Venda Nova do Imigrante	44,33	29,47	26,2	50,45	14,33	35,21
Linhares	60,14	1,45	38,41	51,96	0	48,04
Colatina	45,45	31,42	23,12	55,78	12,38	31,84
São Mateus	59,79	7,01	33,2	56,00	6,12	37,88
<b>Total</b>	<b>36,21</b>	<b>35,00</b>	<b>28,79</b>	<b>40,93</b>	<b>19,63</b>	<b>39,45</b>

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

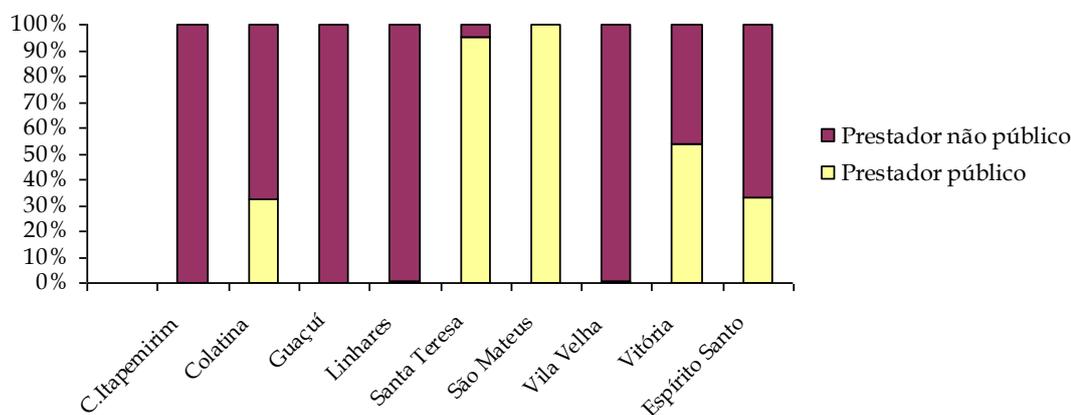
Os dados sobre a utilização de serviços, e sua composição público-privada, evidenciam que há segmentação no SUS no que se refere à complexidade dos procedimentos. Das internações realizadas em 2008 na rede SUS do estado<sup>xvii</sup>, 4,98% foram de alta complexidade<sup>xviii</sup> e sendo 67,09% realizadas por prestadores não-públicos. O mesmo se observa em relação à média complexidade (68,25% realizadas em estabelecimentos não-públicos)<sup>xix</sup>.

A distribuição de internações de alta complexidade por tipo de prestador não possui a mesma tendência nas microrregiões, mas na grande maioria há predomínio de prestadores não-públicos, como pode ser observado na Figura 6. Somente nas microrregiões de Vitória, São Mateus e Serra/Santa Teresa é que a maior parte desses procedimentos é realizado por prestadores públicos. Em relação à média complexidade a distribuição entre os prestadores públicos e não públicos é um pouco mais equilibrada, entretanto, com predomínio do privado na prestação desse tipo de procedimento (Figura 6).

Em relação a internações por leito segundo o tipo de prestador, verifica-se maior rotatividade dos leitos em prestadores não-públicos (35,78 internações/leito) se comparada aos prestadores públicos (25,62 internações/leito). Nesse caso, deve-se ter o cuidado para não tirar conclusões equivocadas. O maior número de internações por leito sugere por um lado maior eficiência na gestão dos leitos, gerando maior rotatividade, com menor tempo de permanência. Entretanto, pode apontar também para altas precoces, em busca de maior produtividade e lucro. Também podem estar relacionados aos motivos e gravidade dos casos

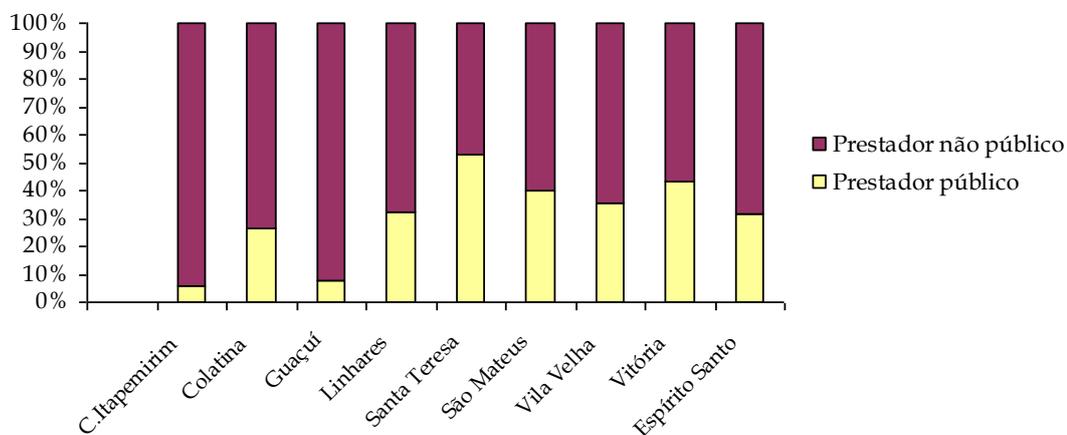
internados. Para melhor compreensão desse indicador seria necessária uma avaliação das internações e da qualidade e do cuidado prestado, o que foge ao escopo do trabalho.

Figura 6. Internações hospitalares de alta complexidade no SUS por tipo de prestador segundo microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIH-SUS.

Figura 7. Internações hospitalares de média complexidade no SUS por tipo de prestador segundo microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008.

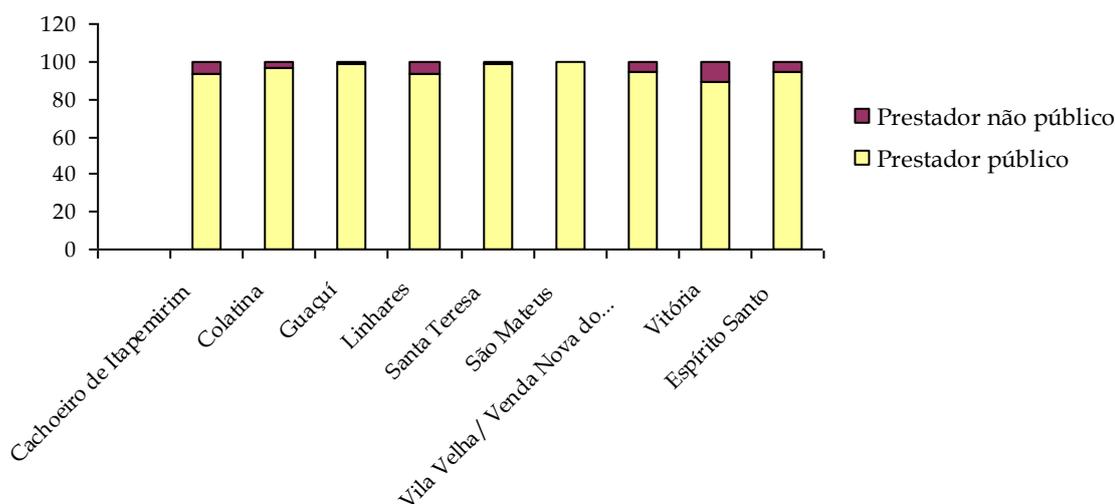


Fonte: SIH-SUS.

No que tange à produção ambulatorial, verifica-se predomínio dos prestadores públicos nesse tipo de produção, que foram responsáveis por 94,23% do total dos atendimentos. Quando analisada segundo a complexidade, verifica-se que não há mudança desse comportamento, pois 88,8% da produção de média e alta complexidade são realizadas por prestadores públicos.

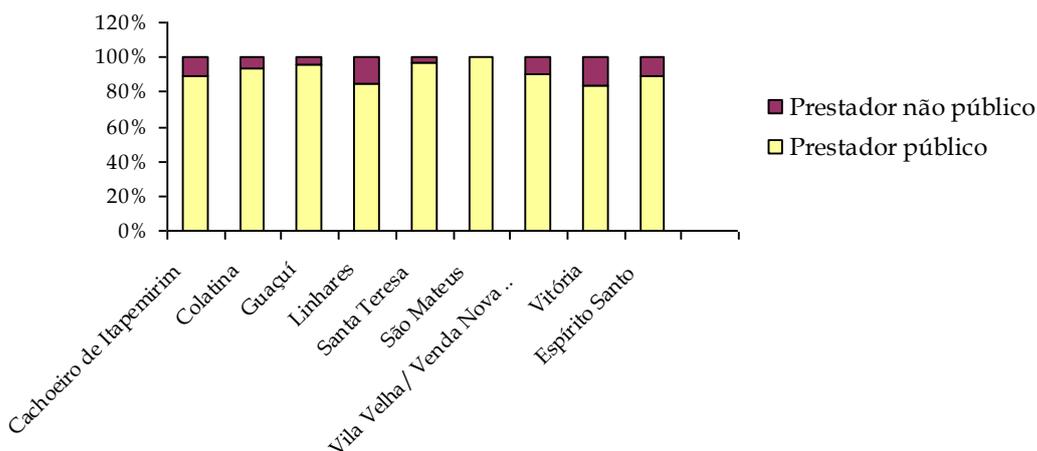
Percebem-se variações entre as microrregiões no que se refere à participação do privado na produção ambulatorial mantendo o predomínio do público. As microrregiões de Vitória, Cachoeiro de Itapemirim e Linhares são as que apresentam maior participação do privado nesse tipo de produção, sendo as microrregiões de São Mateus e Serra/Santa Teresa aquelas com menor participação desse segmento (Figura 8 e 9).

Figura 8. Composição público-privada da produção ambulatorial total no SUS segundo microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIA/SUS.

Figura 9. Composição público-privada da produção ambulatorial do SUS de média e alta complexidade segundo microrregião de saúde – Espírito Santo, 2008.

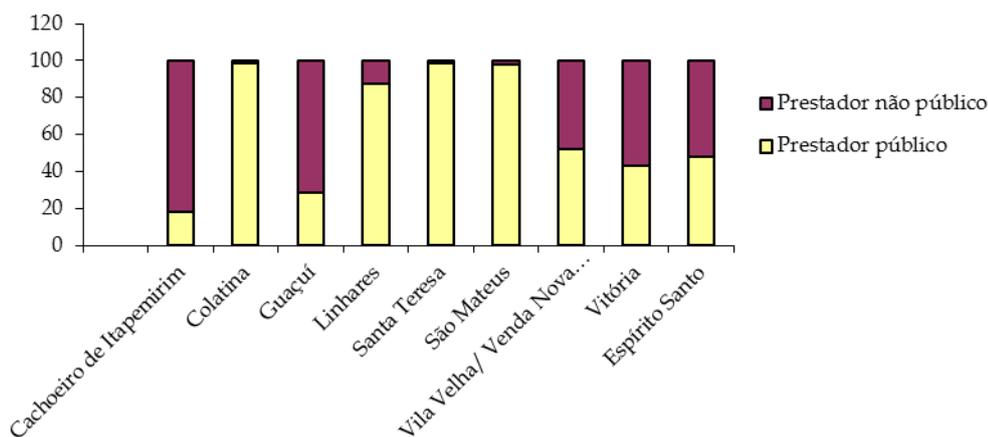


Fonte: SIA/SUS.

Em relação aos Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) existe grande diferença entre as microrregiões em relação ao padrão público ou privado da produção, como

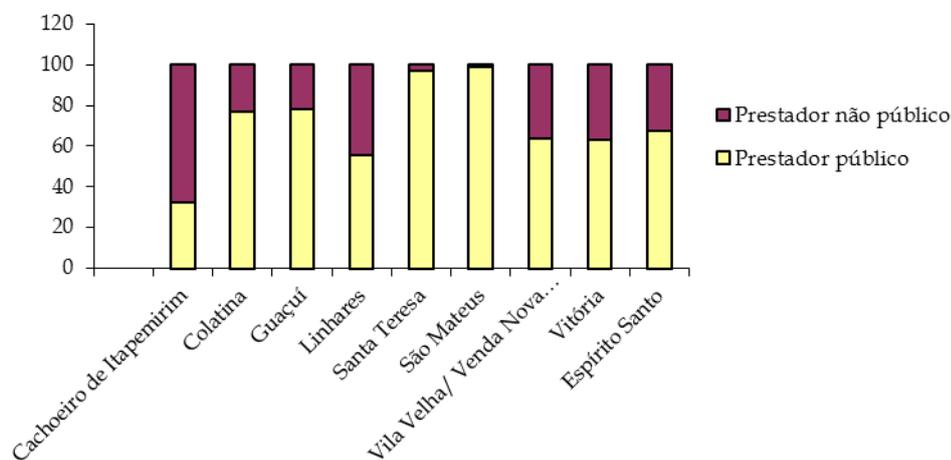
pode ser observado nos gráficos abaixo (Figura 10 e 11). Nas microrregiões de Cachoeiro de Itapemirim, Guaçuí, Vila Velha e Vitória, evidenciam-se predomínio do privado nos serviços de alta complexidade, com maior participação do público na média complexidade.

Figura 10. Composição público-privada da produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade no SUS segundo Microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIA/SUS.

Figura 11. Composição público-privada na produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média complexidade no SUS segundo microrregião de saúde - Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIA/SUS.

A análise da composição público-privada na oferta e prestação de serviços no sistema de saúde do Espírito Santo nos permite concluir que as microrregiões que apresentam maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família são aquelas com baixo desenvolvimento

econômico, humano e sistema de saúde menos complexo. Já em relação a cobertura de planos privados de saúde, os dados apontam que o mercado de planos de saúde é mais forte naquelas regiões mais desenvolvidas economicamente, como é o caso das microrregiões de Vitória, Vila Velha e Serra/Santa Teresa que são as microrregiões onde concentram as grandes empresas e indústrias e serviços de saúde<sup>xx</sup>.

Em relação ao SUS, a vocação dos dois componentes da rede assistencial (público e o privado) se constitui distintamente. Observa-se um predomínio dos prestadores privados nos serviços de internação e apoio diagnóstico de alta complexidade, e uma dominância do público na produção ambulatorial, incluindo a média e alta complexidade. Entretanto observa-se que existe uma diferença no peso dos prestadores privados no SUS no território do estado, com grande participação na macrorregião sul, abrangendo as microrregiões de Guaçuí e Cachoeiro de Itapemirim.

Essa análise poderá ser melhor compreendida por meio dos estudos de caso, que nos permitirão identificar quais elementos influenciam/determinam esse padrão de comportamento no que se refere à composição público-privada no SUS, quais os tipos de relação entre os segmentos, como essa relação influencia no sistema de saúde no estado e quais os impactos desse processo.

---

<sup>i</sup> O estado possui 46.078 km<sup>2</sup> de extensão territorial e uma densidade demográfica de 74,95 hab/Km<sup>2</sup>. Segundo estimativa do IBGE, a população do Espírito Santo representa 1,82% do total da população brasileira e 4,3% do total da população da Região Sudeste. 56,1% dos municípios possui menos de 20 mil habitantes, 29,48% situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e somente 9 municípios (11,53%) apresenta uma população maior que 100 mil habitantes.

<sup>ii</sup> Apesar de fundado oficialmente em 23 de maio de 1535, até 1880, não havia ocorrido efetiva interiorização da colonização no estado.

<sup>iii</sup> O crescimento da economia teve impacto em sua renda *per capita*. Em 2008, o estado apresentou a quinta maior renda *per capita* do Brasil (R\$ 20.231,00), sendo superado pelo Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina<sup>40</sup>.

<sup>iv</sup> De 2003 a 2010, o estado foi governado por Paulo César Hartung Gomes, economista e filiado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB). De 1993 a 1997 foi prefeito do município de Vitória, capital do estado, após esse período assumiu a Diretoria de Desenvolvimento Regional e Social do BNDES no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, e em 1998 foi eleito Senador da República. Atualmente o estado é governado por Renato Casagrande do PSB.

<sup>v</sup> Analisando os documentos cedidos para a pesquisa, constatam-se a criação das Superintendências Regionais na Lei nº 4317 de janeiro de 1990 que instituiu o Sistema Estadual de Saúde do Espírito Santo. Não foi possível o acesso a documentos anteriores. Entretanto, segundo as entrevistadas esse processo é anterior a referida Lei.

<sup>vi</sup> Cabe ressaltar que a divisão regional da saúde aconteceu independentemente e anteriormente à divisão político-administrativa do estado, cuja lei foi criada somente cinco anos mais tarde, em 1995.

<sup>vii</sup> Nesse ano foi publicada a Lei nº 5.341/96 que instituiu o programa de aprimoramento gerencial do sistema de saúde do estado, composto por quatro subprogramas, que compreendia o da “municipalização e microrregionalização das ações de saúde”. Dentre outras orientações, esta Lei incentivava a criação de consórcios intermunicipais.

---

<sup>viii</sup> A Lei nº 5120 de 1995 estabeleceu a divisão político-administrativa do estado, organizando o território em 11 regiões administrativas e 4 macrorregiões. Em 1997, esse desenho é modificado sendo conformadas 12 microrregiões de gestão administrativas.

<sup>ix</sup> Essa comissão foi criada na Lei 5.341/96 anteriormente citada.

<sup>x</sup> As entrevistadas fazem uma crítica contundente em relação à NOAS alegando que essa não considera a singularidade das regiões, por seguir uma lógica estritamente assistencial. Ressalta-se que há necessidade de se reavaliar os parâmetros e as variáveis para se fazer a regionalização.

<sup>xi</sup> No atual governo do estado foi elaborado um plano de desenvolvimento do estado para os próximos 20 anos (Espírito Santo 2025). Nesse plano está previsto um projeto chamado Redes de Cidades, que envolve diversos setores incluindo a saúde, que visa o desenvolvimento de novas centralidades urbanas, com indução da formação de um sistema urbano que resulte em uma rede equilibrada de cidades, em vez de uma concentração excessiva na metrópole, propiciando um “desenvolvimento territorial de melhor qualidade”. Existe a intenção de integração entre esse projeto e a regionalização da saúde, numa perspectiva de integrar saúde e desenvolvimento. Dessa forma, o recorte regional da saúde deverá coincidir com o de outras políticas públicas. Esse projeto ainda é incipiente, mas já estão sendo realizadas reuniões de trabalho nesse sentido.

<sup>xii</sup> No estado existem 2 territórios da cidadania, no entanto não coincidentes com as regiões de saúde e na pesquisa, não foi identificado integração com o setor. Esse programa é uma iniciativa do Governo Federal e tem como objetivos promover o desenvolvimento econômico, reduzir as desigualdades regionais e universalizar programas básicos de cidadania por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. As ações desenvolvidas envolvem diversos Ministérios, tais como Educação, Saúde, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, Justiça, Casa Civil, dentre outros.

<sup>xiii</sup> O parâmetro de necessidade de leitos estabelecido pela portaria 1.101 do Ministério da Saúde (Brasil/MS,2002) que é de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes

<sup>xiv</sup> Os municípios sede dessas microrregiões com maior concentração dos leitos SUS são também pólos macrorregionais, de acordo com o atual PDR, com exceção de Vila Velha.

<sup>xv</sup> Verifica-se que em todo o estado a oferta para o segmento suplementar é superior à oferta pública. Entretanto se excluirmos a população coberta por planos e seguros privados de saúde, a oferta de leitos SUS se aproximaria da oferta suplementar (2,20 leitos por mil habitantes). Esse cálculo é utilizado por Santos *et al*<sup>32</sup> para evidenciar o grau de desigualdade entre o segmento público e o suplementar. Entretanto, as autoras ressaltam a inadequação desse cálculo do ponto de vista do direito universal à saúde inerente à cidadania.

<sup>xvi</sup> Ressalta-se que esses dados são referentes à natureza do prestador, não refletindo a distribuição da oferta destinada aos usuários do SUS e aos usuários de planos e seguros de saúde.

<sup>xvii</sup> A fonte utilizada para essa informação foi o SIH/SUS, sendo possível, portanto, somente levantar o número de internações realizadas no SUS.

<sup>xviii</sup> A microrregião de Vitória é a que apresenta maior proporção de internações de alta complexidade (8,54%), seguida pela microrregião de Cachoeiro de Itapemirim (5,46%). O menor índice é observado na microrregião de São Mateus (2,05%) e Guaçuí (2,8%).

<sup>xix</sup> O maior número de internações foi realizado na microrregião de Vitória (51.680), seguida da microrregião de Vila Velha (32.192) e Cachoeiro de Itapemirim (27.491). Verifica-se que esse comportamento não segue o padrão do número de leitos, dado que a região de Cachoeiro de Itapemirim é a que possui maior número de leitos, entretanto é a terceira em produção de internação hospitalar.

<sup>xx</sup> Em relação ao último aspecto excetua-se a microrregião de Serra/Santa Teresa.

## 5 O PÚBLICO E O PRIVADO NAS MICRORREGIÕES EM ESTUDO

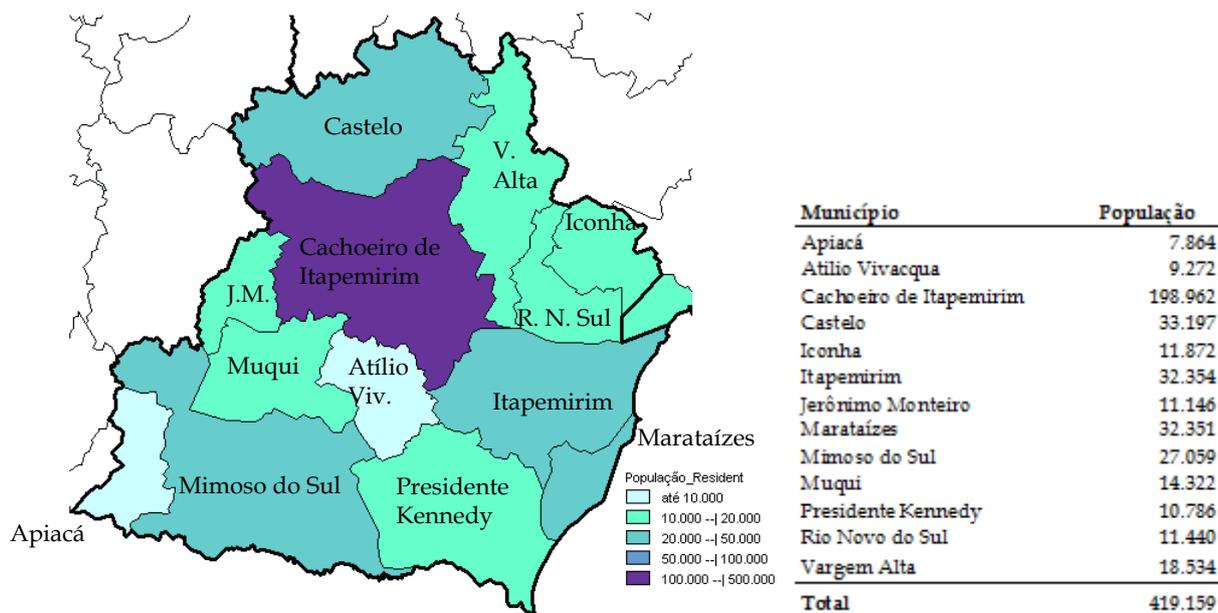
### 5.1 A microrregião de Cachoeiro de Itapemirim

#### 5.1.1 Caracterização geral

A microrregião de saúde de Cachoeiro de Itapemirim está localizada no sul do estado e é composta por 13 municípios, com uma população total de 419.159 habitantes em 2008 <sup>46</sup>, concentrando 12,13% da população. Como pode se observar no mapa abaixo, o município de Cachoeiro de Itapemirim é o mais populoso da região (47,5% da população total), sendo também o mais influente, onde se concentram a maior parte dos serviços, constituindo-se no município de referência da região.

O município de Cachoeiro de Itapemirim concentra cerca de 55% do PIB da região <sup>47</sup>, de acordo com os dados de 2006, e é o município com melhor infra-estrutura e transporte ligando-se à capital do estado, ao Rio de Janeiro e aos demais municípios da região.

Figura 12. Distribuição populacional na microrregião de saúde de Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo, 2008.



Fonte: IBGE. Elaboração própria.

A região sul do Espírito Santo teve grande importância na história da ocupação e economia do estado, destacando-se pela introdução da cafeicultura, no final da primeira metade do século XIX, em decorrência da expansão da fronteira agrícola fluminense e mineira<sup>i</sup>. O cultivo do café foi o responsável pelo grande crescimento populacional da região, em especial, em Cachoeiro de Itapemirim, constituindo-se como fator de atração de imigrantes de outras províncias, e a principal atividade econômica até meados da segunda metade do século XX<sup>48</sup>.

Apesar do grande impacto demográfico decorrente do café, sua produção não contribuiu significativamente para a formação do capital mercantil-exportador brasileiro. As relações sociais de produção escravista, as dificuldades proporcionadas pelo relevo, associadas às precárias condições de transporte, impuseram sérios limites à expansão do café. A acumulação realizada pela cafeicultura capixaba não foi capaz de construir uma extensa rede de transporte ferroviário, como ocorreu em São Paulo<sup>ii</sup>. Acrescenta-se a esse quadro que a exportação do café oriunda da região se dava pelo Rio de Janeiro, de forma que parte considerável do excedente produzido era apropriada pelo capital mercantil fluminense. Em 1873, Cachoeiro de Itapemirim representava o principal núcleo urbano em torno do qual se organizava a produção do café da região, passando a ser uma das principais, senão a principal cidade comercial do estado<sup>iii</sup><sup>49</sup>.

Pode-se considerar que a economia cafeeira do sul do estado foi responsável pelo início do desenvolvimento econômico e urbano do Espírito Santo. Entretanto, o trabalho escravo deixa uma herança à região, relacionada à fragilidade do setor terciário, que não se modifica com a passagem para uma economia fundada no trabalho livre.

Com a decadência do café, a partir de 1920, a extração e exportação de madeira e a pecuária, sobretudo a leiteira, ganha impulso, incentivada posteriormente pela ligação ferroviária de Cachoeiro de Itapemirim com o estado da Guanabara<sup>48</sup>. A partir da década de 1970 inicia-se o desenvolvimento da extração de minerais não metálicos, sendo hoje umas das principais atividades econômicas da região.

Em 2006 a microrregião possuía uma participação de 7,06% no total do PIB do estado<sup>iv</sup>, com destaque para o setor de comércio e serviços (47,07% do valor adicionado ao PIB da microrregião)<sup>47 v</sup>. A atividade industrial mais desenvolvida do sul do estado está relacionada à exploração e produção de mármore e granito sendo uma das maiores do país. As atividades voltadas para o setor de exploração e produção do petróleo e gás se constituem em uma das âncoras para o desenvolvimento da região, particularmente em Presidente Kennedy.

A microrregião de Cachoeiro possui IDH médio de 0,75, de acordo com os dados de 2000 <sup>50</sup>. Os municípios com maiores valores de IDH são Iconha (0,79), Cachoeiro de Itapemirim (0,77), e os menores são Presidente Kennedy (0,67) e Itapemirim (0,69).<sup>vi</sup>

### ***5.1.2 Composição público-privada do sistema de saúde***

Como citado anteriormente, a microrregião de Cachoeiro de Itapemirim destaca-se por apresentar um sistema de saúde cujas unidades prestadoras de serviços no SUS são, em sua maioria, de natureza privada. Como se pode observar na tabela 5, do total de leitos SUS, 93,33% é ofertado por prestadores não-públicos, sendo que 53,47% do total de leitos SUS são ofertados por prestadores privados (não filantrópicos). O padrão regional é fortemente influenciado pelo município de Cachoeiro de Itapemirim, que concentra o maior número de leitos SUS da região. Entretanto, verifica-se a presença de um hospital privado psiquiátrico de 400 leitos em Cachoeiro de Itapemirim o que corresponde a 78,43% dos leitos privados da rede do SUS na microrregião. Excluindo-se esse estabelecimento, o prestador filantrópico prepondera nas demais especialidades em todos os municípios.

Cachoeiro de Itapemirim é o município pólo macrorregional e microrregional, segundo as definições do Plano Diretor de Regionalização de 2003. A maior parte dos atendimentos médico-hospitalares é ofertada por três estabelecimentos filantrópicos<sup>vii</sup>, que como veremos adiante, também são referência para o segmento suplementar do sistema.

Embora possua um grande parque hospitalar de natureza privada, o mercado de planos de saúde não é forte na microrregião (Tabela 5), sendo a maior parte da população dependente dos serviços ofertados pelo SUS.

Tabela 5: Distribuição da oferta de leitos hospitalares por tipo de prestador e cobertura de planos privados de saúde segundo municípios - microrregião de saúde de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.

Município	Leitos totais por mil habit.	Leitos SUS por mil habit.	Concentração de leitos SUS da região (%)	Leitos SUS não-público (%)	Leitos SUS ofertados por prestador filantrópico (%)	Leitos SUS ofertados por prestador privado (%)	Cobertura de planos privados
Apiacá	3,81	3,81	2,74	100,00	0	100,00	6,31
Atilio Vivacqua	1,29	1,29	1,10	0	0	0	6,60
Cachoeiro de Itapemirim	4,86	3,55	64,53	95,04	22,80	72,24	23,14
Castelo	2,38	1,87	5,67	100,00	100,00	0	13,26
Iconha	2,36	1,68	1,83	100,00	0	100,00	26,78
Itapemirim	2,26	1,70	5,03	100,00	100,00	0	5,72
Jerônimo Monteiro	2,33	2,33	2,38	0	0	0	5,92
Marataízes	0	0	x	X	x	x	7,41
Mimoso do Sul	1,33	1,18	2,93	100,00	100,00	0	8,02
Muqui	6,70	6,70	8,78	100,00	100,00	0	8,89
Presidente Kennedy	0	0	x	X	x	x	4,07
Rio Novo do Sul	2,45	2,19	2,29	100,00	0	100,00	10,81
Vargem Alta	1,62	1,62	2,74	100,00	100,00	0	8,11
<b>Total</b>	<b>3,35</b>	<b>2,61</b>	<b>100,00</b>	<b>93,33</b>	<b>39,85</b>	<b>53,47</b>	<b>15,81</b>

Nota: X não há registro de leitos.

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

No que tange à produção de serviços, em 2008, 5,46% do total das internações hospitalares realizadas na rede SUS foram de alta complexidade, sendo 99,93% realizadas por prestadores não públicos, localizados no município de Cachoeiro de Itapemirim (Figura 14). O mesmo se observa em relação à média complexidade, onde 94,06% das internações foram prestadas por estabelecimentos não-públicos.

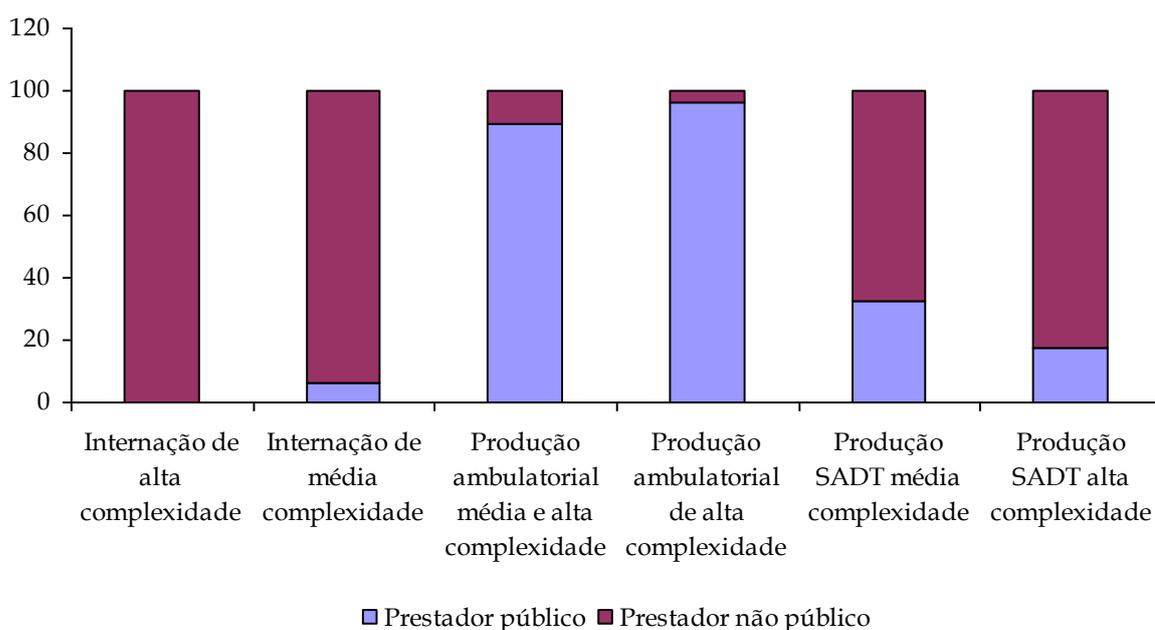
Já em relação à produção ambulatorial, verifica-se outro padrão público-privado, onde o público é mais dominante (Figura 13). Do total dos atendimentos apresentados, 28,42% foram de alta complexidade e 21,11% de média complexidade, havendo predomínio do público em ambas (89,55%). Entretanto, existem diferenças entre os municípios, como nos

mostra os Apêndices A e B, com destaque para Muqui e Apiacá, onde mais da metade da produção foi realizada por prestadores privados.

A maior importância do prestador público no atendimento ambulatorial se deve à atuação da Estratégia Saúde da Família e a presença de um Centro Regional de Especialidades (CRE), sob gestão estadual, responsável pela oferta de consultas especializadas de média e alta complexidade para toda a macrorregião sul.

Em relação aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), verifica-se predomínio do privado na alta complexidade (82,24%), com maior participação do público na média complexidade (32,39%) (Figura 13). A participação dos prestadores, segundo sua natureza, nos municípios da microrregião é apresentada nos Apêndices C e D.

Figura 13. Distribuição proporcional da produção ambulatorial, hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) segundo natureza do prestador - microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.

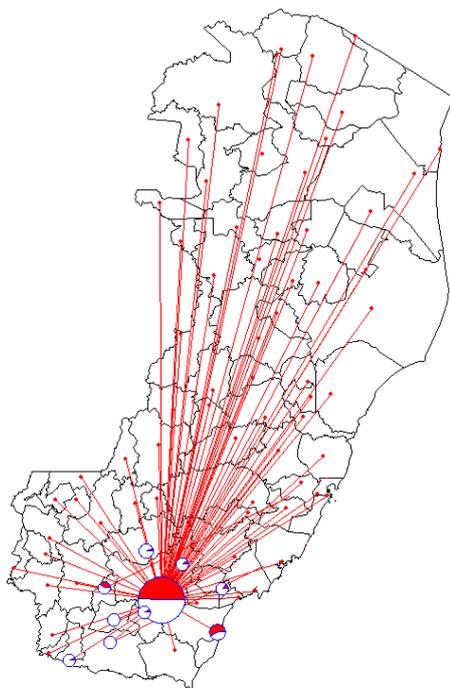


Fonte: SIH-SUS; SIA-SUS.

Como foi enfatizado, o município de Cachoeiro de Itapemirim é referência para toda a macrorregião sul, concentrando serviços de maior complexidade. Por meio do fluxo das internações realizadas na microrregião, verifica-se que este município atende pessoas de todo o estado, sendo 50% de suas internações provenientes de residentes de outros municípios (Figura 14). Nos mapas da Figura 14 e 15, os círculos representam as internações realizadas no município. A área do círculo em branco evidencia as internações realizadas para os

residentes no próprio município, a área em cor, as internações realizadas para pacientes provenientes de outros municípios.

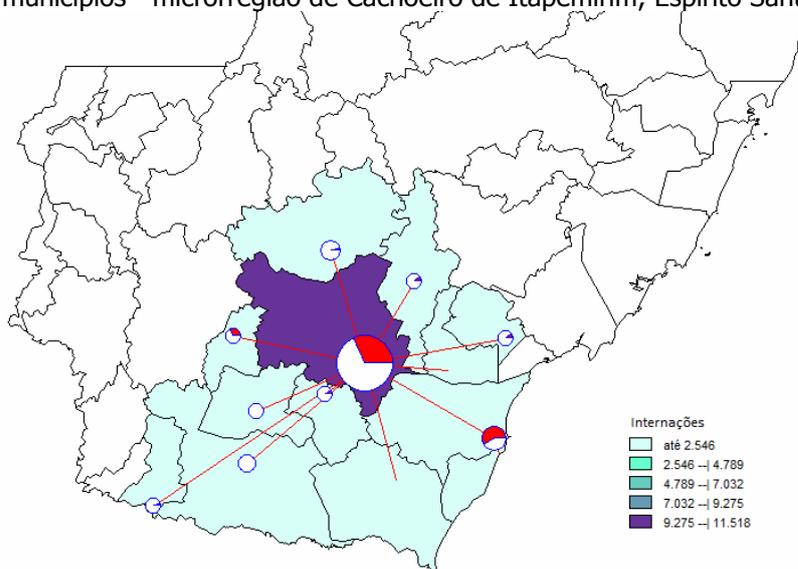
Figura 14. Fluxo das internações realizadas para residentes de todo o estado segundo município - microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIH-SUS.

Conforme observamos na Figura 15, esse município concentra 62,97% do total das internações realizadas na microrregião, sendo 30% das internações referentes a pacientes oriundos de outros municípios.

Figura 15. Fluxo das internações realizadas para residentes da microrregião segundo municípios - microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.

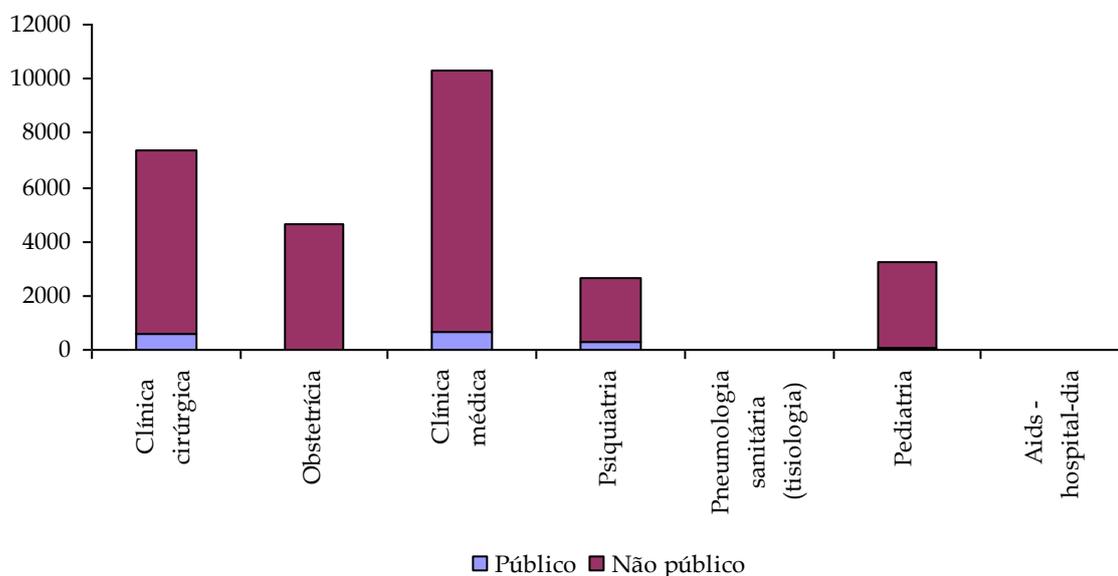


Fonte: SIH-SUS.

A análise da composição público-privada na oferta e prestação de serviços no sistema microrregional de saúde de Cachoeiro de Itapemirim nos mostra que há uma divisão de funções entre esses segmentos. Em relação ao SUS, esta se apresenta em relação à complexidade dos serviços prestados. Observa-se um predomínio dos prestadores privados nos serviços de internação e de apoio diagnóstico e terapêutico de média e alta complexidade, e uma dominância do público na produção de consultas e ações em nível ambulatorial.

Segundo depoimentos das entrevistas, o atendimento ao paciente crônico não se constitui como um interesse dos hospitais privados, pois demandam períodos longos de internação, impossibilitando novas ocupações e ampliação da rotatividade dos leitos. Muitas vezes, esses pacientes recebem alta precoce ou são referenciados para hospitais públicos estaduais e municipais sem aparato tecnológico para a continuidade do cuidado. Esse quadro sugere um outro tipo de divisão de funções entre o público e o privado na saúde, entretanto os dados de produção de internação hospitalar não puderam comprovar esse comportamento, na medida em que não foi registrada nenhuma internação de cuidados prolongados (crônicos). A Figura 16 aponta o predomínio do privado em todas as especialidades.

Figura 16: Participação público-privada na produção hospitalar no SUS por natureza do prestador, segundo especialidades - microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, 2008.



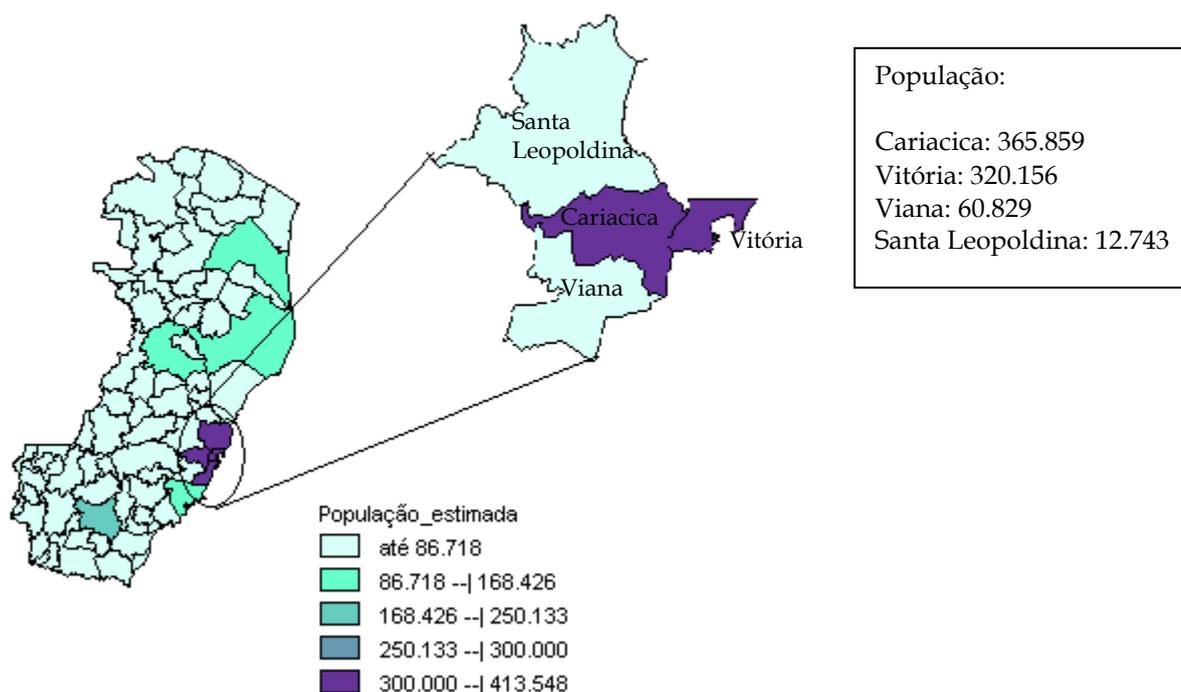
Fonte: SIH-SUS.

## 5.2 A microrregião de Vitória

### 5.2.1 Caracterização geral

A microrregião de Vitória está localizada na macrorregião de saúde centro-Vitória do estado e é composta por 4 municípios com características muito distintas. Inclui três municípios pertencentes à região metropolitana (Vitória, Cariacica e Viana), sendo que dois possuem população acima de 300 mil habitantes (Vitória e Cariacica) e os demais apresentam pequeno porte populacional com características mais rurais (Viana e Santa Leopoldina). Essa microrregião concentra 21,78% da população <sup>46</sup> e é referência para todo o estado, pela maior oferta de serviços e densidade tecnológica existente em seu território.

Figura 17. Distribuição dos municípios por faixa populacional - Microrregião de saúde de Vitória, Espírito Santo, 2009.



Fonte: IBGE. Elaboração própria.

A região central do Espírito Santo, polarizada por Vitória, esteve à frente da economia do estado após a década de 1880<sup>viii</sup>, quando o café começou a ser exportado pelo porto de Vitória. Nessa época a cidade se transformava em sede do capital comercial, iniciando a ligação entre as regiões produtoras e o mercado externo. Nessa região, os imigrantes europeus exerceram papel importante na ampliação de sua ocupação<sup>ix</sup> e dinâmica econômica<sup>x</sup>. Nesse

momento a estrutura produtiva era baseada na pequena propriedade imigrante, de agricultura cafeeira familiar de subsistência. Nesse sentido, a acumulação de capital nessa região não se realizava na esfera da produção, mas da circulação, de forma que emergiu uma estrutura comercial, adequada à agricultura familiar<sup>xi 48</sup>.

A ocupação nessa região foi intensificada em meados dos anos 1960, por meio da transferência da população, capitaneada pelo processo de urbanização ocorrido no estado. Nesse período, foram substituídos muitos dos cafezais, dando lugar aos grandes projetos industriais, localizados essencialmente na Grande Vitória, transformando o perfil sócio-econômico, e aumentando a população urbana do estado. Destacam-se a implantação de importantes indústrias como a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), a Companhia Siderúrgica Tubarão (CST), e a Aracruz Celulose S.A<sup>51</sup>.

De acordo com os dados de 2006<sup>47</sup>, é a microrregião com maior participação no PIB do estado (36,76% do total). A atividade econômica é centrada principalmente no setor de serviços e indústria<sup>xii</sup> - responsáveis por 64,50% e 26,11% do valor adicionado ao PIB da região, respectivamente – propiciado pelo complexo rodoferroviário e portuário existente na região, que garante às grandes empresas nela instaladas vantagens no processo de produção e atendimento tanto do mercado interno como do mercado externo. O perfil econômico da microrregião é polarizado pelo município de Vitória que é responsável por 83,95% do PIB da microrregião<sup>xiii</sup>.

O desenvolvimento econômico do município de Vitória é acompanhado pelo desenvolvimento humano, sendo o município com melhor IDH da microrregião (0,86), segundo dados de 2000<sup>50</sup>.

### ***5.2.2 Composição público-privada do sistema de saúde***

A microrregião de saúde de Vitória guarda acentuada desigualdade intrarregional em relação aos aspectos econômicos e sociais, e, como veremos a diante, essa configuração também se apresenta no setor saúde. Os demais municípios constituintes dessa microrregião possuem uma dependência importante em relação ao município de Vitória, que concentra a maior parte da capacidade instalada existente não só do sistema regional de saúde, mas de todo o estado.

Segundo os dados do CNES, para o ano de 2008, havia na microrregião 2.531 leitos, sendo 66,78% disponíveis ao SUS, e desses 82,90% concentram-se no município de Vitória<sup>xiv</sup> (Tabela 6). Essa concentração guarda correspondência com o histórico de conformação do

estado, que ocorreu com concentração populacional, de serviços e das principais indústrias na capital, favorecendo a instalação de maior número de estabelecimentos e serviços de saúde.

Chama atenção, ainda, a alta cobertura de planos privados de saúde na capital (71%). Dessa forma, se considerarmos no cálculo da taxa de leitos SUS por mil habitantes somente a parcela sem cobertura suplementar, a disparidade na oferta de leitos SUS é ainda maior, resultando em 15,21 leitos por mil habitantes nesse município (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da oferta de leitos hospitalares por tipo de prestador e cobertura de Planos privados de saúde segundo município - microrregião de saúde de Vitória, Espírito Santo, 2008.

<b>Município</b>	<b>Leitos totais por mil habit.</b>	<b>Leitos SUS por mil habit.</b>	<b>Concentração de leitos SUS na região (%)</b>	<b>Leitos SUS não-públicos (%)</b>	<b>Leitos SUS ofertados por prestador filantrópico (%)</b>	<b>Leitos SUS ofertados por prestador privado (%)</b>	<b>Cobertura de planos privados de saúde</b>
Cariacica	1,11	0,74	15,92	2,97	0	2,97	24,68
Santa Leopoldina	1,57	1,57	1,18	100,00	100,00	0	3,64
Viana	x	x	x	x	x	x	18,84
Vitória	6,64	4,41	82,90	41,11	19,27	21,84	71,03
Total	3,36	2,24	100,00	35,74	17,16	18,58	43,42

Nota: x não há registro de leitos.

Fonte: *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)*

Analisando a composição público-privada da oferta de serviços e estabelecimentos de saúde no SUS, verifica-se o protagonismo do setor público em todos os tipos de atendimento, entretanto com importante participação dos prestadores não-públicos nos serviços de internação e SADT (Tabela 7). Nessa microrregião, ao contrário do observado nas demais microrregiões do estado, em relação aos prestadores não-públicos, o filantrópico não é o dominante (Tabela 7).

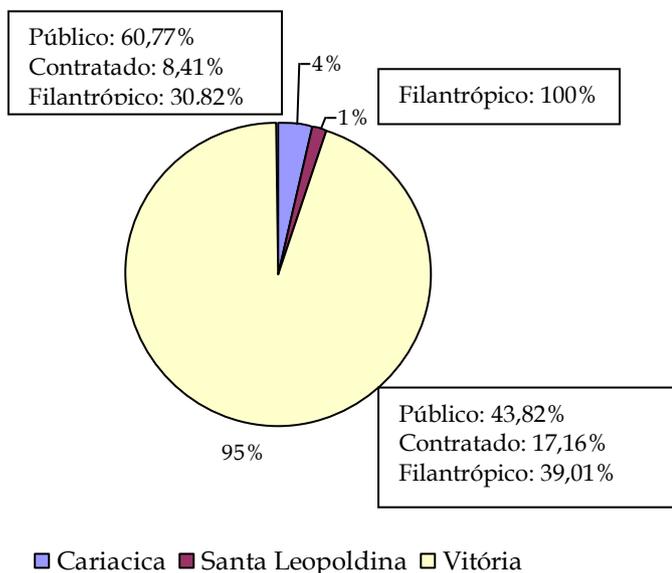
Tabela 7: Estabelecimentos de Saúde do SUS segundo tipo de atendimento por natureza do prestador - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2010.

Tipo de atendimento	Público		Filantrópico		Privado		Total
	n	%	n	%	n	%	
Internação	8	50,00	3	18,75	5	31,25	16
Ambulatório	124	78,98	5	3,18	28	17,83	157
SADT	70	66,04	4	3,77	32	30,19	106
Urgência	13	72,22	2	11,11	3	16,67	18

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (set/2010).

Entretanto, esse comportamento se altera quando analisamos os dados sobre produção hospitalar, que aponta para uma maior participação do prestador filantrópico em relação ao privado (contratado). Conforme se observa na Figura 18 quase a totalidade das internações são realizadas no município de Vitória e é notável a importância tanto do prestador filantrópico, quanto do público na microrregião, não sendo possível observar um predomínio do público ou do privado na produção hospitalar no SUS.

Figura 18. Composição público-privada da produção hospitalar no SUS segundo município - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.

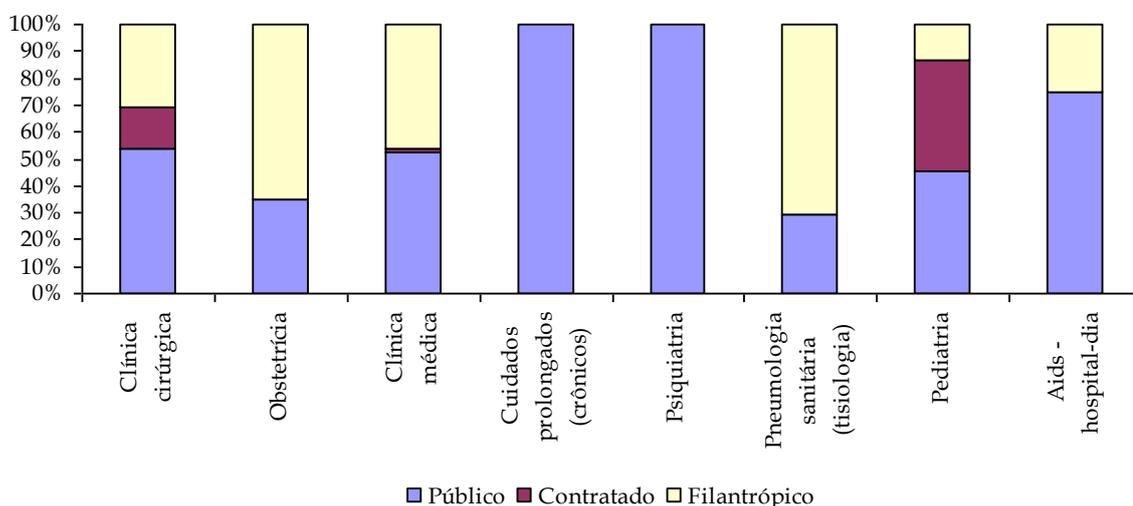


Fonte: SIH-SUS.

O mesmo se observa em relação às internações de alta complexidade<sup>xv</sup>, onde o prestador público é responsável por 53,85% das internações e o filantrópico por 42,41%. Nessa perspectiva, verifica-se a redução da participação do contratado nesse tipo de atendimento (3,74% do total).

Se não é possível observar uma divisão de funções entre o público e o privado na produção hospitalar por complexidade, essa é evidenciada segundo especialidades. A figura 19 nos mostra a importante participação do setor privado, principalmente do filantrópico, na maioria das especialidades da área hospitalar, e, ao mesmo tempo, o papel do prestador público na microrregião. Vê-se maior participação do setor público no cuidado ao paciente crônico, psiquiatria e na assistência ao paciente com Aids. Em contrapartida, existe maior participação desse prestador na obstetrícia, tisiologia<sup>xvi</sup>, pediatria e clínica médica. A participação dos prestadores privados se dá de maneira mais significativa somente na clínica cirúrgica e pediatria.

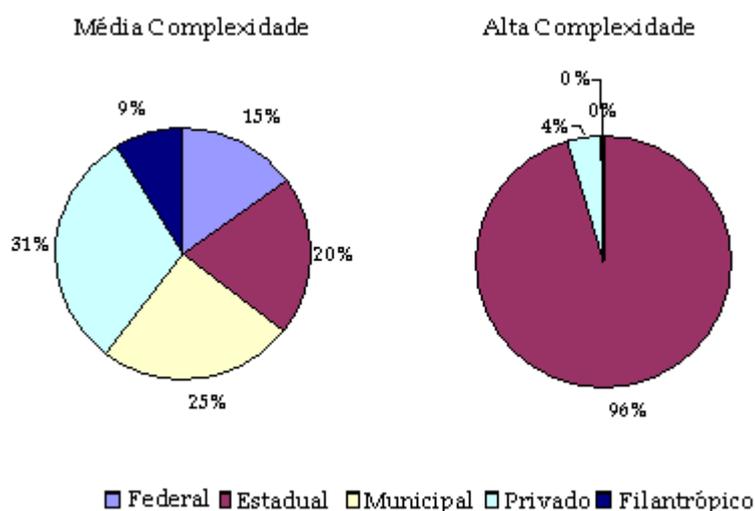
Figura 19. Participação público-privada na produção hospitalar no SUS por natureza do prestador, segundo especialidades - microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIH-SUS.

No que tange à produção ambulatorial, verifica-se o predomínio do prestador público, o qual é responsável por 89,18% dos atendimentos<sup>xvii</sup>. Quando analisada por complexidade, há modificação na composição público-privada com maior participação do privado na média complexidade. Já na alta complexidade, conforme observado na figura 20, o prestador público é responsável pela maioria dos atendimentos (Apêndices E e F).

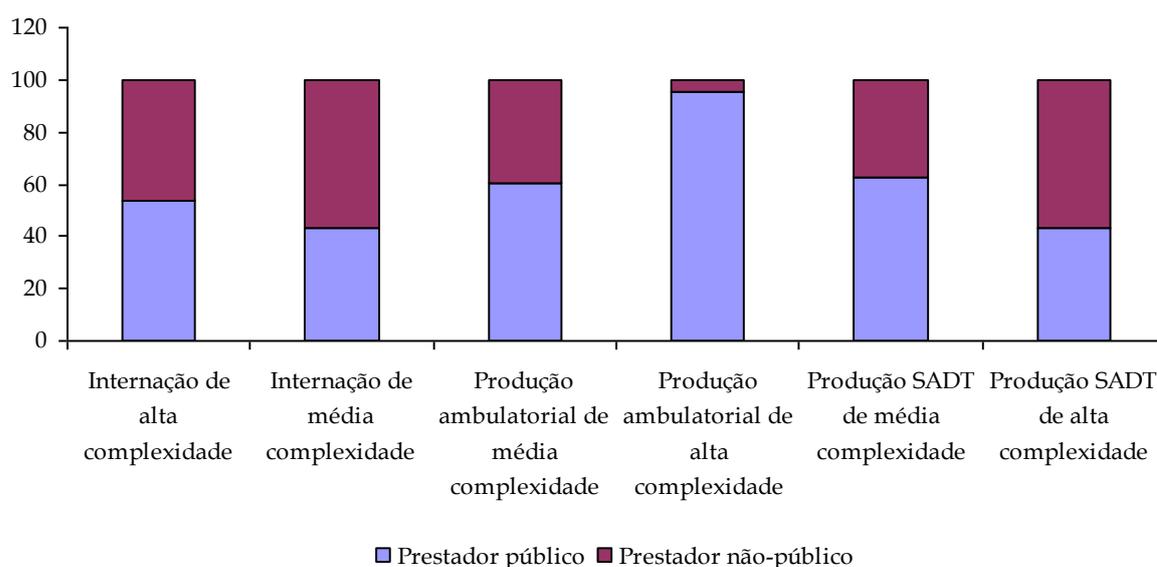
Figura 20. Participação público-privada da produção ambulatorial de média e alta complexidade por natureza do prestador- microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIA-SUS.

Em relação aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) verifica-se predomínio do prestador não público nos serviços de alta complexidade (56,75%), com maior participação do público na média complexidade (62,83%) (Apêndices G e H). A figura 21 resume a composição público-privada na produção por tipo de atendimento realizado na microrregião de Vitória.

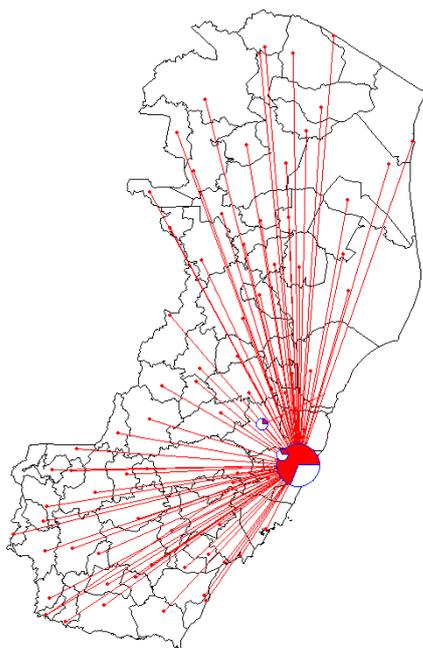
Figura 21. Distribuição proporcional da produção ambulatorial, hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) segundo natureza do prestador - Microrregião de Vitória - Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIH-SUS; SIA-SUS.

A preponderância da capital na prestação de serviços de saúde no SUS pode ser observada na Figura 22, a qual ilustra os fluxos de internação realizados no município de Vitória, evidenciando que 70% das internações correspondem a usuários oriundos de outros municípios do estado.

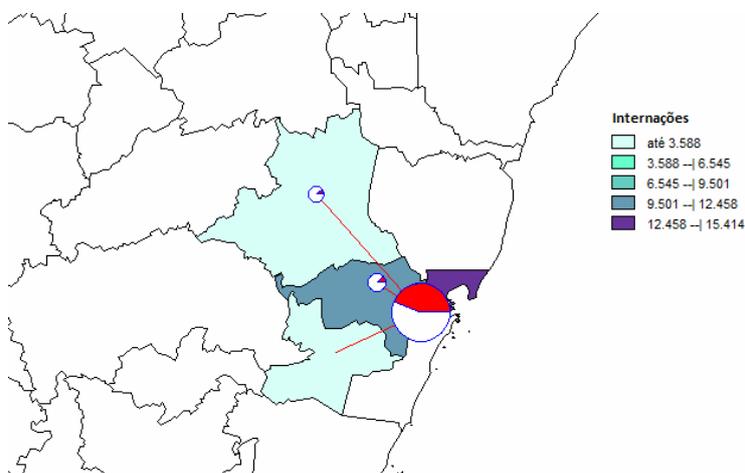
Figura 22. Fluxo das internações realizadas para residentes de todo o estado segundo município - Microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIH-SUS.

Conforme observamos na Figura 23, esse município concentra 90% do total das internações realizadas na microrregião, e em torno de 43% das internações realizadas são referentes a pacientes provenientes de outros municípios da microrregião.

Figura 23. Fluxo das internações realizadas para residentes da microrregião segundo municípios - Microrregião de Vitória, Espírito Santo, 2008.



Fonte: SIH-SUS.

Em síntese, na microrregião de Vitória há grande número de estabelecimentos de saúde no SUS, de natureza pública e privada, sendo ambos os setores de notável importância na prestação de serviços. Os dados coletados e as informações fornecidas nas entrevistas sugerem maior participação do setor privado nas áreas mais lucrativas, como nas especialidades que envolvem cirurgias e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, ficando a cargo do setor público, principalmente, as especialidades que demandam cuidados mais prolongados e outros procedimentos de maior custo para o sistema.

---

<sup>i</sup> Reproduziu-se nessa região a mesma estrutura produtiva das províncias de origem, ou seja, formaram grandes fazendas produtoras de café baseadas no trabalho escravo (*plantation*), entretanto com um número reduzido de pés de café por hectare, devido às características do relevo da região que era constituído por terras acidentadas, o que tornava grande parte das propriedades inaptas ao plantio.

<sup>ii</sup> A ferrovia que ligava a região (Cachoeiro de Itapemirim) à capital foi construída somente em meados dos anos vinte.

<sup>iii</sup> Posteriormente, com a imigração Européia, as ligações ferroviárias com o Sul e com o estado de Minas Gerais, e a construção do porto de Vitória, a capital torna-se o principal núcleo urbano do estado.

<sup>iv</sup> As microrregiões que possuem a maior contribuição são aquelas cujos municípios pertencem à região metropolitana do estado são elas: Vitória concentrando 36,76% do PIB, Serra/Santa Teresa com 19,29% e Vila Velha/Venda Nova do Imigrante com uma participação de 13,72% do PIB do estado.

<sup>v</sup> A sua integração tanto com a região metropolitana do estado como com o estado do Rio de Janeiro pode contribuir para esse cenário.

<sup>vi</sup> As microrregiões com maior IDH do estado são Vitória e Vila Velha/ Venda Nova do Imigrante com 0,79.

<sup>vii</sup> São dois hospitais gerais e um infantil, que servem de referência para toda a macrorregião sul.

<sup>viii</sup> Destaca-se também a importância de Cachoeiro de Itapemirim na economia da província em 1873, se constituindo, juntamente com Vitória, como importante centro comercial do estado.

<sup>ix</sup> Nesse contexto, destaca-se a colônia de Santa Leopoldina, município hoje constituinte da microrregião em estudo. Sua população elevou-se de 5.000 habitantes em 1874 para 11.000 em 1884, devido à produção do café, o que representa um incremento significativo, já que a população do estado em 1880 era de apenas 135.997 habitantes. Viana também foi um dos precursores desse processo, palco das primeiras colônias de imigrantes que chegaram ao estado.

<sup>x</sup> Enquanto na região sul o principal segmento social responsável pela expansão da cafeicultura manifesta-se na figura do grande fazendeiro, proprietário de escravos e capitalizado, na região central foi o imigrante europeu quem desempenhou essa função. Descapitalizado e contando apenas com o trabalho proporcionado pela família, difundiu a pequena propriedade de forma preponderante nessa região <sup>49</sup>.

<sup>xi</sup> Cariacica também tinha o comércio como a principal atividade econômica, possuía atividades de apoio à comercialização e transporte de mercadorias, intensificadas após a construção da Estrada de Ferro Vitória-Minas Gerais (1904). Na década de 1940, com a inauguração da Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), a população urbana do município aumentou mais que o dobro.

<sup>xii</sup> Somente o município de Viana é que possui a agropecuária como principal atividade econômica.

<sup>xiii</sup> Os municípios de Cariacica, Viana e Santa Leopoldina são responsáveis por 12,51%, 3% e 0,46% do total do PIB da microrregião.

<sup>xiv</sup> O município de Vitória concentra 22,83% dos leitos SUS no estado.

<sup>xv</sup> Somente Vitória e Cariacica realizaram internações de alta complexidade no SUS no ano de 2008 e 96,76% foi executada no município de Vitória.

<sup>xvi</sup> Até o ano de 2003, a área de tisiologia era de domínio do setor público, ofertado pelo hospital universitário. A partir desse período, há uma inversão, e o predomínio passa a ser do prestador filantrópico, conforme se observa na figura 18.

<sup>xvii</sup> Do total da produção ambulatorial na microrregião, 31,62% correspondeu a alta complexidade e 34,19% a média complexidade. 50,57% dos atendimentos ambulatoriais de média complexidade e 82,48% das referentes à alta complexidade foram realizados no município de Cariacica. Nesse município está localizado o Centro Regional de Especialidades sob gestão estadual: o CRE Metropolitano.

## **6. ASPECTOS RELACIONADOS AO PROCESSO DECISÓRIO, PLANEJAMENTO, REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS MICRORREGIONAIS DE SAÚDE**

### **6.1 As microrregiões e seus atores**

A pesquisa permitiu a identificação dos atores que participam do processo de planejamento, organização, e regulação do sistema de saúde em âmbito microrregional, e que conformam o *complexo regional da saúde* nas microrregiões em estudo.

Na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim merecem destaque as organizações filantrópicas representadas pelos três principais hospitais prestadores de serviços, todos localizados no município de Cachoeiro de Itapemirim, que são referências macrorregionais em internações de alta complexidade tanto para o SUS quanto para o segmento suplementar do sistema de saúde.

Por meio dos relatos das entrevistas, pôde-se apreender que a divisão de funções entre os hospitais se apresenta de maneira clara, com perfis de atendimento definidos, conferindo organização nas referências do sistema e ausência de conflitos entre as organizações.

Esses hospitais possuem um relacionamento próximo à Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Cachoeiro de Itapemirim, estrutura da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) responsável por coordenar o sistema de saúde em âmbito regional. As principais funções da SRS são aquelas relacionadas à regulação do acesso, controle e avaliação dos serviços ofertados pelos prestadores do SUS. A SRS é responsável por realizar a negociação que envolve o credenciamento dos prestadores junto aos municípios para posterior aprovação da SESA; regular o acesso às consultas especializadas ofertadas pelo Centro Regional de Especialidades (CRE), sob sua gestão; além de desenvolver ações de Vigilância em Saúde em âmbito regional.

As atribuições relacionadas ao planejamento regional e gestão de serviços de saúde na rede própria (hospitais estaduais) e complementar ainda são desempenhadas pelo nível central da SESA. Dessa forma, a SRS se constitui num importante ator na organização e coordenação do sistema regional, ainda que com deficiências no desempenho de suas funções.

Embora grande parcela da rede de serviços de saúde de maior complexidade se situe no município de Cachoeiro de Itapemirim, este não possui a gestão plena do sistema de saúde de seu território, sendo uma parte gerida pela instância estadual. Dessa forma, a principal função desempenhada pela Secretaria Municipal de Saúde é a gestão da Atenção Básica. No

sistema regional, o município participa, juntamente com os demais gestores, na co-gestão por meio do Colegiado Intergestor Bipartite Microrregional.

Esse colegiado foi instituído na microrregião em 2004 (Resolução 342/04) como instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS em seu âmbito de atuação. Entretanto, de acordo com as entrevistas, esse espaço ainda possui pouca atuação em relação ao planejamento regional e à mediação entre as organizações governamentais e os atores privados do sistema de saúde.

Os consórcios intermunicipais de saúde também desempenham importante função na microrregião abrigando a maioria dos municípios. Sua principal função é a compra e prestação de serviços de saúde.

Segundo Ribeiro e Costa <sup>52</sup> os consórcios em geral, são organizações de caráter privado que administram os fundos públicos alocados por sistemas de cotas fixas e por utilização. De modo geral, os consórcios visam ampliar a oferta de especialistas médicos ou de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada prefeitura isoladamente. De acordo com os autores, a ampliação da capacidade de governo municipal representa o principal fator na implementação dos consórcios. Na microrregião estudada, de acordo com as entrevistas, o consórcio é a alternativa encontrada para viabilizar a compra e prestação de serviços e exames de média complexidade aos residentes da microrregião, aumentando a oferta de ações de saúde.

Destaca-se também, por sua atuação regional no âmbito da saúde, a Unimed, principal operadora de planos da região, que possui como cooperados grande parte dos profissionais médicos da microrregião. Sua atuação encontra-se na prestação de serviços médicos para seus clientes, mas também possui interface com o SUS, o qual, quando necessário, compra serviços como internação em Unidades de Tratamento Intensivo e Unidade de Atendimento Móvel da instituição privada. A operadora de planos, ainda oferece facilidades para os servidores de instituições públicas, como prefeituras, oferecendo descontos na aquisição de planos de saúde.

O Quadro 2 apresenta as principais instâncias e organizações regionais consideradas importantes no funcionamento do sistema de saúde na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim.

Quadro 2. Complexo Regional da Saúde da microrregião de Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo, 2010.

<b>Organizações/ Instâncias</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Forma de atuação</b>
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	Hospital geral, de direito privado e caráter filantrópico em funcionamento desde 1986, quando já era credenciado ao Instituto Nacional de Previdência Privada (INPS);	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na microrregião. Oferta 286 leitos gerais e 33 leitos de UTI, sendo 10 leitos de UTI Geral, 08 de UTI Cardiológica e 15 de UTI Neonatal. Possui convênio com o SUS, planos privados e atendimento particular; não possui plano próprio. É referência macrorregional (Sul) em oncologia clínica e cirúrgica, cardiologia, maternidade de alto risco, nefrologia e transplante renal.
Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	Hospital Geral, prestador filantrópico, fundado em 1900, oferecendo serviços médico-hospitalares a pacientes carentes e, posteriormente, do SUS.	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na microrregião. Possui 129 leitos, sendo referência em urgência e emergência para Trauma, Ortopedia e Traumatologia, para Neurocirurgia e para Cirurgia Geral, para toda a macrorregião sul do estado. Possui convênio com o SUS, planos privados, atendimento particular e possui plano próprio.
Hospital Infantil	Hospital pediátrico, de direito privado e caráter filantrópico, em funcionamento há 39 anos.	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na microrregião sendo referência em pediatria para toda macrorregião sul. Possui convênio com os principais planos privados da região, não possuindo plano próprio, em torno de 80% das internações são para o SUS.
Superintendência Regional de Saúde da Cachoeiro de Itapemirim	Divisão administrativa regional da SESA, constituída por gestores e técnicos estaduais.	Sua principal atuação no sistema regional é na regulação de leitos, consultas e exames e na interlocução entre SESA e prestadores; com função de planejamento incipiente, desempenhando atividades operacionais.
Unimed sul capixaba	Empresa de assistência médica constituída na forma de Cooperativa de Trabalho Médico, criada em 1989.	Principal operadora de plano da região, com 383 médicos cooperados, possuindo em média 60 mil beneficiários, sendo em torno de 70% de planos coletivos. Atende 31 municípios do sul do estado, possuindo um hospital próprio de referência regional.
Secretaria de Estado da Saúde (SESA)	Autoridade sanitária no âmbito estadual.	Possui forte influência na região, tanto no planejamento quanto na prestação de serviços.

<b>Organizações/ Instâncias</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Forma de atuação</b>
Colegiado Intergestores Bipartite (CIB microrregional)	Espaço de pactuação para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Constituído por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios da microrregião de saúde, e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).	Importante na microrregião na aprovação na contratualização de prestadores, porém ainda sem grande influência na mediação direta entre o público e o privado.
Consórcio Intermunicipal de Saúde Pólo Sul Capixaba	Entes federativos que se conformam em consórcios para solucionar demandas específicas ou problemas que não podem ser resolvidos de forma isolada por cada município.	Sua principal função na rede microrregional é a compra e prestação de serviços. 10 dos 13 municípios da microrregião são consorciados, possuindo correspondência com o desenho regional da saúde.

Fonte: elaboração própria. Adaptado de Viana et al <sup>4</sup>.

Na microrregião de Vitória as principais organizações são: a SESA, a SRS, os hospitais filantrópicos, o Hospital Universitário, a Unimed, as cooperativas médicas e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. A SESA se destaca pela grande influência no financiamento, planejamento regional, gestão e regulação de leitos, além da prestação de serviços por meio de dois importantes prestadores. Já a SRS desempenha papel notável na regulação de consultas e exames de média e alta complexidade, desenvolvendo algumas ações de planejamento, ainda de modo incipiente.

A Secretaria de Saúde de Vitória, embora não possua a gestão da totalidade do sistema de saúde de seu território, possui influência no sistema microrregional relacionada à sua atuação política por meio do Secretário de Saúde, o qual, atualmente, é presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Os hospitais filantrópicos se destacam pela importante participação na prestação de serviços para o SUS e a Unimed por ser a principal operadora de planos na microrregião, a qual possui a maior cobertura dentre as demais regiões do estado. A *Unimed Vitória* se configura num complexo sanitário, possuindo hospital próprio, centro de diagnósticos e uma gama de serviços prestados em domicílio e ambulatório.

O Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo, além da sua atuação na formação de recursos humanos na área da saúde, também se apresenta como um importante prestador de serviços na microrregião. Entretanto, desde a constituição do SUS, a organização possui dificuldade em se articular ao sistema de saúde na microrregião, funcionando como um microssistema à parte. Com o processo de descentralização da saúde, ficou uma lacuna no que concerne ao seu papel na rede e em relação à sua gestão, relacionada à desobrigação progressiva do Ministério da Educação com seu custeio e um aumento progressivo do Ministério da Saúde, sem definição quanto a sua gestão, dificultando sua integração ao sistema de saúde. De acordo com as entrevistas, atualmente esse cenário começa a se alterar com a organização das Redes de Atenção à Saúde capitaneada pela SESA.

O HUCAM constitui-se numa organização que envolve grande disputa de poder relacionada às especialidades médicas. Conforme salienta o entrevistado, nele ainda existe influência dos departamentos e do corpo médico-docente, que acaba por regular o leito de acordo com os casos de interesses de estudo. Entretanto, na opinião do entrevistado, na medida em que aumenta a capacidade de regulação por parte da SESA, esse controle privado vem diminuindo.

Os médicos são atores importantes no funcionamento do sistema de saúde, por atuarem de maneira ampla, participando em diversas instâncias e, muitas vezes, trabalhando simultaneamente para o setor público e o privado.

Nesse contexto, merecem destaque as cooperativas de especialidades médicas. Essas são bem organizadas politicamente, atuam no estado há 13 anos, e exercem influência na organização do sistema de saúde na microrregião de Vitória. Sua atuação se dá por meio da terceirização de trabalho médico. Devido à escassez de profissionais no estado, a grande maioria dos médicos são cooperados, conferindo poder a essa classe no mercado, que exige remuneração elevada, tecendo escolhas em relação à atuação em hospitais e serviços, de acordo com seus interesses. Como aponta o entrevistado, a capacidade de resolução, o perfil e a qualificação dos hospitais são condicionados pela presença das cooperativas. Dessa forma, as organizações médicas atuam de maneira ampla no sistema microrregional e exercem forte influência, cerceando o poder de decisão das autoridades sanitárias no que se refere à contratação do trabalho médico<sup>i</sup>.

Conforme relatos das entrevistas, as especialidades que se destacam por sua organização e força política são a pediatria e a ginecologia. Aquelas que envolvem

procedimentos de alto custo também exercem importante influência, como anestesiologia, radiologia, cardiologia intervencionista e cirurgia de modo geral.

Na microrregião de saúde de Vitória também está em funcionamento o Colegiado Intergestor Bipartite Microrregional. Entretanto, como pôde se verificar por meio da análise das pautas referentes às reuniões de 2008, os temas pactuados se restringem às questões operacionais tais como critérios para alocação de recursos, implantação de programas de saúde, credenciamento de serviços; atuando de forma incipiente no planejamento regional e na mediação direta entre o público e o privado na microrregião.

O Quadro 3 apresenta as principais instâncias e organizações regionais consideradas importantes de regionalização do SUS na microrregião de Vitória.

Quadro 3. Complexo Regional da Saúde da microrregião de Vitória – Espírito Santo, 2010.

<b>Organizações/ Instâncias</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Forma de atuação</b>
Secretaria de Estado da Saúde (SESA)	Autoridade sanitária no âmbito estadual.	Possui forte influência na região, tanto no planejamento quanto na prestação de serviços.
Superintendência Regional de Saúde de Vitória.	Divisão administrativa regional da SESA, constituída por gestores e técnicos estaduais.	Sua principal atuação no sistema regional é na regulação de consultas e exames de média complexidade; com função de planejamento incipiente, desempenhando atividades operacionais.
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória	Autoridade sanitária no município de Vitória.	A capital exerce influência no sistema microrregional de saúde por meio da sua atuação política, sendo representada pelo Secretário de Saúde, que atualmente é presidente do COSEMS.

<b>Organizações/ Instâncias</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Forma de atuação</b>
Hospitais filantrópicos	Existem três hospitais filantrópicos na microrregião, sendo os dois principais localizados no município de Vitória, sendo um hospital de ensino e uma maternidade. Caracterizam-se como importantes prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como à saúde suplementar.	Atuam oferecendo serviços médico-hospitalares na microrregião. Responsáveis por 17% dos leitos ofertados ao SUS na microrregião. Possuem convênio com o SUS, planos privados, atendimento particular e plano próprio (no caso da Santa Casa).
Escolas Médicas e Hospitais de ensino	Na microrregião são ao todo três escolas médicas, sendo duas privadas; e dois hospitais-escola, sendo um da Universidade Federal de Espírito Santo –Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), ofertando 270 leitos- e outro filantrópico - Santa Casa, com 196 leitos.	Atuam na formação de profissionais de saúde - principalmente médicos e enfermeiros - na assistência médico-hospitalar e pesquisa na área de ciências da saúde, sendo referências em atendimento de média e principalmente de alta complexidade para a macrorregião centro-Vitória, mas atualmente atendem a pessoas de todo o ES.
Estabelecimentos privados	Instituições contratadas que prestam serviços ao SUS nos atendimentos de média e alta complexidade.	Atuam principalmente na oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no SUS da microrregião. Responsável por 18% dos leitos SUS na microrregião.
Unimed Vitória	Empresa de assistência médica constituída na forma de Cooperativa de Trabalho Médico, fundada em 1979.	Principal operadora de plano da região, possuindo em média 221 mil beneficiários (28,77% da população com plano nos municípios de abrangência). Atende a nove municípios do centro do estado. Possui um Centro Integrado de Atenção à Saúde (Cias), que integra os atendimentos de emergência, internação hospitalar e atendimento domiciliar, oferecendo serviço de UTI e 170 leitos. Possui ainda uma unidade própria de diagnóstico.

<b>Organizações/ Instâncias</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Forma de atuação</b>
Colegiado Intergestores Bipartite (CIB microrregional)	Espaço de pactuação para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Constituído por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios da microrregião de saúde, que o colegiado representa, e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).	Importante na microrregião na aprovação na contratualização de prestadores, porém ainda sem grande influência na mediação direta entre o público e o privado na microrregião.
Cooperativas profissionais médicas	Instituição civil de direito privado, constituída por membros de determinado grupo social que objetivem atividades em benefício comum.	Atuam de maneira ampla e exercem forte influência na região, cerceando o poder de decisão das autoridades sanitárias no que se refere à contratação do trabalho médico.

*Fonte: elaboração própria. Adaptado de Viana et al<sup>4</sup>.*

Em ambas as microrregiões não existem espaços formais de negociação entre prestador e a SESA/SRS. Essa negociação se dá por via direta entre as partes e o processo se efetiva após a aprovação pela CIB microrregional e CIB.

Existe um colegiado de gestores dos hospitais próprios do estado, que se constitui num espaço para discussão dos problemas enfrentados por essas unidades. A reunião acontece semanalmente e participam dessa, o diretor geral, administrativo ou clínico de todos os hospitais estaduais do Espírito Santo, juntamente com o subsecretário de gestão hospitalar. Os Superintendentes Regionais de Saúde, bem como os municípios, não participam desse colegiado.

Em ambas as microrregiões a CIB microrregional ainda atua de forma incipiente, não havendo participação dos prestadores privados e demais atores do sistema regional, como os profissionais em nenhum fórum de discussão ou pactuação. A interação do colegiado com o Conselho de Saúde também é incipiente, e essa relação é, por vezes, conflituosa.

## 6.2 Relações entre o público e o privado no planejamento

No Espírito Santo, os instrumentos de planejamento que orientam o processo de regionalização da saúde no contexto do Pacto pela Saúde são: o Plano Estadual de Saúde (2008-2011) <sup>53</sup>, o PDR (2003) <sup>45</sup> e a PPI (2004).

A elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) foi coordenada pela Gerência Estratégica, Planejamento e Desenvolvimento Institucional (GEPDI) e contou com diversos setores da SESA, tais como Gerência de Vigilância em Saúde, Gerência de Regulação e Gerência de Recursos Humanos, dentre outros. Não foram identificados registros que apontasse a participação das Superintendências Regionais de Saúde.

Esse processo incluiu uma análise detalhada da situação de saúde no estado, com base na organização territorial do SUS, definido no Plano Diretor de Regionalização, e o estabelecimento de prioridades, com vistas a superar as deficiências identificadas. O desenho das estratégias apresenta em geral abrangência estadual, sendo possível identificar poucas ações diferenciadas para as regiões, de acordo com suas características/necessidades. A face regional do planejamento é abordada de maneira mais importante nos processos relacionados à implementação das Redes de Atenção à Saúde.

A constituição de Redes de Atenção à Saúde é a estratégia privilegiada pela SESA no processo de regionalização da saúde. Esse processo conta com ampla participação, envolvendo os municípios, prestadores e outras organizações governamentais. Nele foram eleitas redes prioritárias com base em estudo de necessidades do estado, e tem a Atenção Primária à Saúde como eixo norteador, sendo a rede construída a partir dela. A modelagem das Redes de Atenção à Saúde foi um incentivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e baseia-se na experiência de Minas Gerais, contando com consultoria externa à SESA. O início da implantação dessa modelagem se deu em 2008 por meio de oficinas regionais na macrorregião norte do estado (região que apresenta importantes vazios assistenciais), e atualmente encontra-se em discussão em todo o estado.

O Mapa Estratégico da SESA (Anexo D), um dos produtos da consultoria, destaca a estruturação e integração das redes como processos necessários à realização da missão institucional e a visão de futuro, em cada nível da gestão <sup>54</sup>.

De acordo com as entrevistas e por meio da análise documental, verifica-se que a saúde se insere no planejamento mais geral do governo do estado (Plano de Desenvolvimento Espírito Santo – 2025) <sup>55</sup>, no grupo de projetos relacionados ao planejamento e gestão de

idades, que envolvem estratégias de desenvolvimento regional, de capital humano e redução de desigualdades. Esse documento preconiza o fortalecimento das regiões, segundo uma hierarquia funcional, de modo a possibilitar a prestação de serviços que atendam sua própria demanda e aquela proveniente dos municípios de sua área de influência. Entretanto, verificou-se que esse processo ainda é incipiente, principalmente no que tange à articulação do setor saúde com outras áreas do governo do estado.

Quanto à elaboração do PDR, esse se desenvolveu sob coordenação da SESA, a partir de discussão interna. De acordo com as entrevistas, não houve participação de outros atores como os municípios, os prestadores de serviços, ou organizações da sociedade. Sua elaboração buscou atender à demanda do Ministério da Saúde em adequar a organização regional do sistema à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001/2002). Conforme consta no documento, baseou-se principalmente em critérios técnicos relacionados à assistência à saúde, tais como perfil epidemiológico, economia de escala e escopo, e fluxos de saúde tendo como base o Sistema de Informação de Internação Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Custo. A área de abrangência e escopo dos serviços ofertados foi programada baseando-se numa lógica de oferta, escala, distância entre o usuário e o serviço e acessibilidade. Assim, tal desenho configurou-se essencialmente pelo histórico de produção, ou seja, pela utilização e capacidade instalada existente no território.

A PPI foi elaborada em acordo com o PDR, contou com a participação dos municípios e representante do Ministério da Saúde, e nela foram definidos os fluxos assistenciais e os recursos financeiros destinados a cada município. Todavia, esse processo não foi acompanhado de uma revisão periódica, apresentando defasagem em relação à realidade atual do estado, conforme salientaram os entrevistados.

O planejamento regional no estado do Espírito Santo é realizado essencialmente pelo nível central da SESA, possuindo as Superintendências Regionais de Saúde pouca participação nesse processo.

A Secretaria de Estado de Saúde reconhece as deficiências das Superintendências Regionais e atualmente executa um projeto com vistas a sua reestruturação, com investimentos em estrutura física e em recursos humanos. Na fase de elaboração do projeto foi realizado um diagnóstico da situação, no qual foi apontado que existe um conjunto de ações que necessitam ser descentralizadas para as SRS, quais sejam: planejamento regional; monitoramento e avaliação; regulação dos sistemas municipais; e gestão dos serviços de

saúde da rede própria e complementar. Esse projeto visa favorecer o papel tático-operacional dessa instância, ficando a cargo da SESA (central) as ações estratégicas<sup>56</sup>.

Na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, por meio das entrevistas e visita a campo, foi possível verificar que o desenho regional da saúde está consolidado, com suas referências legitimadas. Os fluxos assistenciais se coadunam com o estabelecido historicamente, tendo o município de Cachoeiro de Itapemirim como referência na prestação de serviços. O perfil dos três principais prestadores, bem como dos serviços próprios do estado, estão bem consolidados, não existindo conflito nesse processo. Ao contrário, a prestação de serviços no SUS por entidades privadas é vista positivamente, havendo harmonia nessa relação.

A microrregião possui suficiência tecnológica, realizando poucos encaminhamentos para a capital.

No que tange ao planejamento regional, puderam-se evidenciar fragilidades do segmento público e a preponderância dos prestadores privados nesse processo. Essa fragilidade se dá em parte por conta da Superintendência Regional de Saúde, cuja atuação é fundamentalmente operacional, se concentrando na intermediação entre SESA e prestadores, e na regulação e oferta de consultas especializadas e exames.

De acordo com as entrevistas, o processo de credenciamento de serviços se dá a partir da iniciativa dos prestadores, que após a avaliação da CIB microrregional e SRS e aprovação da SESA, é incorporado à rede de serviços do SUS. O credenciamento de novos serviços é realizado de maneira pontual e fragmentada, desarticulado de um processo de planejamento que indique as necessidades da região.

A abrangência e escopo dos serviços ofertados pelos prestadores são definidos, então, principalmente a partir do interesse dos estabelecimentos em ofertar determinados serviços e a capacidade de pagamento do SUS, existindo uma postura pouco pró-ativa do Estado no sentido de mudança de perfil dos prestadores. Também não foram observados investimentos em ações de acordo com as necessidades identificadas.

Em contrapartida, os prestadores da microrregião, em sua maioria não-públicos, se articulam eficientemente em prol do desenvolvimento e aprimoramento de serviços que possam ser incorporados à gama ofertada pelo SUS. Segundo entrevista com representante dos prestadores privados, para a implantação de novos serviços, é realizado um planejamento no qual são levantadas as demandas na região e identificadas necessidades de investimento. No momento de implantação desse hospital, segundo o entrevistado, foi realizado um estudo

prévio, levantando as necessidades e fragilidades no sistema de saúde da região, considerando, principalmente a deficiência de serviços no SUS, para posteriormente definir as especialidades e o escopo dos serviços a serem implantados.

Esse quadro aponta para uma maior organização do privado e dificuldade do público em desenvolver ações sistematizadas baseadas num processo de planejamento regional.

Por meio da implantação das redes de Atenção à Saúde em andamento no estado, empreendem-se esforços no sentido de mudança desse cenário, entretanto, ainda há poucos resultados, permanecendo os serviços altamente concentrados no município de Cachoeiro de Itapemirim e o credenciamento de serviços baseando-se em demandas pontuais.

Na microrregião de Vitória o perfil dos prestadores também exerce forte influência no sistema regional. Conforme afirmado em entrevista, o estado ainda não conseguiu transformar o sistema à disposição da população; esse atende mais aos interesses dos prestadores - que possuem tradição na oferta de serviços no SUS - e dos profissionais, do que às necessidades da população.

Contudo, existem iniciativas com vistas a superar a lógica vigente, verificando-se avanços em relação ao planejamento regional em função da estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

A implantação das redes de Atenção à Saúde teve seu início efetivo na microrregião em 2008, por meio da rede prioritária de urgência e emergência. Nesse processo está sendo feito o levantamento de necessidades de saúde a partir dos municípios, para assim realizar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da média e alta complexidade.

De acordo com os entrevistados, a PPI que foi realizada em 2003 está defasada e a maioria relatou que não é mais utilizada<sup>ii</sup>. Nesse processo não foi prevista a programação da média complexidade. O processo de elaboração da nova programação em curso está sendo desenvolvido sob direção da SESA com participação das Superintendências Regionais e municípios constituintes da microrregião. A partir da necessidade de serviços levantada, inicia-se um processo de negociação com os hospitais na perspectiva de incentivá-los a ofertar o serviço adequado ao atendimento nas especialidades em questão.

Pôde-se observar que alguns hospitais privados, prevendo a futura necessidade de um dado serviço, por conta da estruturação da Rede de Atenção à Saúde, estão se organizando e estruturando serviços a fim de atender a essa futura demanda. É o caso, por exemplo, da Santa Casa, que começa a instalar serviços e tecnologia de alta complexidade em hemodinâmica

tendo em vista a necessidade desse serviço após a organização da rede de urgência e emergência na microrregião.

Esse fato evidencia não só a dependência do SUS em relação ao segmento privado, mas também o interesse do privado em relação ao sistema público, especialmente na incorporação de tecnologia de alto custo, que oferece rentabilidade a organização e seus profissionais.

Atualmente, o principal papel da Superintendência Regional de Saúde de Vitória é a gestão da média complexidade, consultas especializadas ofertadas principalmente pelo Centro Regional de Especialidades (CRE metropolitano). O conflito de papéis entre SRS e SESA se constitui num importante problema no desenvolvimento da função de planejamento na microrregião. A SRS possui governabilidade em relação à gestão do recurso para média complexidade, entretanto essa é limitada, pois sofre grande influência da SESA. Quando a regional verifica a necessidade de credenciamento de novos serviços, fica subordinada à aprovação do nível central - que segundo as entrevistas, se constitui num processo moroso -, prejudicando a implementação das ações planejadas.

Na microrregião, o relacionamento com os hospitais da rede própria e complementar é feito diretamente pela SESA, com pouco envolvimento da SRS e municípios. Da mesma forma, a regulação dos leitos de internação é realizada pela SESA por meio da central de regulação.

Dessa forma, embora existam iniciativas que busquem alterar essa lógica, hoje o planejamento do SUS na microrregião ainda é influenciado pelo perfil dos prestadores existentes no território, favorecendo a manutenção da concentração de serviços na capital, seguindo a lógica da oferta existente. A forte influência do nível central da SESA, o conflito de papéis e o sucateamento da SRS de Vitória também dificultam ações mais integradas, atuação mais autônoma e o fortalecimento da microrregião.

Em relação ao segmento suplementar no estado, a principal operadora de plano, a Unimed, também adota a lógica regional em sua organização no território. O sistema Unimed no estado se divide em 5 regiões que não são coincidentes com a divisão regional da saúde no SUS e nem com a de planejamento do governo do estado. Os municípios da microrregião de Cachoeiro de Itapemirim são abrangidos pela Unimed sul capixaba<sup>iii</sup> e os da microrregião de Vitória, pela Unimed Vitória<sup>iv</sup>.

A Operadora oferece planos regionais, que geralmente possuem preços mais acessíveis às classes mais baixas e os planos nacionais, atingindo as classes mais favorecidas e pessoa

jurídica. A cooperativa na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim possui um hospital regional, mas também tem como credenciados os três principais hospitais de Cachoeiro de Itapemirim. Dessa forma, devido à escassez de prestadores, as referências para o SUS e para o segmento suplementar são as mesmas, ou seja, em relação à alta complexidade, podemos dizer que na microrregião existe um só sistema que atende aos subsistemas públicos e privados.

Em relação ao planejamento da oferta de serviços pela operadora, devido à falta de profissionais na região, não é feito um estudo de demanda para o credenciamento de novos cooperados, pois existe ainda necessidade de expansão da oferta de consultas e atendimentos em todas as especialidades. Também há carência de leitos, o que se constitui no principal gargalo da lógica regional da Unimed. Em geral, as demandas de credenciamento de profissionais interessados são absorvidas pela operadora. Em relação aos estabelecimentos de saúde, é feita uma auditoria para o credenciamento.

Evidencia-se que o setor suplementar na microrregião começa a se articular com o segmento público para expandir a sua rede. Existe uma iniciativa da operadora em assumir o serviço de imagem de um hospital municipal da região<sup>v</sup>. Dessa forma, esse serviço seria ofertado para os usuários do SUS e para os dos planos privados de saúde. Essa iniciativa surgiu a partir da observação de que muitos clientes buscavam atendimento no município de Vitória, e, segundo relatado em entrevista, não é interessante que os pacientes se desloquem e levem recursos para outra região. Entretanto, a instalação desse serviço só seria possível mediante articulação com o SUS, pois o reduzido número de clientes na redondeza não permite escala suficiente para manutenção dos atendimentos, o que torna o projeto inviável do ponto de vista financeiro.

Dessa forma, percebe-se que a visão que o segmento privado (tanto o complementar quanto suplementar) possui em relação à sua interação com o SUS na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, favorece o desenvolvimento de um planejamento mais sistematizado, e organização de suas ações em busca de tornar essa relação favorável aos seus interesses. Já o segmento público, embora não se contraponha à inserção do setor privado no SUS, ainda não logrou desenvolver ferramentas eficazes de coordenação, regulação e controle do privado, favorecendo a influência desse último no que tange ao seu planejamento. Entretanto, nenhum dos atores entrevistados afirmou ser negativa essa influência, muito em virtude da confiança que possuem em relação aos prestadores. Pôde-se observar o intenso

imbricamento dos atores em ambos os segmentos do sistema, não conferindo, dessa forma, interesses antagônicos nessa composição do sistema.

Essa “harmonia” também é garantida pela dependência mútua existente entre o segmento privado (incluindo o setor suplementar) e o SUS. Pois com a baixa cobertura de planos privados na região, os grandes hospitais dependem do SUS para assegurar a economia de escala e assim manterem os seus serviços, e em contrapartida, devido à ausência de hospitais próprios na alta complexidade, o Estado necessita do segmento privado para garantir o acesso aos seus usuários.

Na microrregião de Vitória o sistema de saúde configura-se mais complexo e a deficiência dos instrumentos de regulação acaba por limitar a atuação do gestor frente ao privado. O conflito interno em relação aos papéis da SRS e SESA (nível central) também se apresenta como um agravante no desenvolvimento do planejamento regional. Em adição a forte atuação das cooperativas de especialidades médicas na microrregião também influencia e restringe a atuação do Estado em relação à prestação de serviços.

Na seção seguinte serão apresentados os mecanismos de regulação existentes nas microrregiões de saúde salientando as formas de influência do privado nesse processo.

### **6.3 Relações público-privadas na regulação e financiamento**

No âmbito do SUS, os instrumentos normalizados que intermedeiam a relação entre o Estado e os prestadores, incluindo os públicos e os privados, se inserem num conjunto de ações denominadas controle, regulação e avaliação assistencial. O detalhamento dessas atribuições em cada nível de governo foi estabelecido por meio da Portaria/SAS nº. 423 de 2002 <sup>57</sup> e as diretrizes para a organização, estruturação e operacionalização dessas ações, foram especificadas pelo Pacto de Gestão no Pacto pela Saúde 2006.

As ações referentes ao controle assistencial compreendem o cadastramento dos serviços e usuários; compra de serviços à rede privada complementar; autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade; desenvolvimento de mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde; aplicação de portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde; controle e acompanhamento da relação entre programação/produção/faturamento; controle do acesso assistencial <sup>57</sup>.

A regulação assistencial abrange ações que garantem o acesso aos usuários e a oferta de serviços, promovendo a equidade do acesso, a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão. A estratégia adotada para operacionalizar essa ação é a constituição dos complexos reguladores. A avaliação se refere ao desenvolvimento de mecanismos que visam mensurar a relação entre programação/produção/faturamento; qualidade e satisfação dos usuários do sistema; resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população<sup>57</sup>.

Por meio desses mecanismos, principalmente, é que se dá o relacionamento institucional entre os prestadores privados vinculados ao SUS e o Estado. E por meio dos quais se pode evidenciar a porosidade da fronteira entre o público e o privado, bem como os conflitos advindos dessa relação.

No Espírito Santo as estratégias de regulação se inserem no processo de regionalização na saúde com vistas à ampliação e garantia do acesso aos usuários. O instrumento que norteia o funcionamento e o aprimoramento dessas estratégias é o *Plano Diretor de Regulação, Controle e Avaliação*<sup>58</sup>. Nele são incluídos alguns mecanismos adotados no sistema de saúde, os quais apresentam graus variados de implantação, quais sejam: o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), autorização de internação hospitalar (AIH), autorização de procedimentos de alta Complexidade e custo (APAC), contratualização com os prestadores, as Centrais de Regulação, e a auditoria. Esse documento apresenta, também, propostas com vistas a fortalecer a capacidade regulatória do estado.

O cadastramento dos estabelecimentos de saúde é realizado pelas SRS e pelos municípios. Por meio desse processo é possível obter informações que propiciam o conhecimento da realidade da rede assistencial existente, visando auxiliar no planejamento em saúde e possibilitando o controle por parte do Estado.

As autorizações de internação hospitalar e de procedimentos de alta complexidade e custo, conforme o *Plano Diretor de Regulação, Controle e Avaliação*<sup>58</sup> necessitam de revisão no que tange a sua utilização, com o intuito de se constituírem em ferramentas efetivas de monitoramento e controle, em detrimento ao mero cumprimento de funções administrativas.

De acordo com as entrevistas, atualmente o principal instrumento de controle da assistência é o modo de pagamento aos prestadores. Esse é feito mediante a comprovação do cumprimento da meta estipulada no processo de contratualização. Entretanto, existem alguns fatores que dificultam esse processo como o repasse de recursos federais diretamente ao prestador, independentemente do alcance da meta, o que prejudica o controle por parte do

Estado. Esse mecanismo é mais freqüente nos hospitais próprios, filantrópicos e no Hospital Universitário, correspondendo a cerca de 40% do valor total repassado. Assim, existe maior facilidade em regular e controlar a assistência prestada pelos prestadores privados do SUS.

São realizados no estado o Termo de Compromisso com os hospitais próprios e a contratualização com os estabelecimentos privados e filantrópicos sob gestão estadual<sup>vi</sup>, por meio do Núcleo Especial de Programação Assistencial e Contratualização da SESA (NUEPAC). Nesse processo é realizado o Plano Operativo Anual (POA), um contrato de metas quali/quantitativas que são avaliadas periodicamente pelo estado. Os municípios são convidados a participar desse processo, mas pelo o que pode ser apreendido pelas entrevistas, ele é feito essencialmente pela SESA e SRS.

As Centrais de Regulação são responsáveis pela regulação do acesso ao sistema de serviços de saúde e se situam nas três macrorregiões do estado. Nas macrorregiões norte e sul a central funciona, respectivamente nas Superintendências Regionais de Saúde de Colatina e Cachoeiro de Itapemirim; na macrorregião centro a regulação é operada pela SESA.

De acordo com o *Plano Diretor de Regulação, Controle e Avaliação*<sup>58</sup> (p. 42), “*essas estruturas apresentam grau de desenvolvimento e organização diferenciado, carecendo todas elas de fortalecimento para cumprir de forma efetiva o seu papel*”<sup>vii</sup>. Existe ainda uma central de marcação de consultas e exames especializados localizados nas quatro SRS<sup>viii</sup>.

O controle e a avaliação são realizados pelo Núcleo de Auditoria e Regulação que, trimestralmente, faz o monitoramento das metas pactuadas na contratualização. Entretanto, esse acompanhamento é baseado nas informações apresentadas pelos prestadores, conferindo limitações ao processo. Esse núcleo também é responsável por levantar a demanda reprimida dos municípios em relação a exames e consultas especializadas a fim de adequar a oferta.

Uma questão importante citada nas entrevistas refere-se à diferença entre a auditoria feita pelo SUS aos prestadores privados, e a realizada pelos planos privados de saúde. Segundo os entrevistados, a auditoria realizada pelo SUS inclui a quantidade de procedimentos e também a qualidade da assistência prestada aos usuários, sendo incluídos indicadores como taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar e metas de melhoria da qualidade, enquanto a auditoria das operadoras de planos é restrita às contas.

Na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim a regulação do acesso às internações é feita pela Central de Regulação de vagas na SRS, que possui atuação em toda a macrorregião sul. Todos os prestadores e leitos do SUS são regulados por essa central e quando não há

vagas na micro ou macrorregião sul, ela se reporta à central de regulação do estado operada pelo nível central da SESA.

Na microrregião de Vitória, a regulação dos leitos bem como o controle e avaliação dos prestadores no que tange à internação é realizada pela SESA.

Em ambas as microrregiões, a SRS é responsável por regular as consultas e exames bem como pelo controle e avaliação destas ações. As consultas de especialidades e os exames são distribuídos por meio de cotas para os municípios que regulam as suas vagas e fazem contato com a SRS para o agendamento realizado pela central de marcação de consultas e exames.

Algumas fragilidades destacadas durante as entrevistas devem-se ao fato de que nem todos os leitos são informados para a Central de Regulação. Por vezes, a central informa não haver vagas, mas os hospitais se articulam paralelamente e acabam por garantir a internação. A regulação não conta com serviço informatizado, e tampouco é feita automaticamente, o que implica baixa eficiência de suas ações.

Somam-se a isso as dificuldades para priorização dos casos segundo critérios de necessidade e gravidade. As consultas são agendadas de acordo com a disponibilidade da agenda médica. Existe uma comissão autorizadora de exames, mas não há protocolos, comprometendo a equidade no acesso a esses serviços.

As estratégias de regulação e controle são dificultadas pelo imbricamento entre agentes públicos e privados e pela dupla porta de entrada nos serviços privados do SUS, ou seja, a um mesmo prestador é possível se ter acesso via SUS ou via planos privados de saúde. Esse quadro dificulta o controle dos prestadores e a garantia de acesso aos usuários do sistema público. De acordo com as entrevistas, na microrregião de Vitória, a dupla porta de entrada possibilita que o prestador do SUS informe uma produção superfaturada, muitas vezes extrapolando o teto financeiro, o que, juntamente com a fragilidade do processo de monitoramento, dificulta a garantia da aplicação do recurso público adequada à oferta disponibilizada aos usuários do SUS.

Na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim por existir poucos prestadores de saúde, os serviços de referência são os mesmos para o SUS e para o segmento suplementar, principalmente em relação aos serviços de internação.

Analisando os dados da tabela 8 verifica-se que 84,62% dos estabelecimentos não-públicos com serviços de internação e urgência têm convênio com o SUS e particular, e parte com planos privados e públicos de saúde. No tipo de atendimento ambulatorial e SADT,

poucos estabelecimentos não-públicos ofertam serviços para o SUS, ou seja, a maior parte dos estabelecimentos se destina ao atendimento aos convênios particulares e planos privados de saúde<sup>ix</sup>.

Dessa forma, observa-se que a multiplicidade de formas de acesso aos estabelecimentos de saúde é mais importante nos serviços de urgência e internação, onde quase a totalidade dos serviços privados atende também ao SUS. Nesse aspecto se destacam os hospitais filantrópicos, os quais possuem maior interface com ambos os segmentos do sistema, em todos os tipos de atendimento.

Em relação aos convênios, para os três principais hospitais da região, o SUS é o principal contratante, mas todos eles são conveniados aos principais planos privados da região. Segundo relatado em entrevista, parte do lucro proveniente dos atendimentos aos planos privados é revertida para o atendimento ao SUS, principalmente naqueles procedimentos e consultas que são pouco remunerados pelo sistema público. Nesse hospital existe uma ala reservada para os usuários do SUS e outra para os planos<sup>x</sup>, entretanto, por vezes, os pacientes do SUS ocupam os leitos dos planos. O nível de aceitação dos usuários em relação aos serviços prestados por esse hospital é grande, pois as instalações são consideradas modernas e acolhedoras e as enfermarias bem equipadas<sup>xi</sup>.

Tabela 8. Estabelecimentos de saúde existentes na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim por tipo de prestador e convênios – Espírito Santo, 2010.

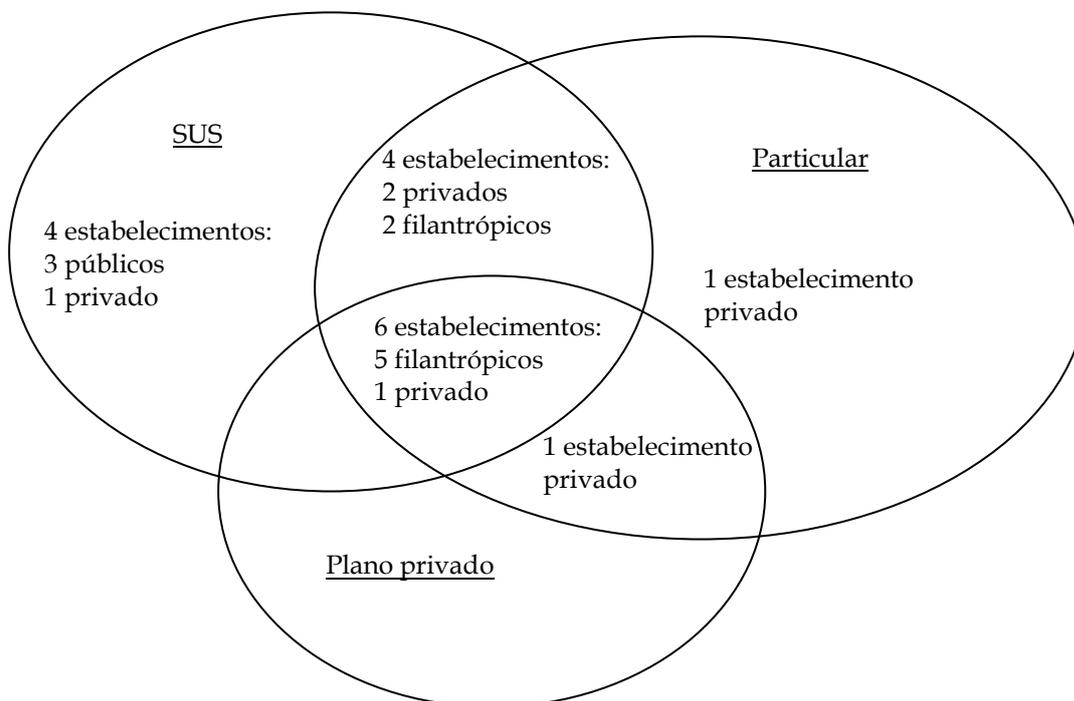
Tipo de Prestador	Total	Convênio							
		SUS		Particular		Plano público*		Plano privado	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Internação</b>									
Público	3	3	100,00	0	0	0	0	0	0
Filantrópico	7	7	100,00	7	100,00	2	28,57	5	71,43
Privado	6	4	66,67	5	83,33	1	16,67	2	33,33
<b>Ambulatório</b>									
Público	166	166	100,00	0	0	0	0	0	0
Filantrópico	7	7	100,00	5	71,43	1	14,29	4	57,14
Privado	383	9	2,35	383	100,00	7	1,83	179	46,74
<b>SADT</b>									
Público	37	37	100,00	0	0	0	0	0	0
Filantrópico	6	6	100,00	6	100,00	2	33,33	5	83,33
Privado	77	10	12,99	77	100,00	1	1,30	31	40,26
<b>Urgência</b>									
Público	9	9	100,00	0	0	0	0	0	0
Filantrópico	7	7	100,00	6	85,71	2	28,57	5	71,43
Privado	6	5	83,33	3	50,00	1	16,67	2	33,33

\* Atende como prestador às operadoras vinculadas apenas aos servidores da área pública.

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (set/2010).

O diagrama da Figura 24 ilustra a interface entre os segmentos público e privado no sistema de saúde na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, em relação à internação, segundo a natureza dos estabelecimentos e a forma de acesso/oferta aos serviços (convênios).

Figura 24: Diagrama de composição do número de estabelecimentos com internação por tipo de convênio na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, 2010.



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (set/2010). Elaboração própria.

Na microrregião de Vitória a fronteira entre os subsistemas públicos e privados é mais visível, quando comparada à microrregião de Cachoeiro de Itapemirim. Em relação ao número de estabelecimentos, conforme apresentado anteriormente, o segmento privado é maior, e uma pequena parcela possui convênio com o SUS. Sua participação no sistema público é maior nos tipos de atendimento de internação, SADT e urgência. Entretanto, no SUS, em todos os tipos de atendimento verifica-se o predomínio do prestador público. O segmento filantrópico, devido a sua própria natureza, presta serviço para o SUS em todos os tipos de atendimento e é nesse tipo de prestador que se encontra o maior número de vias de acesso, dado que possui convênios variados, conferindo maior complexidade no que tange à relação público-privada (Tabela 9).

Quanto a esse aspecto os representantes dos prestadores filantrópicos afirmaram que o franqueamento da oferta dos serviços para o público e o privado é dado por cota, a qual disponibilizada para o SUS é maior, e ainda existem alas separadas para o convênio com planos particulares e os da própria unidade<sup>xii</sup>.

Tabela 9. Estabelecimentos de saúde existentes na microrregião de Vitória por tipo de prestador e convênios – Espírito Santo, 2010.

Tipo de Prestador	Total	Convênio							
		SUS		Particular		Plano público*		Plano privado	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Internação</b>									
Público	8	8	100,00	0	x	0	x	0	x
Filantrópico	3	3	100,00	2	66,67	1	33,33	1	33,33
Privado	20	5	25,00	20	100,00	0	x	7	35,00
<b>Ambulatório</b>									
Público	124	124	100,00	0	x	1	0,81	1	0,81
Filantrópico	5	5	100,00	1	20,00	1	20,00	1	20,00
Privado	1112	28	2,52	1112	100,00	13	1,17	603	54,23
<b>SADT</b>									
Público	70	70	100,00	1	1,43	1	1,43	0	x
Filantrópico	4	4	100,00	1	25	1	25,00	0	x
Privado	97	32	32,99	97	100	1	1,03	38	39,18
<b>Urgência</b>									
Público	13	13	100,00	0	x	0	x	0	x
Filantrópico	2	2	100,00	1	50,00	1	50	0	x
Privado	7	3	42,86	7	100,00	0	x	0	x

Nota: x não há registro de convênios.

\* Atende como prestador as operadoras vinculadas apenas aos servidores da área pública.

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (set/2010).

Devido à dupla inserção dos profissionais nos segmentos públicos e privados do sistema de saúde e às falhas do processo de regulação, os mecanismos de controle e de garantia de acesso sofrem interferências de relações personalistas, sejam pelos gestores, técnicos ou profissionais de saúde. Em ambas as microrregiões se observa a grande influência dos profissionais médicos no processo de regulação. Essa influência se dá na medida em que o processo regulatório é dependente da informação voluntária por parte dos profissionais, pois não é um processo informatizado e automático.

Na microrregião de Vitória essa situação pôde ser observada de forma mais evidente no Hospital Universitário, onde a maior parte das consultas ambulatoriais é agendada pela própria organização, sem a autorização da central de marcação de consultas e exames. De acordo com o entrevistado, essa é uma opção do hospital, na medida em que o processo de regulação ainda é ineficiente e moroso, ocasionando muitas desistências e sub-aproveitamento da agenda médica. Entretanto, ressalta-se que esse quadro está em processo de transformação

com aumento progressivo da disponibilização das consultas para regulação, na medida em que o Estado se organiza para o aprimoramento desses mecanismos. Esse quadro favorece a atuação dos profissionais na regulação privada dos leitos e consultas. Conforme enfatizado anteriormente, existe nesse hospital a influência dos professores da escola médica, que muitas vezes priorizam a internação e atendimento a pacientes que se tenha interesse em estudo.

A influência por parte dos médicos também se dá devido à sua múltipla inserção profissional (múltiplos vínculos de trabalho), pois estes são, ao mesmo tempo, funcionários públicos (do estado e dos municípios) e contratados pelos prestadores privados e planos de saúde. Esse imbricamento é tão intenso que, na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, por exemplo, foi relatado que alguns profissionais se utilizam das instalações do ambulatório do hospital filantrópico para atendimento de convênios diversos, públicos e privados. O controle estatal é dificultado, pois o mesmo profissional pode atender em um mesmo turno ou horário de trabalho pacientes de origem distinta: encaminhados pelo SUS, pelo plano próprio da unidade ou por outro plano de saúde.

Por meio das entrevistas, foi possível verificar, ainda, o reconhecimento da excelência do SUS em algumas áreas e especialidades, bem como a influência dos médicos na garantia do acesso aos serviços públicos reconhecidos como de melhor qualidade do sistema estadual de saúde. Relataram-se, por exemplo, atendimentos médicos prestados a clientes de planos particulares em que estes são encaminhados para estabelecimentos públicos, ressaltando suas melhores condições para prestação do cuidado ao paciente (casos de queimaduras e traumas). Os episódios relatados ilustram a atuação dos médicos com vínculos de trabalho em ambos os segmentos do sistema de saúde (públicos e privados) de modo a facilitar o acesso de seus pacientes particulares aos serviços do SUS, burlando muitas vezes o processo regulatório existente no estado.

Na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, ressalta-se o interesse dos setores privados na manutenção das instituições públicas, que muitas vezes favorecem determinadas empresas e fornecedores em seus processos de licitação e compra de equipamentos e materiais.

Dessa maneira, evidenciam-se diversas interseções entre o público e o privado no SUS, que podem ocorrer por mecanismos formais entre os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e o Estado, ou por vias não formais operadas principalmente por meio dos médicos. Em todas as situações estes mecanismos encontram-se institucionalizados nas organizações e serviços de saúde.

A importância e influência dos prestadores privados no SUS podem ser observadas também por meio dos dados sobre financiamento e pagamento dos prestadores, obtidos a partir das informações sobre o faturamento das unidades: valor da produção de internação hospitalar e ambulatorial aprovados para pagamento e sua composição público-privada.

Na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, 96,88% dos valores aprovados em internação hospitalar no SUS foram pagos pelo estado e municípios a prestadores não públicos, e desse total, 78,11% foram para prestadores filantrópicos, se coadunando com os dados de produção. Entretanto, o mesmo não acontece em relação aos atendimentos ambulatoriais, onde a maior parte da produção é pública e a maior parte dos valores aprovados é destinado aos prestadores privados. Dentre os prestadores não públicos, ressalta-se a importante participação dos prestadores filantrópicos, que receberam 57,03% do total do valor aprovado em atendimento ambulatorial (Tabela 10).

Tabela 10: Composição público-privada dos valores aprovados de internação hospitalar e atendimento ambulatorial no SUS por tipo de prestador na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo, 2007.

Tipo de prestador	Internação hospitalar		Atendimento ambulatorial				
	%		%	Tipo de prestador	%		
Público	3,12	Estadual	2,79	Público	35,44	Estadual	24,32
		Municipal	0,34			Municipal	11,13
		Contratado	18,77			Contratado	7,39
Não público	96,88	Filantrópico	78,11	Não público	64, <sup>56</sup>	Filantrópico	57,03
		Sindicato	0,00			Sindicato	0,14

Fonte: SIH/SUS; SIA/SUS.

Os dados sobre o financiamento por tipo de prestador na microrregião de Vitória ratificam a importância tanto da esfera pública quanto da privada na prestação de serviços públicos. Conforme apresentado na Tabela 11, tanto na produção de internação hospitalar quanto ambulatorial, existe uma composição equilibrada dos valores aprovados em relação aos prestadores públicos e não-públicos. Dentre os prestadores não públicos, ressalta-se a importância do filantrópico na produção hospitalar, tendo o contratado maior participação no atendimento ambulatorial.

Tabela 11: Composição público-privada dos valores aprovados de internação hospitalar e atendimento ambulatorial no SUS por tipo de prestador na microrregião de Vitória – Espírito Santo, 2007.

Tipo de prestador	Internação hospitalar		Atendimento ambulatorial			
	%	%	Tipo de prestador	%	%	
Público	51,99	Federal	22,75	Público	Federal	7,14
		Estadual	29,24		Estadual	36,17
		Municipal	0,00		Municipal	5,02
Não público	48,01	Contratado	14,81	Não público	Contratado	25,88
		Filantrópico	33,20		Filantrópico	25,80

Fonte: SIH/SUS; SIA/SUS.

Por meio desses dados, é possível observar também que o ente estadual, na microrregião de Vitória, ainda desempenha um papel significativo na prestação direta de serviços, tanto hospitalar quanto ambulatorial.

Entretanto, esse comportamento vem se modificando em função da estratégia adotada pela atual gestão, que visa o fortalecimento da capacidade de gestão e regulação do Estado, repassando para a esfera privada a função da prestação de serviços de saúde.

Atualmente, verifica-se, o grande investimento do estado na expansão da oferta de serviços através da compra de exames e procedimentos de prestadores privados e a transferência da gestão de hospitais por meio da contratação de Organizações Sociais. Essa tendência é expressa na imprensa, segundo a qual “a metodologia se enquadra na nova lógica adotada pela SESA, a partir da qual o Estado diminui a participação direta na prestação de serviços e repassa a tarefa a entidades de interesse social, para atuar como órgão regulador”<sup>59</sup>.

<sup>i</sup> Somente um hospital estadual recém inaugurado na microrregião não fez contrato com as cooperativas. Entretanto, foram relatadas retaliações e constrangimentos políticos por parte dos profissionais que dificultam a contratação de recursos humanos.

<sup>ii</sup> Pôde-se apreender por meio das entrevistas e dos dados coletados, que, na prática, o atual desenho da microrregião e da PPI não são respeitados no funcionamento do sistema de saúde, sendo o paciente referenciado de acordo com a disponibilidade de vaga existente seja em qual for o município.

<sup>iii</sup> Existem alguns municípios que fazem divisa com o estado do Rio de Janeiro que, devido à tradição das pessoas de buscarem serviços na região, são atendidas pela Unimed de Itaperuna.

<sup>iv</sup> Não foi possível realizar entrevistas com a Unimed Vitória, pois a empresa se recusou a participar da pesquisa, prejudicando a descrição e análise da atuação desse segmento no sistema de saúde na microrregião de Vitória.

<sup>v</sup> Esse município, no desenho regional do PDR-ES, pertence à microrregião de Vila velha /Venda Nova do Imigrante, constituinte da macrorregião centro.

<sup>vi</sup> No projeto de construção das redes está prevista a contratualização com todos os serviços de saúde, incluindo unidades básicas, com metas estabelecidas.

<sup>vii</sup> De acordo com esse documento planeja-se implantar um sistema que “será constituído pelo conjunto de centrais denominado Complexo Regulador, que tem como responsabilidade organizar, gerenciar e supervisionar o fluxo de atendimento à população nos municípios nas microrregiões e macrorregiões conforme pactuado na PPI, no âmbito da média e alta complexidade”. Está previsto um componente municipal, um microrregional, para

---

as referências intermunicipais de cada microrregião e outro estadual descentralizado nas macrorregiões, operado a partir das Superintendências. Até o momento da pesquisa esse projeto ainda não estava implantado.

<sup>viii</sup> No processo de organização das redes de atenção estão previstos a implantação de prontuário eletrônico e transporte sanitário nas microrregiões.

<sup>ix</sup> Ressaltamos que esses dados são referentes ao número de estabelecimentos, não refletindo a oferta disponibilizada por cada tipo de atendimento. Portanto, em relação ao SADT, verifica-se que existem poucos prestadores privados conveniados ao SUS, entretanto, de acordo com os dados de produção a maior parte dessa produção é realizada por prestadores privados. Essa tabela somente evidencia que existe um grande número de estabelecimentos ambulatoriais e de SADT que não possui convênio com o SUS, sendo a maior parte para atendimento particular ou aos planos privados de saúde.

<sup>x</sup> Já num outro hospital, essa divisão se dá por cotas sendo 90% dos leitos reservados para o SUS.

<sup>xi</sup> Por meio de visita realizada pela pesquisadora puderam-se observar as instalações que não são diferenciadas entre os convênios, exceto em relação ao número de leitos por enfermaria.

<sup>xii</sup> Foi afirmado em entrevista que por vezes os usuários do SUS, quando necessário, ocupam a ala dos convênios privados.

## **7. PADRÕES DE RELACIONAMENTO PÚBLICO-PRIVADO NAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE**

Na análise dos casos estudados, o processo de regionalização e o padrão de relacionamento público-privado podem ser explicados pelas características histórico-estruturais, pelo contexto socioeconômico, e também pela interação existente entre os atores públicos e privados constituintes do sistema regional. As características do sistema de saúde são consequência da correlação de forças entre os atores políticos envolvidos no processo de regionalização: Estado, prestadores públicos e privados, e a corporação médica.

Na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim os fatores histórico-estruturais, relacionados ao desenvolvimento demográfico e econômico da região, influenciam de maneira importante a constituição do sistema de saúde e o seu desenho regional, caracterizados pela concentração da oferta de serviços no município de Cachoeiro de Itapemirim e grande dependência dos municípios circunvizinhos.

Embora se destaque no plano estadual, a microrregião apresenta baixo dinamismo econômico fruto de uma herança histórica o que lhe confere escassez de serviços de saúde, de profissionais e um fraco mercado de planos privados de saúde, evidenciado pela baixa cobertura de saúde suplementar.

O forte peso do setor privado na oferta e prestação de serviços no SUS e o pequeno número de prestadores públicos são características marcantes da microrregião. Esse quadro, somado à baixa cobertura de planos privados, atribui uma dependência mútua entre o público e o privado no sistema de saúde. Os prestadores privados necessitam do SUS para aumentar a escala, enquanto o sistema público depende do privado para garantir a integralidade da atenção aos cidadãos.

No SUS, a vocação dos prestadores públicos e dos privados na microrregião de saúde é distinta. A prestação de serviços privados se concentra nos serviços de maior complexidade, principalmente em internação e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Já o setor público se incumbem da prestação de serviços ambulatoriais.

Em que pese exista segmentação público-privada relativa à função de cada setor no sistema de saúde, a atuação dos agentes públicos e privados confere um forte imbricamento entre ambos os segmentos no sistema de saúde. Grande parte desses atores está envolvida nos segmentos públicos e privados, complementar e suplementar, havendo por vezes, pouca clareza na diferenciação de seu papel em cada função.

No que tange à coordenação regional do sistema, verificam-se fragilidades relacionadas à atuação da Superintendência Regional de Saúde, com instrumentos de planejamento e regulação pouco eficazes. As deficiências no processo de planejamento regional e ausência de um plano de investimento efetivo favorecem a manutenção do perfil e a hegemonia dos prestadores privados. As estratégias de regulação adotadas ainda são precárias, dificultando o controle do Estado e a garantia de acesso aos usuários do SUS.

Entretanto, essas fragilidades não conferem uma relação conflituosa entre os segmentos públicos e privados. Ao contrário, os atores participantes da pesquisa compreendem que a participação do setor privado no SUS é positiva, oferecendo serviços de melhor qualidade e mecanismos de gestão mais eficientes. Assim, pode-se inferir que essa conformação corresponde a uma relação simbiótica, onde há acomodação de interesses e não se constituem disputas entre os segmentos.

Na microrregião, o desenho regional da saúde está legitimado, não havendo crítica em relação a esse aspecto. Os fluxos assistenciais adotados correspondem às relações culturais entre os municípios, tendo o município de Cachoeiro de Itapemirim como referência. Em relação às estruturas regionais de gestão e pactuação da microrregião, verifica-se uma atuação incipiente da CIB microrregional, e atuação pouco sistematizada da SRS.

Em suma, na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim o padrão de relacionamento público-privado é caracterizado pelo baixo controle do Estado e forte participação dos atores privados na execução da política de saúde. Nessa microrregião, o papel do Estado é mais importante no financiamento e na prestação de serviços, principalmente na atenção ambulatorial. Os instrumentos de regulação do privado são precários, caracterizados por uma central de regulação pouco eficiente, sofrendo influências dos profissionais médicos na regulação do acesso.

Esse quadro confere à microrregião de Cachoeiro de Itapemirim um padrão de relacionamento público-privado do *tipo interdependente e cooperativo*, caracterizado pela complementação entre os setores, acomodação interesses e relações cooperativas entre os atores.

Na microrregião de saúde de Vitória, as características da regionalização e o padrão de relacionamento público-privado guardam correspondência com o histórico de conformação e desenvolvimento do Espírito Santo, se constituindo na microrregião de saúde que concentra os serviços de saúde de maior complexidade do sistema estadual.

Devido ao importante dinamismo econômico da capital, existe um grande número de estabelecimentos de saúde e um forte mercado de planos privados de saúde que é atraído pela diversidade de indústrias e empresas existentes em seu território, se constituindo na microrregião de maior cobertura de saúde suplementar do estado.

Na composição do sistema de saúde no SUS, verifica-se o papel importante do Estado na prestação direta de serviços de saúde e também uma atuação importante do privado, especialmente o filantrópico, na complementação dos serviços. A divisão de funções entre esses segmentos está relacionada à especialidade e às causas dos atendimentos prestados, existindo predomínio do público no cuidado ao paciente crônico, na psiquiatria e na assistência ao paciente com Aids, e maior participação do privado nas especialidades mais lucrativas, como aquelas que envolvem procedimentos cirúrgicos e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

No que tange à coordenação do sistema regional, verificou-se uma atuação mais sistematizada da Superintendência Regional de Saúde de Vitória, em que pese às limitações impostas pela indefinição de papéis em relação ao nível central da SESA e sucateamento de suas estruturas. A duplicidade de comando na microrregião confere uma segmentação nas ações de planejamento regional, regulação e implementação da política de saúde no SUS.

Em relação ao planejamento regional, se evidenciam iniciativas mais sistematizadas que visam organizar a rede de atenção à saúde na microrregião, que embora apresentem resultados incipientes, inovam no sentido de ampliar a participação de outros atores, como os prestadores privados e outras organizações não-governamentais. Como limitações desse processo ressaltam-se o conflito existente entre SRS e SESA, que limitam a autonomia da estrutura regional no processo decisório, e a atuação das cooperativas médicas que cerceiam as decisões do Estado na condução do sistema.

O desenho regional é pouco legitimado, apresentando necessidades de revisão, e a Programação Pactuada e Integrada não se apresenta mais adequada, ocasionando o direcionamento aos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade de vagas e ainda por meio de uma demanda espontânea sem regulação por parte da Secretaria de Saúde.

Os instrumentos adotados na regulação são os mesmos identificados na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim, favorecendo o encaminhamento espontâneo dos usuários aos serviços de saúde e ainda um controle privado das vagas pelos profissionais de saúde, em especial os médicos. O principal incentivo que possibilita moldar o comportamento dos

prestadores é a aprovação do pagamento mediante o alcance das metas, que apresenta limitações relacionadas ao repasse do recurso federal.

A CIB microrregional se constitui de maneira mais organizada, capitaneada pela capital Vitória, entretanto, com baixa capacidade de planejamento e poder decisório, possuindo pouca atuação na mediação entre o público e o privado no sistema regional de saúde.

Na microrregião de Vitória existe uma variedade maior de atores que participam e influenciam o sistema de saúde, com destaque para os prestadores filantrópicos, os profissionais e as cooperativas médicas. Ainda foi citado nas entrevistas a influência de determinados deputados e outros atores políticos no favorecimento de determinados hospitais e localidades na capitação de recursos.

No que tange à relação entre os atores públicos e privados é um tipo de relacionamento mais complexo, que envolvem conflitos de interesses embora existam iniciativas de cooperação na execução da política de saúde.

Esse quadro atribui à microrregião de saúde de Vitória um padrão de relacionamento público-privado do *tipo múltiplos arranjos com conflitos*, caracterizado por múltiplas relações entre os setores públicos e privados, conflito de interesses e maior complexidade nas relações-público privadas no sistema regional.

Conforme se pôde apreender com os resultados do estudo, a regionalização da saúde no estado do Espírito Santo é fortemente influenciada pelo setor privado, em todas as suas dimensões. Na dimensão *técnico-política*, se observou essa influência na determinação do desenho regional da saúde na medida em que os principais critérios adotados foram a capacidade instalada e a produção precedente, e que grande parte do parque hospitalar do SUS no estado é de propriedade privada.

No processo de planejamento e programação, a atuação dos gestores é fortemente condicionada por tal característica da oferta, que somada aos precários mecanismos de regulação, acabam por dificultar o controle do Estado, possibilitando uma lógica mercantilista na operacionalização do sistema de saúde, atendendo a outros interesses que não aqueles do público ou do coletivo.

Na dimensão *político-administrativa* a atuação do privado se dá por meio da ampla participação dos prestadores no SUS, conferindo complexidade na gestão do sistema e exigindo ferramentas mais eficazes de controle. Também a inserção e múltiplos vínculos dos profissionais nos segmentos do sistema (público e privado) e a atuação de suas cooperativas

de especialidades profissionais influenciam ambas as dimensões da regionalização, limitando os instrumentos e recursos do planejamento e dificultando a adoção de regras formais e mais transparentes na regulação estatal do acesso e seu financiamento.

Entretanto, todas essas características e formas de influência do privado no sistema de saúde são resultados da falta de condução política do Estado, favorecendo os tipos de relacionamento público-privado na regionalização em ambas as microrregiões.

Conforme o exposto, nas microrregiões estudadas não existe espaços formais de decisão que façam a mediação entre o Estado e os prestadores privados de saúde e tampouco um espaço de discussão/pactuação entre o Estado e os demais atores envolvidos na política de saúde dessas microrregiões. Não se pode deixar de considerar a existência das forças e dos interesses envolvidos no complexo regional da saúde. É importante atentar para o fato de que, hoje se presencia, cada vez mais, uma *regulação híbrida do território*, isto é, uma governabilidade que não é mais exclusividade do Estado, mas sim, exercida também por uma variedade de agentes. Desse modo, as políticas de saúde devem levar em conta a distinta natureza dos agentes do complexo regional da saúde e suas lógicas de atuação e pactuação no território <sup>4</sup>.

Nesse sentido, é preciso repensar a própria representatividade do mix público-privado nas instâncias de caráter público<sup>4</sup>. Tendo em vista a importante participação dos prestadores na rede e a dupla atuação dos profissionais nos segmentos públicos e privados, a influência da relação entre o público e o privado no sistema regional pode se dar por vias informais.

Há a necessidade de se instituir mecanismos mais eficazes de regulação do privado, incluindo a formalização dessas relações em instâncias de pactuação e gestão no SUS. Defendemos que além do CGR, devam existir outros espaços de gestão e pactuação que incorpore a participação de outros atores que influenciam o funcionamento do sistema regional de saúde, incluindo as organizações profissionais e de prestadores públicos e privados para o avanço da regionalização.

O quadro 4 resume as principais características da relação público-privada nas microrregiões estudadas.

Quadro 4. Relações público-privadas na regionalização da saúde nas microrregiões de saúde de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória – Espírito Santo, Brasil.

<b>Dimensão</b>	<b>Sub-dimensões</b>	<b>Microrregião de Cachoeiro de Itapemirim</b>	<b>Microrregião de Vitória</b>
Técnico-política	Desenho regional e planejamento da rede de serviços	Desenho regional da saúde legitimado, determinado pela rede de serviços de saúde; Fluxos assistenciais adotados correspondem às relações culturais entre os municípios. Planejamento regional deficiente, baseado na produção precedente.	Desenho regional pouco legitimado, com necessidade de alterações. Fluxo assistencial não implantado, havendo demandas espontâneas e encaminhamentos de acordo com a disponibilidade de vagas. Planejamento regional em processo de aprimoramento, por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde. Programação da oferta baseada na produção precedente, com iniciativas de mudança dessa lógica.
	Oferta e produção de serviços de saúde	Serviços de saúde concentrados no município de Cachoeiro de Itapemirim. Rede de serviços de saúde do SUS predominantemente privada, com dominância dos prestadores filantrópicos. Divisão público-privada relacionada à complexidade dos serviços, com predominância do privado nos serviços de internação e SADT, e do público na atenção ambulatorial.	Rede assistencial com importante papel do Estado na prestação direta de serviços de saúde e também uma atuação importante do privado, especialmente o filantrópico, na complementação dos serviços. Divisão público-privada relacionada ao tipo de procedimento e especialidade prestada, com predomínio do privado nas áreas mais rentáveis.

<b>Dimensão</b>	<b>Sub-dimensões</b>	<b>Microrregião de Cachoeiro de Itapemirim</b>	<b>Microrregião de Vitória</b>
Político-administrativa	Coordenação regional do sistema de saúde	<p>Baixo controle do Estado, relacionado à precariedade das estruturas da SRS, ausência de planejamento regional e instrumentos regulatórios ineficientes.</p> <p>Boa organização do privado em relação ao planejamento da oferta de serviços.</p> <p>Intenso imbricamento entre segmento público e privado, conferindo um mesmo sistema para ambos e uma dependência mútua entre os setores.</p> <p>Dupla atuação dos atores nos segmentos públicos e privados (complementar e suplementar).</p> <p>Relação simbiótica entre o público e o privado, com ausência de conflitos e acomodação de interesses.</p>	<p>Maior controle do Estado e grande controle também por parte dos profissionais médicos.</p> <p>Forte influência das cooperativas médicas.</p> <p>Dupla atuação dos atores nos segmentos públicos e privados (complementar e suplementar).</p>
	Regulação do sistema microrregional de saúde	<p>Instrumentos regulatórios ineficazes.</p> <p>Central de regulação não informatizada, dependente da notificação voluntária dos profissionais.</p> <p>Influência moderada dos médicos no processo de regulação dos leitos e consultas.</p>	<p>Instrumentos regulatórios ineficazes.</p> <p>Central de regulação não informatizada, dependente da notificação voluntária dos profissionais.</p> <p>Forte influência dos médicos no processo de regulação dos leitos e consultas.</p> <p>Relações mais complexas entre os atores públicos e privados, envolvendo conflitos de interesses e também iniciativas de cooperação na execução da política de saúde.</p>
<b>Relações público-privadas</b>	<b>Padrão preponderante na microrregião</b>	<b>Interdependente e cooperativo</b>	<b>Múltiplos arranjos com conflitos</b>

Fonte: elaboração própria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais motivações desse estudo foi contribuir para o debate sobre a regionalização da saúde, buscando outros subsídios que extrapolem a visão segmentada e insulada sob a qual atualmente se desenvolvem estratégias de formulação e implementação da política de saúde.

Por meio dos resultados encontrados, pôde-se verificar que existem outros aspectos que influenciam de maneira importante o sistema de saúde, e que fogem à racionalidade técnica. Esses aspectos são principalmente de natureza política, relacionados às formas de relacionamento entre o setor público e o privado e entre os atores envolvidos na organização da rede de serviços de saúde.

Apresentamos nessa dissertação algumas contribuições conceituais que demonstram a complexidade do tema e a necessidade de incorporação de outros aspectos no desenho da rede, com uma visão sistêmica, considerando os diversos atores e sua correlação de forças. Na regionalização da saúde se faz necessária a integração com outros segmentos da atuação do Estado, agregando iniciativas de desenvolvimento regional, possibilitando a diminuição das desigualdades existentes e a sustentabilidade da organização regional da saúde.

No Espírito Santo, o processo de regionalização da saúde é fortemente influenciado pela capacidade de oferta existente no território, se restringindo aos aspectos concernentes à organização da assistência à saúde. O desenho regional segue uma conformação própria, distinta das demais áreas do governo que adotam a divisão político-administrativa do estado.

Embora existam iniciativas na tentativa de integrar a regionalização da saúde, promovendo um diálogo intersetorial e maior articulação por meio da “*Rede Cidades*”, verificamos que esse não é o discurso hegemônico na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. As estratégias de regionalização encontram-se voltadas para a organização das redes temáticas, que embora avancem no sentido da ampliação da participação dos atores, permanece numa lógica setorial, preocupando-se essencialmente com a integração e organização dos pontos de atenção no território, com pouca articulação com as demais áreas do governo.

Uma característica marcante do sistema estadual de saúde, que dificulta o processo de regionalização no estado, é o perfil centralizador da SESA, exercendo as funções de planejamento regional, regulação do acesso e prestação direta de serviços, principalmente na microrregião de Vitória. Entretanto, algumas estratégias já em funcionamento visam à

reversão desse quadro, caminhando para a descentralização dessas ações para as regiões de saúde, por meio do fortalecimento das Superintendências Regionais de Saúde.

Por meio do estudo das duas microrregiões de saúde, foi possível verificar a importância do setor privado no SUS, as formas de relacionamento entre os segmentos do sistema, bem como sua influência no processo de regionalização da saúde.

As intercepções do privado no sistema público puderam ser observadas no planejamento das ações em saúde, na medida em que esse é fortemente condicionado pela capacidade instalada existente; e nos processos de credenciamento e compra de serviços, que se desenvolvem orientados principalmente pelo interesse do privado em ofertar o serviço para o SUS, com poucas iniciativas do Estado na execução de compras concatenado ao processo de planejamento regional. Verificaram-se, ainda, poucas estratégias de incentivos à modificação do perfil dos prestadores de acordo com a necessidade do coletivo.

No processo de regulação, a influência do privado foi observada principalmente nos processos relacionados à regulação das consultas e internações que sofrem interferência dos profissionais médicos.

Foi possível ainda notar as interseções existentes entre o público e o privado no SUS, tais como: na prestação de serviços, se constituindo num sistema híbrido no qual participam prestadores de natureza pública e privada; no relacionamento entre o SUS e o segmento suplementar na compra de serviços, na oferta de vantagens na comercialização de planos privados para servidores públicos e nas estratégias de planejamento, principalmente das operadoras de planos; na dupla atuação dos profissionais interferindo no processo regulatório, podendo favorecer o acesso aos usuários de planos privados ao SUS; e ainda a existência de interesses privados na manutenção de serviços públicos, com obtenção de benefícios particulares.

No entanto, reconhecemos algumas limitações do estudo. Essas limitações são relativas principalmente à complexidade do tema, que ainda se localiza num campo árido, com poucos trabalhos publicados, e por se constituir como um assunto a respeito do qual as pessoas não se sentem confortáveis em tratar. A estratégia metodológica adotada foi um caminho encontrado para explorar o tema e buscar solucionar as inquietações iniciais, tendo em vista o tempo limitado disponível para a execução do trabalho. Nesse estudo foi possível verificar as relações público-privadas formais e informais que se evidenciam nos espaços institucionais, bem como aquelas de cunho personalistas que permeiam as regras institucionais. Entretanto, para a compreensão mais detalhada dos relacionamentos informais

e cotidianos dos serviços de saúde seria necessária a adoção de metodologia que enfocasse as redes sociais que se estabelecem na operacionalização do sistema, as trocas de recursos entre os atores, os mecanismos de distribuição de poder e de negociação de interesses.

Como perspectiva de estudos futuros, registramos a investigação mais aprofundada a respeito da transversalidade dos profissionais em ambos os segmentos do sistema de saúde, especialmente os médicos; o modo de atuação e organização das cooperativas de especialidades médicas; e os mecanismos internos de relacionamento entre o público e o privado nas organizações filantrópicas.

A regionalização entendida nesse trabalho como um processo político, pressupõe a consideração de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais na elaboração e execução da política de saúde. A visão antagônica e segmentada entre o público e o privado dificulta o desenho de estratégias de coordenação e de controle do privado pelo gestor público. Nesse contexto são necessários o desenvolvimento de novas estratégias e instrumentos sem as quais o processo de regionalização da política de saúde pode tomar rumos diversos, privilegiando interesses variados, obstaculizando uma política do coletivo, que busca a universalização e equidade do acesso às ações de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
2. Coordenação-Geral e Apoio à Gestão Descentralizada, Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Ibañez N, Viana ALD, Elias PEM. O Pacto pela Saúde e a Gestão Regional em São Paulo: estudos de caso do *mix* público-privado. In: Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Editora Hucitec; 2009. p. 268-303.
4. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. São Paulo Perspect 2008; 22(1):92-106.
5. Oliveira JÁ, Teixeira SMF. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1985.
6. Bahia L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008. In: Lima JCF, Matta GC, organizadores. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
7. Fleury SM, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
8. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6(2):451-455.
9. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(5):2317-2326, 2010.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
11. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6(2):269-291.

12. Coordenação de Integração Programática, Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria executiva, Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa. Orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 40p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v.3).
13. Gomes PCC. O conceito de região e sua discussão. In: Castro E, Gomes PC, Correa RL, organizadores. Geografia. Conceitos e Temas. Rio de Janeiro: Ed Bertrand Brasil; 1995.
14. Juillard E. A região: tentativa de definição. Boletim Geográfico 1965; 24(185):224-236.
15. Kayser B. A região como objeto de estudo da geografia. In: George P, Kayser B, Guglielmo R, Lacoste Y. A Geografia Ativa. 4ª ed. São Paulo: Difusão Editorial S.A.; 1975. p. 279-321.
16. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Record; 2008.
17. Silveira ML. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
18. Ribeiro ACTorres. Regionalização: fato e ferramenta. In: Limonad E, Haesbaert R, Moreira R, organizadores. Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?: Agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad; 2004.
19. Gottmann, J. Acerca do método de análise na geografia humana. Boletim Geográfico. 1949; 7(74): 133-140.
20. Souza MJL. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro E, Gomes PC, Correa RL, organizadores. Geografia: Conceitos e Temas. Rio de Janeiro: Ed Bertrand Brasil; 1995.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
22. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Editora Hucitec; 2009. p. 97-123.
23. Viana ALD, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS, et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Cad Saúde Pública 2007; 23 Suppl 2:S117-131.

24. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informação em Saúde Suplementar. [http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/iss\\_dados\\_gerais.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/iss_dados_gerais.asp) (acessado em 20/out/2009).
25. Aciole GG. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região; 2006.
26. Menicucci TMG. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
27. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1990; 20 set.
28. Pereira CRA. Relação público-privado no contexto da reforma do Estado e da descentralização em saúde: o caso do setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 2004.
29. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(2):331-345.
30. Organisation for Economic Co-operation and Development. Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project. <http://www.oecd.org/health/insurance> (acessado em 20/out/2009).
31. Lima, SML, Barbosa PR, Portela M, Ugá MAD, Vasconcellos MM, Gerschman S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20(5):1249-1261.
32. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13(5):1431-1440.
33. Bahia L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2005.
34. Viana ALD, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVCosta, Noronha JC, CARVALHO AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 65-105.

35. Marques E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista BIB* 1997;(43):67-102.
36. Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova* 2003; (58):193-223.
37. Dagnino R. *Ciência e Tecnologia no Brasil: o processo decisório e a comunidade de pesquisa*. Campinas: Editora da Unicamp; 2007. 216 p.
38. Instituto Jones dos Santos Neves. Indicadores socioeconômicos do Espírito Santo. [http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=673:pobreza-desigualdade-e-renda-pnad-2008&catid=290:renda-e-desigualdade&Itemid=251](http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=673:pobreza-desigualdade-e-renda-pnad-2008&catid=290:renda-e-desigualdade&Itemid=251) (acessado em 05/dez/ 2010).
39. Schayder JP. *História do Espírito Santo: Uma abordagem didática e atualizada*. Campinas: Companhia da Escola; 2002.
40. Instituto Jones dos Santos Neves. PIB capixaba desponta no cenário nacional ao registrar crescimento de 5,2% sobre os demais estados. [http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=768:pib-capixaba-desponta-no-cenario-nacional-ao-registrar-crescimento-de-52-sobre-os-demais-estados&catid=105:gerais&Itemid=294](http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=768:pib-capixaba-desponta-no-cenario-nacional-ao-registrar-crescimento-de-52-sobre-os-demais-estados&catid=105:gerais&Itemid=294) (acessado em 05/dez/2010).
41. Instituto Jones dos Santos Neves. Índice de Desenvolvimento Humano 1991-2005. *Resenha de conjuntura* 2008; (51):1-3.
42. Instituto Jones dos Santos Neves. *Espírito Santo em mapas*. 2ª ed. Vitória; 2009.
43. Espírito Santo. Lei Complementar nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990. Institui o Sistema Estadual de Saúde.
44. Mesquita, MCM. *Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do estado do Espírito Santo, Brasil*. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fiocruz, 2010.
45. Espírito Santo. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo*. Vitória; 2003.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações demográficas e socioeconômicas. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206> (acessado em 15/set/2010).
47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto dos Municípios. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004\\_2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/default.shtm) (acessado em 05/dez/ 2010).

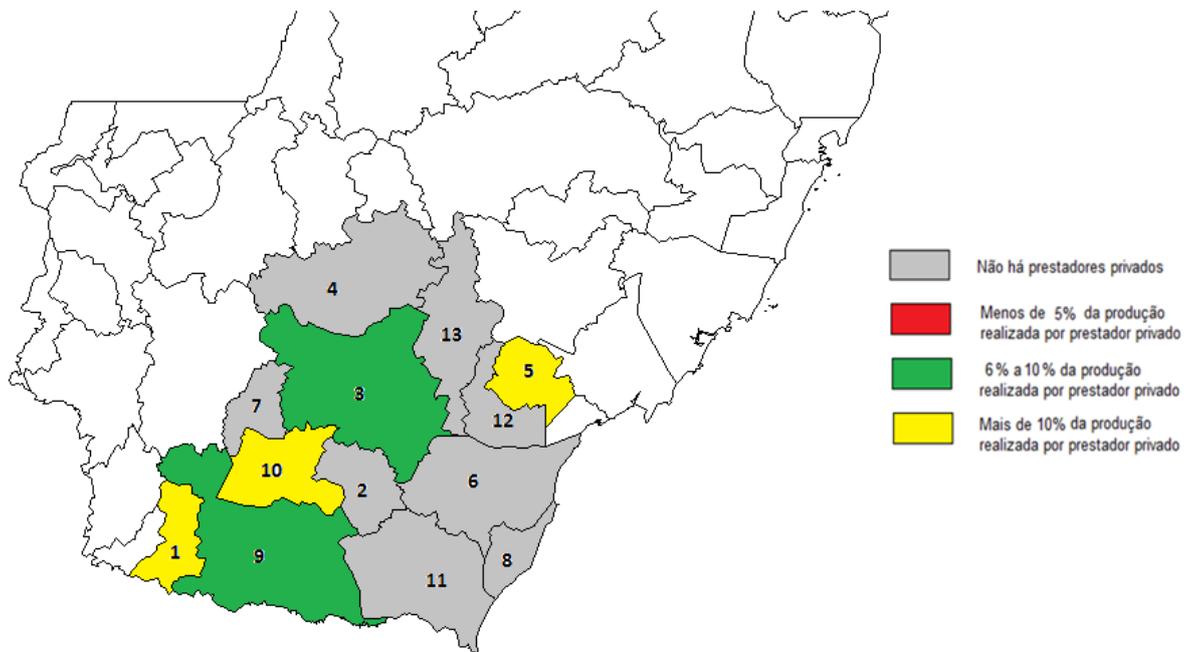
48. Buffon JA. O café e a urbanização do Espírito Santo: aspectos econômicos e demográficos de uma agricultura familiar. [Dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas, Instituto de Economia, 1992.
49. Bergamim MC. A pequena propriedade rural no Espírito Santo: constituição e crise de uma agricultura familiar. In: Congresso da SOBER: Anais do XLIII Congresso da Sober; Ribeirão Preto, 2005. <http://www.sober.org.br/palestra/5/952.pdf> (acessado em 15/dez/2010).
50. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 15/ago/2010).
51. Martinuzzo JA. Caminhada de travessia: os primeiros passos do novo governo do Espírito Santo. Vitória: Governo do Estado do Espírito Santo, Superintendência de Comunicação; 2003.
52. Ribeiro JM, Costa NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planej Polític Públicas* 2000; 22:173-220
53. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Vitória; 2008.
54. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório de Gestão Anual 2009. Vitória; 2009.
55. ESPÍRITO SANTO. Plano de desenvolvimento Espírito Santo 2025: carteira de projetos estruturantes. Espírito Santo: Macroplan; 2006.
56. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Proposta simplificada para a “Reestruturação e Fortalecimento das Superintendências Regionais”. Vitória; 2009.
57. Secretaria da Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
58. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Regulação, Controle e Avaliação. Vitória; 2004.
59. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado concede certificação de Organização Social ao Hospital Evangélico de Vila Velha. <http://www.saude.es.gov.br/default.asp> (acessado em 16/abr/2010).

# APÊNDICES

## Apêndice A

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção ambulatorial total na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, 2008.

**Figura:** Participação percentual dos prestadores privados na produção ambulatorial no total da produção ambulatorial



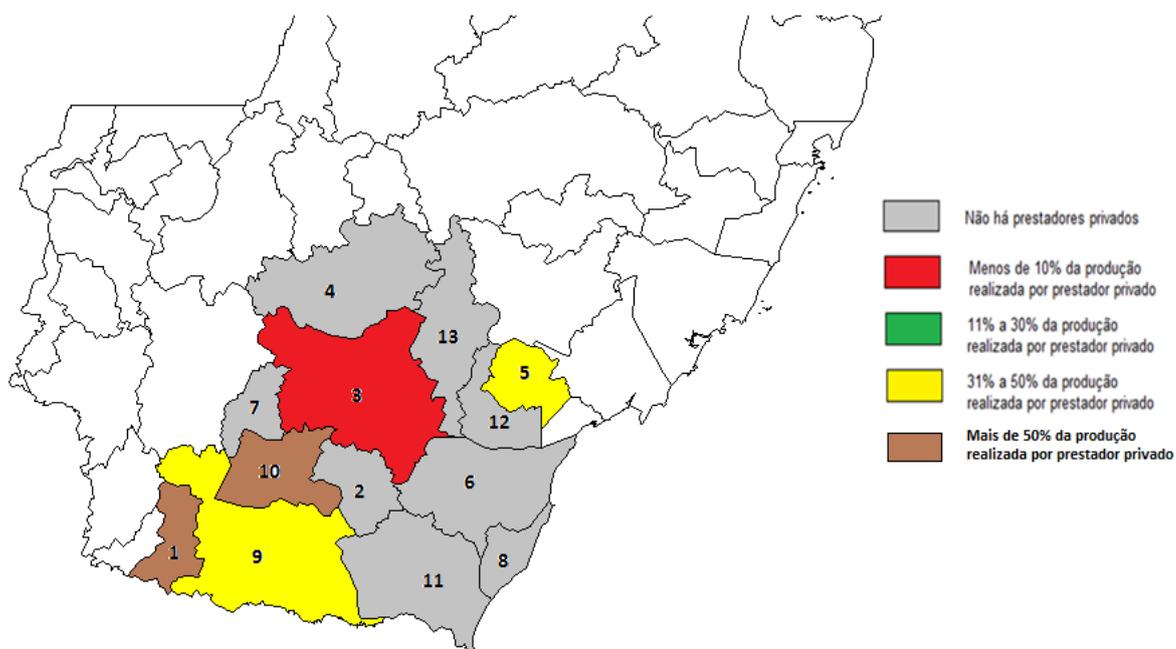
1- Apiacá 2-Atílio Vivacqua 3-Cachoeiro de Itapemirim 4-Castelo 5-Iconha 6-Itapemirim  
7-Jerônimo Monteiro 8-Marataízes 9-Mimoso do Sul 10-Muqui 11- Presidente Kennedy  
12-Rio Novo do Sul 13-Vargem Alta

Fonte: SIA-SUS. Tabwin.

## Apêndice B

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção ambulatorial de média e alta complexidade na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim- Espírito Santo, 2008.

**Figura:** Participação percentual dos prestadores privados na produção ambulatorial de média e alta complexidade no total da produção ambulatorial de média e alta complexidade



1- Apiacá 2-Atilio Vivacqua 3-Cachoeiro de Itapemirim 4-Castelo 5-Iconha 6-Itapemirim

7-Jerônimo Monteiro 8-Marataízes 9-Mimoso do Sul 10-Muqui 11- Presidente Kennedy

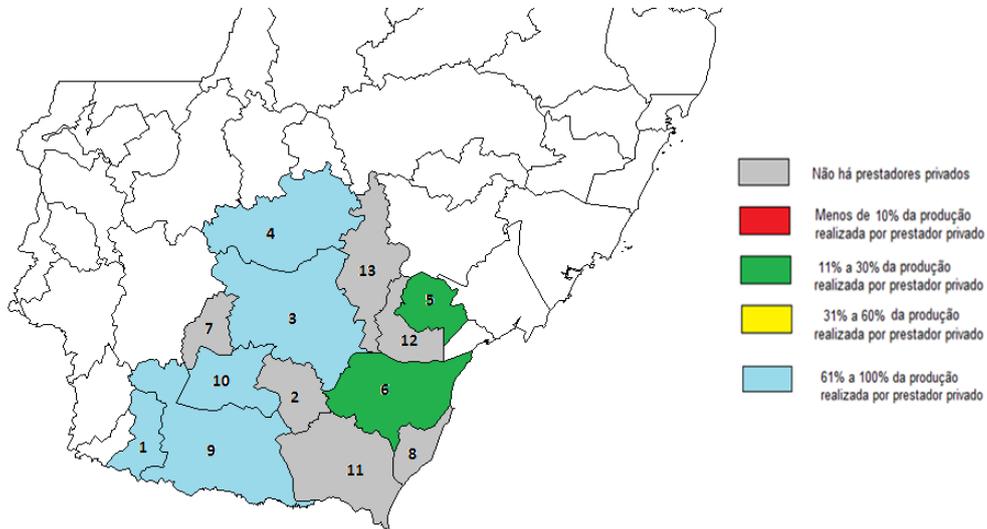
12-Rio Novo do Sul 13-Vargem Alta

Fonte: SIA-SUS. Tabwin

## Apêndice C

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de média complexidade na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim- Espírito Santo, 2008.

Figura: Participação dos prestadores privados nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média complexidade no total desse tipo de produção ambulatorial



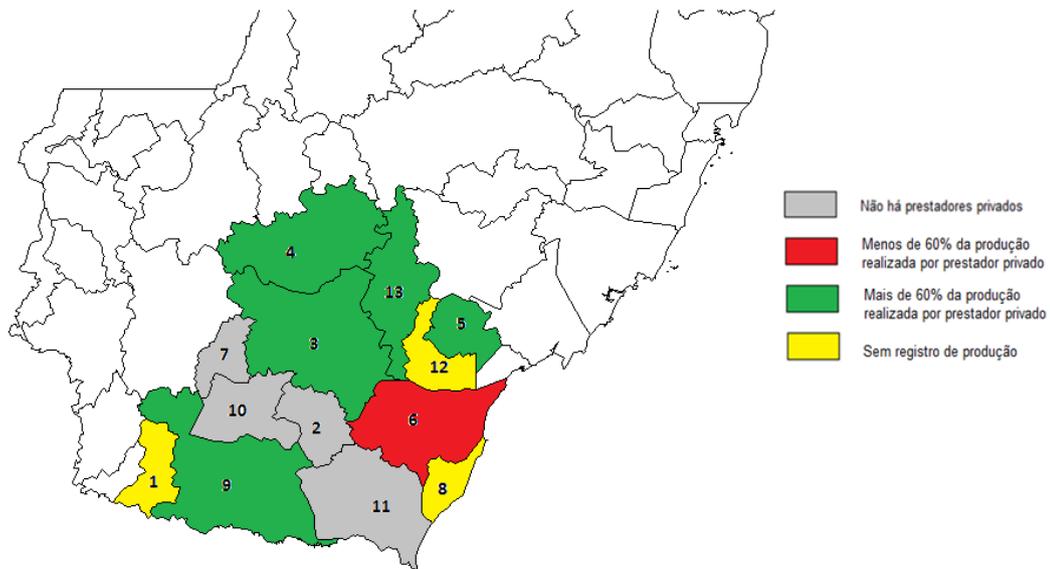
1- Apiacá 2-Atilio Vivacqua 3-Cachoeiro de Itapemirim 4-Castelo 5-Iconha 6-Itapemirim  
7-Jerônimo Monteiro 8-Marataízes 9-Mimoso do Sul 10-Muqui 11- Presidente Kennedy  
12-Rio Novo do Sul 13-Vargem Alta

Fonte: SIA-SUS. Tabwin

## Apêndice D

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de alta complexidade na microrregião de Cachoeiro de Itapemirim-Espírito Santo, 2008.

Figura: Participação percentual dos prestadores privados nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade no total desse tipo de produção ambulatorial.



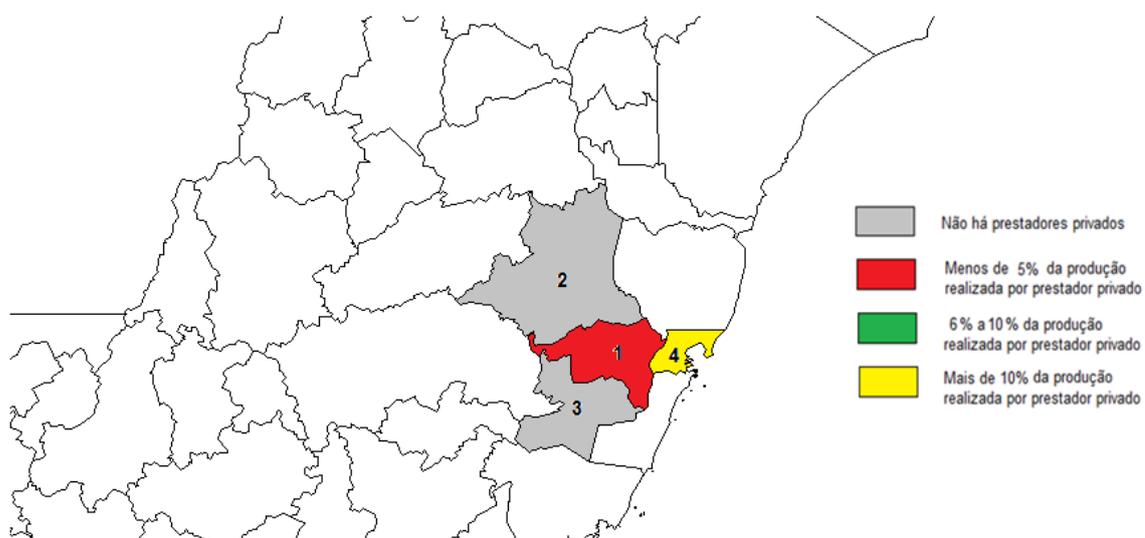
1- Apiacá 2-Atilio Vivacqua 3-Cachoeiro de Itapemirim 4-Castelo 5-Iconha 6-Itapemirim  
7-Jerônimo Monteiro 8-Marataízes 9-Mimoso do Sul 10-Muqui 11- Presidente Kennedy  
12-Rio Novo do Sul 13-Vargem Alta

Fonte: SIA-SUS. Tabwin

## Apêndice E

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção ambulatorial total na microrregião de Vitória - Espírito Santo, 2008.

**Figura:** Participação percentual dos prestadores privados na produção ambulatorial no total da produção ambulatorial

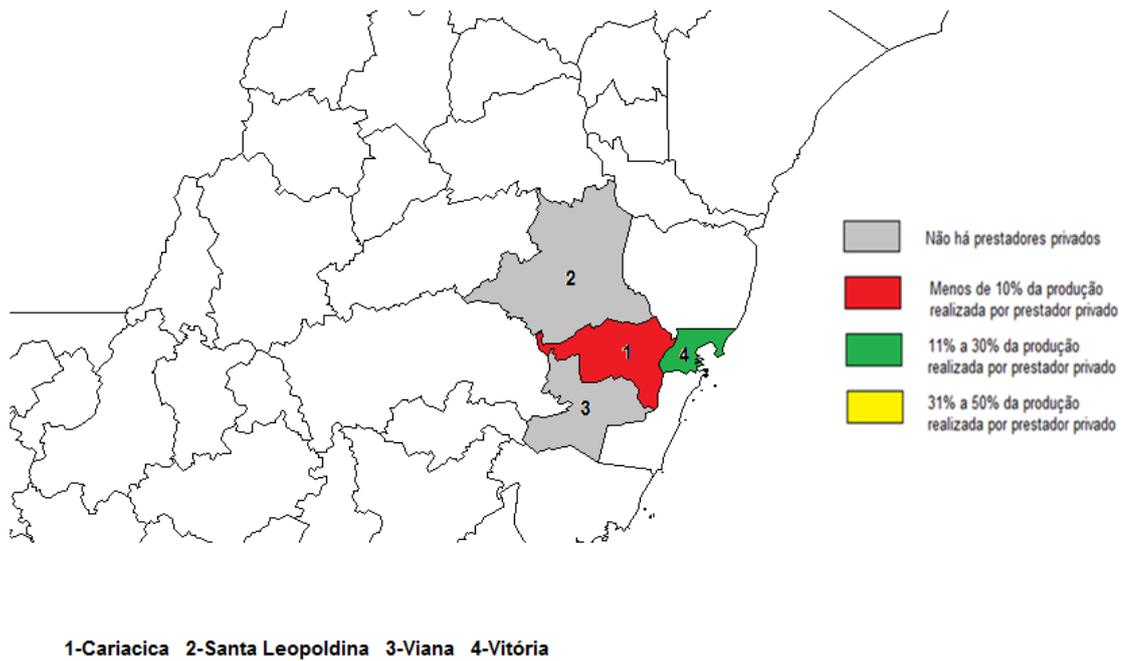


Fonte: SIA-SUS. Tabwin

## Apêndice F

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção ambulatorial de média e alta complexidade na microrregião de Vitória - Espírito Santo, 2008.

Figura: Participação percentual dos prestadores privados na produção ambulatorial de média e alta complexidade no total da produção ambulatorial de média e alta complexidade

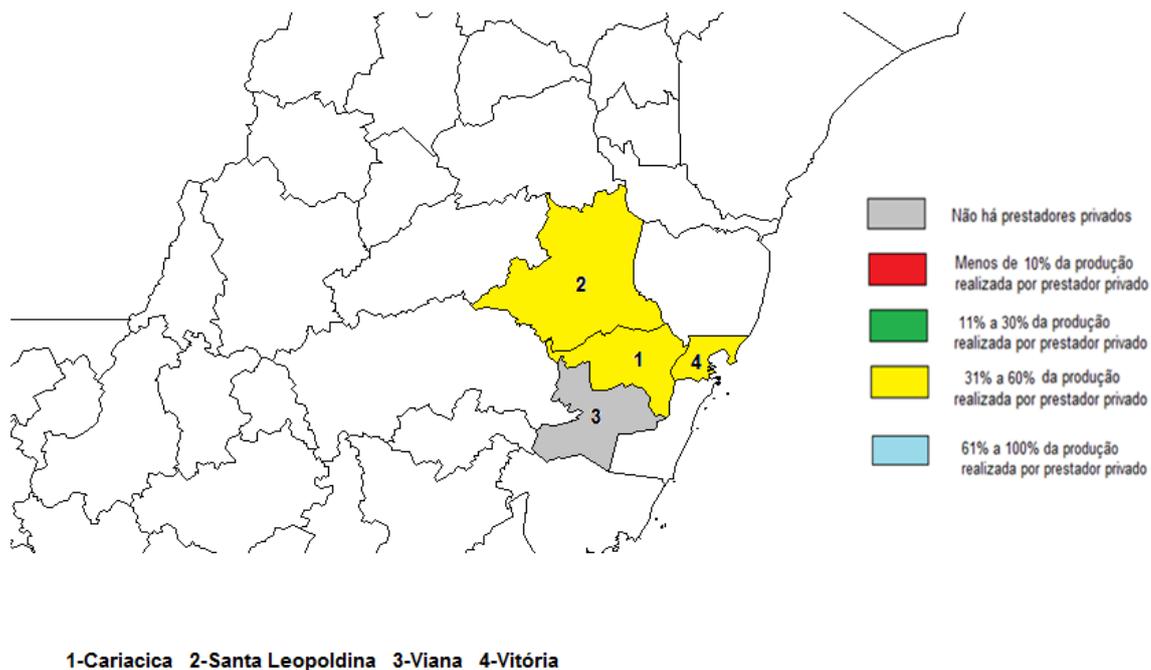


Fonte: SIA-SUS. Tabwin

## Apêndice G

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de média complexidade na microrregião de Vitória - Espírito Santo, 2008.

Figura: Participação dos prestadores privados nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média complexidade no total desse tipo de produção ambulatorial

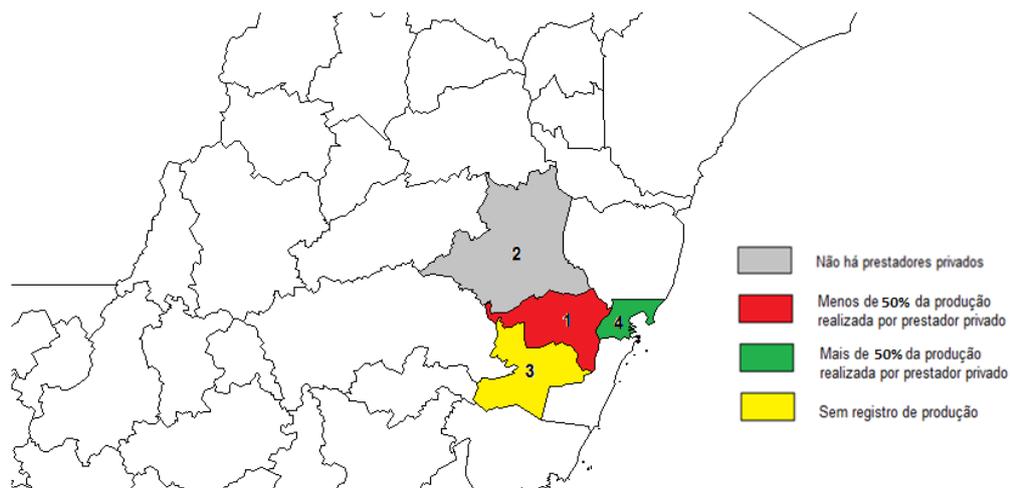


Fonte: SIA-SUS. Tabwin

## Apêndice H

Participação percentual dos prestadores privados (não-públicos) na produção de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de Alta complexidade na microrregião de Vitória - Espírito Santo, 2008.

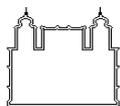
Figura: Participação percentual dos prestadores privados nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade no total desse tipo de produção ambulatorial.



1-Cariacica 2-Santa Leopoldina 3-Viana 4-Vitória

Fonte: SIA-SUS. Tabwin

## Apêndice I



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “*Relação Público-Privada na Regionalização do SUS: o caso do Espírito Santo.*”, desenvolvida pela aluna Ana Paula Santana Coelho, sob orientação da Prof. Dra. Luciana Dias de Lima, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação na gestão, formação ou prestação de serviços no sistema de saúde do estado do Espírito Santo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho tem como objetivo analisar as relações público-privadas no processo de regionalização do SUS no estado do Espírito Santo, a partir de 2007, procurando entender como essas relações podem repercutir nos processos relacionados ao planejamento da rede, na formação de recursos humanos, arranjos administrativos e pactuações envolvidos na condução da política.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre questões relativas ao funcionamento da instituição/organização no sistema de saúde que explicitem a relação entre o público e o privado nos processos relacionados à regionalização do SUS, bem como fornecer documentos existentes que permitam maior entendimento das questões relativas ao tema. Caso o Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Citações diretas de falas serão evitadas, porém, caso seja necessário para a compreensão da conjuntura, o entrevistado poderá ser identificado, desde que previamente consultado e esteja de acordo com o material de publicação. Destaque-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP).

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Ana Paula Santana Coelho  
Pesquisadora

---

Dra. Luciana Dias de Lima  
Pesquisadora-Orientadora

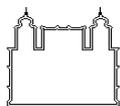
DAPS - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849  
Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

## Apêndice J



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Programa de Mestrado em Saúde Pública



### **Roteiro semi-estruturado de entrevista para os Representantes dos Gestores do território correspondente ao Colegiado de Gestão Regional**

*Data da entrevista:*

*Local da entrevista:*

#### *Identificação do entrevistado*

Nome:

Contatos (endereço, telefone, e-mail):

Escolaridade/Formação:

Cargo/função:

Tempo de ocupação no cargo/função:

Trajatória anterior - cargos/funções relevantes desempenhadas na saúde ou outros setores do governo, incluindo serviços públicos e privados:

- 1) Como foram determinados os limites da microrregião? Quais os principais critérios adotados e quais os participantes desse processo (incluindo os municípios, os prestadores, profissionais)? *(os prestadores públicos e privados estiveram envolvidos? De que forma participaram desse processo? e as corporações profissionais?)*
- 2) O perfil dos prestadores (públicos e privados) influenciou no desenho da microrregião?
- 3) O Sr. (a) considera que o perfil dos prestadores influenciou no fluxo e na determinação das referências na microrregião?
- 4) Qual o principal prestador de serviços de saúde na microrregião? Qual o prestador que exerce maior influência para o planejamento da rede de serviços de saúde?
- 5) Como foram determinadas as referências e os papéis dos serviços hospitalares públicos e privados? Quem participou desse processo?

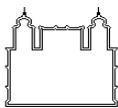
- 6) Como se dá a divisão de funções entre o público e o privado na rede do SUS da microrregião? É possível identificar algum padrão? (*Existe predomínio público ou privado em alguma área da assistência?*)
- 7) Como é feito o processo de credenciamento de prestadores privados na microrregião? Como é determinada a área a abrangência do serviço? (*Incluindo os hospitais de ensino privados*)
- 8) Quais são os instrumentos de regulação da assistência ambulatorial e hospitalar existentes na microrregião? Como funcionam? Existem diferenças na participação dos prestadores públicos e privados? (*por exemplo, na disponibilização dos leitos*)
- 9) Existem estratégias de contratualização com os prestadores públicos e privados? Qual a atual situação?
- 10) Na sua opinião, quais são os principais gargalos da regulação do sistema regional de saúde?
- 11) Quais os conflitos relacionados à regulação da saúde na microrregião?
- 12) Existe um espaço de pactuação e negociação entre a SES/Representação Regional da SES e os prestadores públicos e privados de serviços de saúde? Como funciona?
- 13) De que forma a relação público-privado se expressa na Programação Pactuada e Integrada (PPI)? Existem conflitos? Quais? (*razões*)
- 14) Como funcionam os consórcios? Qual sua função na rede?
- 15) Como se dão as relações entre o SUS e o setor supletivo na microrregião?
- 16) Em sua opinião, os Colegiados de Gestão Regional tem alterado as questões relativas à relação entre o público e o privado no território? Especifique.
- 17) Qual tem sido a participação dos prestadores (públicos e privados) no CGR?
- 18) De que forma o peso da prestação de serviços privados influencia as negociações intergovernamentais? (*peso relacionado à importância do privado na prestação de serviços*)
- 19) Quais são as corporações profissionais médicas (CRM, sindicato, cooperativas, empresas médicas) mais importantes no sistema de saúde microrregional? Como elas

influenciam na organização do sistema? (*regulação, financiamento, PPI*)? (*E os médicos?*)

20) Como o Sr. (a) vê a participação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) no sistema de saúde microrregional? Eles influenciam no processo decisório do CGR? De que maneira?

21) Por favor, faça as considerações adicionais que o (a) Sr.(a) considera importantes sobre o assunto.

## Apêndice K



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Programa de Mestrado em Saúde Pública



### **Roteiro semi-estruturado de entrevista para os representantes dos prestadores de serviços de saúde do território correspondente ao Colegiado de Gestão Regional**

*Data da entrevista:*

*Local da entrevista:*

#### *Identificação do entrevistado*

Nome:

Contatos (endereço, telefone, e-mail):

Escolaridade/Formação:

Cargo/função:

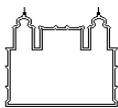
Tempo de ocupação no cargo/função:

Trajetória anterior - cargos/funções relevantes desempenhadas na saúde ou outros setores do governo, incluindo serviços públicos e privados:

- 1) A instituição é gerida por OSS (*qual? / desde quando?*). Qual a entidade Mantenedora?
- 2) Quais ou que tipo de convênios/contratos são firmados pela instituição? (com o SUS, com operadoras de planos, planos próprios)
- 3) Quais são os mecanismos que gradam a utilização dos serviços pelos usuários? Convênios? Cotas? Referências regionais ou estaduais? Critérios de regulação? Explique.
- 4) Qual é a vocação do serviço na região? Existe algum papel regional definido em relação ao atendimento de média e alta?
- 5) Como é determinada a área de abrangência e o escopo dos serviços prestados pelo serviço?

- 6) Como se dá a interlocução entre o prestador e o contratante? Especificamente em relação ao SUS, existe um espaço específico para as negociações?
- 7) Quais são os mecanismos de regulação entre o prestador e o SUS (SES e SMS)? Como funcionam? (*regulação das interações incluindo urgência e emergência, média e alta complexidade*). Há central de regulação? (*referências oficiais?*)
- 8) Quais os conflitos e/ou problemas relacionados à regulação da saúde na região e no estado?
- 9) O serviço tem participado dos processos relacionados ao planejamento, gestão e/ou regulação da rede de serviços de saúde junto a SES/Representação Regional da SES e/ou municípios da microrregião? De que forma?
- 10) Em sua opinião, como o serviço influencia os processos relacionados ao planejamento, gestão e regulação da rede de serviços de saúde na microrregião?
- 11) O Sr. (a) participa de algum fórum regional de discussão da saúde? (Como o CGR)
- 12) Por favor, faça as considerações adicionais que o (a) Sr.(a) considera importantes sobre o assunto.

## Apêndice L



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Programa de Mestrado em Saúde Pública



### **Roteiro semi-estruturado de entrevista para os representantes das corporações profissionais médicas do território correspondente ao Colegiado de Gestão Regional**

*Data da entrevista:*

*Local da entrevista:*

#### ***Identificação do entrevistado***

Nome:

Contatos (endereço, telefone, e-mail):

Escolaridade/Formação:

Cargo/função:

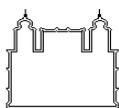
Tempo de ocupação no cargo/função:

Trajetória anterior - cargos/funções relevantes desempenhadas na saúde ou outros setores do governo incluindo serviços públicos e privados:

- 1) Quais são as especialidades médicas que predominam na organização e que o Sr. (a) considera mais influente na atuação da corporação?
- 2) A organização expressa os interesses das regiões do estado? De que maneira?
- 3) Quais as formas de organização regional da corporação?
- 4) Existem outras corporações influentes na região? Quais?
- 5) Qual especialidade exerce maior predomínio no sistema regional? E quais são as mais influentes?
- 6) De que forma a corporação se relaciona com os gestores do SUS (estadual e municipais) e com os prestadores de serviços de saúde na região (público e privado)?

- 7) A corporação participa de algum fórum regional de saúde? Colegiados Gestores? Conselhos de Saúde?
- 8) A corporação tem participado dos processos relacionados ao planejamento da rede de serviços de saúde na região? De que forma?
- 9) Em sua opinião, como a corporação influencia nos processos relacionados ao planejamento, gestão e regulação da rede de serviços de saúde na região?
- 10) Quais são os problemas relacionados ao funcionamento do SUS na região?
- 11) A forma como o SUS se organiza atende aos interesses dos médicos na região?
- 12) Como os problemas do SUS têm sido tratados pela corporação?
- 13) Existe predomínio de alguma especialidade médica nos serviços públicos e privados no âmbito do SUS? E no setor supletivo?
- 14) Em que tipo de serviço ou especialidade o SUS é mais atrativo para os médicos da região? E no setor suplementar? Por quê?
- 15) O desenho regional do SUS trouxe alguma mudança relevante para a prestação de serviços?
- 16) Como o Sr. (a) considera que o setor privado influencia na organização do SUS na região?
- 17) Por favor, faça as considerações adicionais que o (a) Sr.(a) considera importantes sobre o assunto.

## Apêndice M



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
Programa de Mestrado em Saúde Pública



### **Roteiro semi-estruturado de entrevista para os representantes das operadoras de planos de saúde no território correspondente ao Colegiado de Gestão Regional**

*Data da entrevista:*

*Local da entrevista:*

#### ***Identificação do entrevistado***

Nome:

Contatos (endereço, telefone, e-mail):

Escolaridade/Formação:

Cargo/função:

Tempo de ocupação no cargo/função:

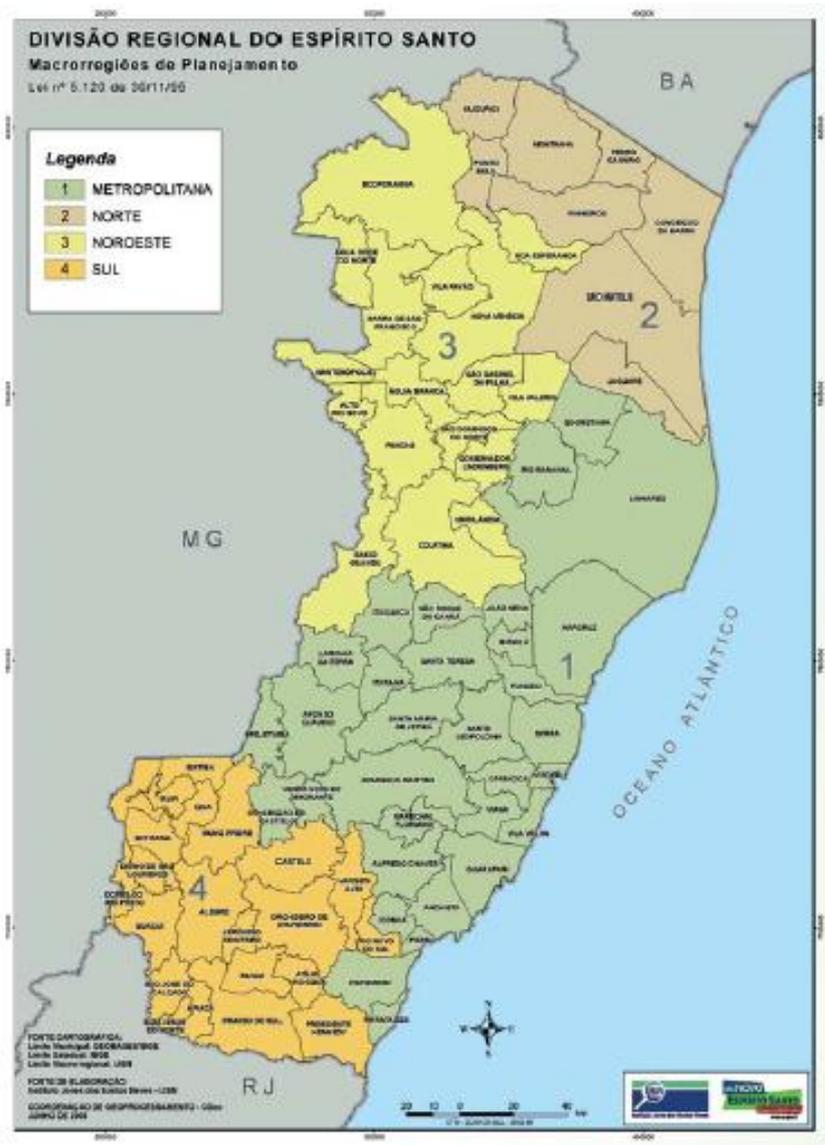
Trajetória anterior - cargos/funções relevantes desempenhadas na saúde ou outros setores do governo, incluindo serviços públicos e privados:

1. A operadora possui quantos beneficiários?
2. Quais são os tipos de planos existentes e qual o público alvo (classe social, empresas – porcentagem de cada um dos tipos)
3. Qual o número de municípios atendidos?
4. Possui hospital Próprio? Se não possui, qual é o principal Hospital que utiliza? Que tipos de especialidades/serviços são oferecidos nesse hospital?
5. O hospital próprio funciona como referência regional para internações? Quais?
6. Que outros hospitais e serviços utilizam na região? Em que especialidades?
7. Como são definidos os serviços e especialidades ofertados na região? (*o SUS é levado em consideração?*)

8. Como é feito o credenciamento de novos serviços? É feito algum tipo de exigência? Quais?
9. Há instância de regulação do fluxo de internações?
10. Existem problemas com leitos? Há demanda reprimida? Onde?
11. Há convênio com hospitais públicos e filantrópicos?
12. Existe algum convênio com as prefeituras municipais da região? E com o estado?
13. As especialidades são ofertadas diferentemente na região? Quais predominam?
14. Existe alguma lógica de hierarquização na organização dos serviços em âmbito regional?
15. Quais são os gargalos da lógica regional da operadora?
16. Quais são os problemas relacionados ao funcionamento do sistema de saúde na região? E com relação ao SUS?
17. Existem conflitos com os prestadores, gestores e instâncias do SUS na região? Quais?
18. Participa de algum fórum regional público ou privado de discussão da saúde? (*como o CRG*)
19. Por favor, faça as considerações adicionais que o (a) Sr.(a) considera importantes sobre o assunto.

# **ANEXOS**

## Anexo A



Fonte: IJSN, 2009.

## Anexo B



Fonte: IJSN, 2009.



## Anexo D



